

Para mi madre y para mi padre
quienes, a su manera, me animaron a emprender este viaje

Miembros del jurado

Thomas Périlleux (promoteur)
UCLouvain

Kathya Araujo
IEA - Universidad de Santiago de Chile

Pamela Eguiguren
Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile

Abraham Franssen
UCLouvain Saint-Louis Bruxelles

Natalie Rigaux
Université de Namur

Agradecimientos

Los años dedicados a esta tesis fueron mucho más que años de estudio. En ese sentido quisiera partir agradeciendo a quienes me acompañaron en el día a día, en gran parte de este camino. Esto comenzó allá por el año 2018 cuando llenos de una mezcla de emociones partimos desde Chile a radicarnos en Bélgica por unos años. Bárbara, Tomás y Moira estuvieron siempre junto a mí y vivieron sus propias travesías. Les estaré agradecido por siempre.

Una vez en Bélgica, muchas personas nos acompañaron llenando nuestros días de cariño y alegría. Osvaldo y familia, Adolfo, Paula, Tomás, Fernanda, Ignacio, Monique, Eneas, Marianne, Marcela, Gastón, Evelyn, Liam, Alessandra, Julia, Gabriel, Keena y familia, Angela, Andrés, Vale, Milton, Natalia, Amélie, Pablo, Juan Carlos, Tom, Yannicke, Antoine, Cristian, Vincent, Sandra y familia, Karla, Sebastián, Giacomo y otros que probablemente estuvieron.

La Universidad católica de Lovaina ha sido parte muy importante de mi formación en el oficio de la investigación. Le agradezco mucho a Geoffrey Pleyers, Matthieu de Nanteuil, Abraham Franssen, Jean de Munck, Thierry Amougou y a todos los colegas del CriDIS por su pasión por la ciencia hecha con rigor y cariño. No puedo dejar fuera a Natalie Rigaux, de la Universidad de Namur, quien se tomó muy en serio mi trabajo y siempre me alentó a mejorar.

En Chile muchas personas, en distintos momentos, me acompañaron y dieron su apoyo. En primer lugar, Priscilla quien me ayudó a comprender mejor mi paso por el servicio público. Valy, quien nos recibió con los brazos abiertos en su casa. Max, quien siempre estuvo, especialmente cuando las fuerzas flaqueaban. Mis amigos Javier, Gustavo, Patricio, Raquel, y Constanza, con quienes pude compartir a la distancia y en persona parte de este camino. Tomás, quien siempre estuvo dispuesto a ayudar. Paz, quien animó al tesista en la recta final.

He querido dejar para el final de este agradecimiento a Thomas Périlleux, promotor de esta tesis, quien también dirigió mi memoria de magister. Compartió conmigo, con paciencia y humildad infinitas, su conocimiento animándome siempre a ir más allá cuando mis planteamientos se quedaban cortos y a regresar cuando estaba perdido. Mucho de esta tesis tomó su lugar gracias a sus consejos. Mi más profunda gratitud para él.

Todos los nombres propios en esta tesis han sido modificados para resguardar la privacidad de las personas que aceptaron ser entrevistadas.
Mi más sincero agradecimiento a ellas.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	11
a. Breve historia de la salud pública chilena	18
b. La participación en el Servicio Nacional de Salud	23
Entre la cuestión social y la cuestión técnica.	23
c. La experiencia de trabajo en participación desde un servicio de salud	29
II. LA DINÁMICA DE LOS SUJETOS DE LA SALUD PÚBLICA	38
a. Dispositivo y sujeto	38
b. El dispositivo terapéutico	45
La autoridad de la (bio)medicina	45
Resituarse al paciente: entre autonomía y dependencia	50
c. El dispositivo de servicio	58
La estandarización del funcionario y del usuario	58
La personalización del servicio	64
d. El dispositivo de participación	68
La participación institucional	68
La participación significativa	73
III. LAS ARENAS DEL SUJETO EN LA SALUD PÚBLICA	78
a. Una forja en la relación	78
La centralidad de la palabra	80
b. Decir, escuchar y sentir	81
IV. DISPOSITIVO METODOLÓGICO	92
Pregunta de investigación	92
Hipótesis	92
Una investigación desde la práctica	94

a. Autoanálisis de la experiencia de trabajo del investigador	100
b. Análisis temático	101
c. Análisis de la enunciación	105
ANÁLISIS	110
V. POSTA RURAL LAS VERTIENTES	110
Descripción general de la Posta	110
LAS USUARIAS DE LA POSTA LAS VERTIENTES	111
El vaciamiento de la participación	113
Escoger muy bien sus batallas	123
Construcción del otro: La comunidad fragilizada	131
Conclusión sobre el vaciamiento de la participación	135
Ser tomado en cuenta	137
Construcción del otro: El bueno y el malo	148
LOS PROFESIONALES DE LA POSTA LAS VERTIENTES	155
El buen profesional	157
Tácticas relacionales	169
Un nuevo profesional	177
Indignarse	177
Construcción del otro: La fragilidad del usuario	178
Cambiar la relación	183
Construcción del otro: el paciente como resultado de la clasificación	185
La problematicidad de la autonomía	187
Construcción del otro: Un sujeto en formación	189
Más allá del box	192
A MODO DE CONCLUSIÓN SOBRE LA POSTA LAS VERTIENTES	197
VI. CESFAM VILLA O'HIGGINS	203
Presentación general	203

LOS PROFESIONALES DEL CESFAM VILLA O'HIGGINS	204
ENTRE CAMBIOS Y RESISTENCIAS	208
Médicos de familia y especialistas	209
Atender al paciente o al indicador	213
Construcción del otro: Pacientes en abandono	221
Un cambio de paradigma	227
La cruzada de la enfermera	228
Ahora nos miran de otra forma	233
Entre tomar decisiones y no hacer nada	237
Re-educar al paciente y al profesional	240
Un camino largo, arduo y fácil de perder	244
Validar el trabajo en participación	244
Construcción del otro: Usuarios empoderados	246
La protocolización de la participación	252
LOS USUARIOS DEL CESFAM VILLA O'HIGGINS	256
No sentirse integrado	258
Un lazo perdido	259
Buscar el entendimiento	264
Compartir y servir	268
Construcción del otro: Los sin voz	270
Construcción del otro: la vocación de los profesionales	275
A MODO DE CONCLUSIÓN SOBRE EL CESFAM VILLA O'HIGGINS	280
VII.CONCLUSIONES	292
CESFAM VILLA O'HIGGINS	292
Ser profesional en el CESFAM: el peso de las disciplinas	292
Ser dirigente social del CESFAM: el compromiso social	299
POSTA RURAL LAS VERTIENTES	302

Ser dirigente social en la Posta: saber hacer la diferencia	302
Ser usuaria de la Posta: enfrentar la indiferencia institucional	304
Ser profesional en la Posta: las arenas del nuevo profesional	308
 LO INSTITUCIONAL Y LO SIGNIFICATIVO: EL DISPOSITIVO DE PARTICIPACIÓN.	 314
 ENTRE LA ESTANDARIZACIÓN Y LA PERSONALIZACIÓN: EL DISPOSITIVO DE SERVICIO	 317
 AUTONOMÍA, DEPENDENCIA Y AUTORIDAD: EL DISPOSITIVO TERAPÉUTICO.	 319
 DE REGRESO EN LAS ARENAS DEL SUJETO	 321
Hacia una teoría relacional de la subjetivación	325
La forja de una ética y la posibilidad de la reflexividad	329
Los ideales de sujeto en la relación	333
Sujetos colectivos	341
Apoyos institucionales	344
 BIBLIOGRAFÍA	 351

I. INTRODUCCIÓN

Este es un trabajo de investigación sobre los sujetos de la salud. Esto requiere, por supuesto, ciertas explicaciones que se irán desarrollando a lo largo de esta tesis, pero lo primero que queremos dejar sentado es la mirada que tendremos al hablar de profesionales, funcionarios, pacientes, usuarios o dirigentes de la salud. Esta mirada se dirige hacia la forma en que estos sujetos se construyen en el marco de la determinación social y de la capacidad que ellos encuentran para enfrentarla y modelar un camino propio de subjetivación. De esta forma nos inscribimos en una mirada foucaultiana de la dinámica entre dispositivo y sujeto, dándole cabida a las voces que han reclamado mayor apertura para el sujeto en aquel entramado teórico.

Nuestro terreno de investigación es aquel de la salud pública, es decir aquel en que la acción pública del Estado se posiciona como una fuerza modeladora poderosa. Sin embargo, esta tesis apunta a que los sujetos actúan como prismas que descomponen la fuerza estatal. En otras palabras, la acción pública, que se implementa en dispositivos y programas, no sale inmune al atravesar el dominio de los sujetos encargados de darle vida. Lo interesante es que los sujetos tampoco salen inmunes al entrar en contacto con las distintas fuerzas que los determinan. Es a través de esta dinámica que vamos a analizar el espacio social de la salud pública en Chile.

La salud pública en Chile se puede caracterizar en crisis y en reforma constantes. Sin embargo, sería inexacto no matizar esto a la luz de los cambios acontecidos desde que el país tenía el “privilegio triste de tener las cifras más altas de mortalidad infantil en el mundo” (Allende Gossens, 1939, p. 80) hacia fines de los años treinta, hasta la actualidad en la que exhibe la segunda esperanza de vida más alta de todo el continente americano (UNDP, 2025). La salud en Chile ha vivido múltiples procesos de cambio: fortalecimiento del rol público, privatizaciones, subfinanciamiento, construcción de nuevos centros hospitalarios, largas listas de espera para poder acceder a consultas de especialistas y cirugías, etc. Este ha sido un campo social en constante cambio en el que la necesidad de reforma siempre ha estado presente. En cualquier caso, hay que recordar que la historia que se narra a continuación no es epidemiológica, sino que corresponde más bien a una historia sobre los sujetos de la salud en el contexto de la atención primaria en el sistema público de salud chileno.

Entendiendo que los procesos de reforma modifican algunas de las determinaciones estructurales modeladoras de los sujetos, el análisis no

puede limitarse al ámbito técnico-político, a riesgo de perder de vista la acción social subjetiva: las resistencias y complicidades del sujeto con la acción pública y con otras fuerzas modeladoras del escenario social.

La participación de los sujetos ha sido puesta en foco en distintos períodos de la historia de la salud pública chilena, como daremos cuenta más adelante. No obstante, es importante señalar que su asiento en intervenciones concretas ha estado enmarcado en proyectos políticos que, con distintos énfasis, han buscado empoderar al sujeto en materias públicas que lo afectan directamente. Esta promesa de la participación ciudadana se ha visto frustrada la mayoría de las veces, lo que ha redundado en un desapego por lo público, o en una instrumentalización descarnada, por parte de muchos de los actores que intervienen en el espacio público de la salud.

Este incómodo legado deja, a priori, en tela de juicio cada nuevo intento por reformar la política pública con participación ciudadana. Los sujetos llamados a participar atraviesan una crisis de confianza. Dicha subjetivación ha hecho emerger una coraza subjetiva difícil de descifrar por parte de la acción pública que, a pesar de la promesa de la ciencia de datos, ha tenido que seguir lidiando con los sujetos. El sujeto sigue, afortunada y desgraciadamente, interviniendo en la configuración de lo público.

Entiéndase la desgracia como el sentimiento de malestar de los propios sujetos; el sujeto contra sí mismo. No podría ser de otra manera. Nos adentraremos en esta trama desde una arena particular: la de la participación en la reforma de la salud pública chilena. Allegarse al sujeto representa pensar la participación en un sentido no instrumental. Tomar en serio la construcción de los sujetos permite acercarse a una comprensión de sus posicionamientos respecto a los procesos de reforma y a la participación en salud. Ya en sí mismos, dichos posicionamientos dan cuenta de las respuestas que dan los sujetos frente a las determinaciones sociales que encuentran en los dispositivos de salud.

Los modelos de salud toman en consideración al sujeto en distintos niveles. Si pudiésemos elaborar un continuo en el que se ubican distintos modelos, en uno de sus polos estaría un modelo hospitalario-biomédico que niega al sujeto-paciente, tomando la enfermedad como un conjunto de manifestaciones biológico-corporales. Al mismo tiempo, dicho modelo promueve al sujeto-especialista quien porta autoridad y reconocimiento, siempre al alero de los procedimientos diagnósticos de laboratorio. En el polo opuesto se encuentran los modelos de salud que reconocen las particularidades sociales, culturales y económicas de los sujetos,

acercándose a sus condiciones de vida y al territorio que habita. Esta es una definición bastante clásica de la polarización en los modelos de salud contemporáneos, ahora bien, cuando hablamos del sujeto incluso los modelos de salud centrados en la promoción, en lo familiar y comunitario pueden fallar en algo que es esencial y complejo: la escucha.

La reforma de la salud pública en Chile, que se encuentra en curso, tiene entre sus ejes tanto la salud centrada en la persona como la participación social. Tanto la reforma, como proceso de cambio de la acción pública en salud, como los ejes mencionados tienen una historia larga de transformaciones que involucran íntimamente a los sujetos que le dan vida a dichos procesos. En la primera parte de este documento hacemos una breve reseña de algunos grandes hitos de dicha historia de la salud pública en Chile, especialmente en lo que tiene relación con los grandes paradigmas que le han dado forma a lo que hoy en día es el sistema público de salud. Enseguida profundizaremos un poco más en la historia de la institucionalización de la participación social en salud. Dicho proceso deja en evidencia una de las tantas tensiones que moldean a los sujetos de la salud: aquella entre la cuestión social y la cuestión técnica. La primera cuestión tiene relación con las condiciones de vida de las personas, entre las que destacan distintas manifestaciones de la vulnerabilidad social tanto histórica, en los arrabales de Santiago, como contemporánea en las poblaciones que los han sucedido. Así también, dentro de la cuestión social, destaca la participación comunitaria, que surge como respuesta a dichas dificultades, así como de distintos modelos de intervención y asistencia social, como la promoción popular con su concepción de sujeto. Por otro lado, la cuestión técnica aborda de una manera mucho más procedimental los temas de generación de conocimiento y toma de decisiones, decantando en protocolos y metodologías para implementar procesos de participación en la gestión. En otras palabras, esta cuestión está delineada por una visión managerial de la participación y de la gestión pública, lo que analizaremos como una manifestación de lo que llamaremos el “dispositivo de servicio”.

Finalmente, dentro de la primera sección, presento un autoanálisis de la experiencia de trabajo a través de la cual yo mismo transité los dispositivos de la institución sanitaria como profesional de un departamento de participación social en un servicio de salud de la red pública de salud chilena. Dicho apartado permite comprender, de forma un poco más íntima, el enfoque y los sesgos de esta investigación. En términos generales, allí se puede encontrar el relato sobre las experiencias que han determinado las inquietudes prácticas e intelectuales que le han dado forma a esta tesis.

La segunda parte presenta el corazón teórico de la investigación, en especial las nociones de dispositivo, sujeto, libertad y dominación (o determinación) mediante las cuales interpretamos las tensiones y paradojas del orden social moderno y sobre las cuales asentamos nuestra problemática de investigación. Partiendo desde una matriz foucaltiana ensamblaremos una teoría de la subjetivación que, reconociendo el efecto determinante que el poder y la institución sanitaria ejercen sobre los sujetos, dé lugar para pensar en las tácticas y resistencias que estos últimos despliegan en respuesta. Para ello utilizamos la interpretación que hace de Certeau (2000) sobre los espacios instituidos y sus “usuarios furtivos” lo que representa una oportunidad y una renuncia. Oportunidad de reinterpretar la determinación del poder, la que nunca es capaz de clausurar el juego social, dejando siempre abierta la posibilidad de que algo sea interpretado y usado de formas inesperadas por el poder. También una renuncia, al análisis del sujeto histórico en términos de la transformación del orden social desde arriba, lo que deja en suspenso la pregunta por la subjetivación en términos colectivos. Otra idea relevante, dentro de nuestra matriz teórica, es la de la incongruencia que el individuo enfrenta en sus diversos roles y en un contexto de “declive de la institución” (Dubet, 2006). Esta idea de Dubet nos permite caracterizar los cambios de la modernidad en términos de las mutaciones institucionales, de la acción pública, y su relación con las transformaciones de los individuos.

Todo este ensamblaje teórico desemboca en una caracterización de la salud pública a través de tres “dispositivos”¹ que nos parecen tener una presencia significativa en la experiencia de los usuarios y profesionales de la salud. Nos referimos al dispositivo terapéutico, el dispositivo de servicio y el dispositivo de participación. Ahora bien, si interpretamos los dispositivos desde la tensión entre disciplina y libertad obtenemos, en cada uno de ellos, una dualidad a la que están expuestos los sujetos. En lo referido al dispositivo terapéutico mostramos la constitución del espacio normativo hospitalario, caracterizando las fuerzas dispositivas de la expertise y la formación que modelan, en distintas intensidades, tanto al especialista como al paciente. Estas figuras de sujeto se encuentran en una relación de dependencia, en principio entre ellas, y luego también con el laboratorio y los procesos diagnósticos que emergen en la reconfiguración que la biomedicina hace de este dispositivo. En la interpretación desde la libertad, desde el dispositivo terapéutico, presentamos la tensión entre autonomía y dependencia que, si

¹ Definiremos este concepto más adelante a través de la teoría foucaltiana del poder y de las interpretaciones que hacen de ella tanto Deleuze como de Certeau

bien está centrada en la figura del paciente, se refiere constantemente a la forma en que la relación entre profesional y paciente es recorrida por esta tensión. El cuestionamiento de la dependencia pasa por nociones como autocuidado, responsabilización, respeto o cuidado que abogan, o constatan, procesos de modificación de la relación entre profesionales y pacientes.

En relación al dispositivo de servicio, hemos optado por presentar su vertiente disciplinaria a través del fenómeno de la estandarización de la relación entre sujetos a través de protocolos. Esto comprende el proceso histórico de la burocratización de la salud, es decir la subordinación de los profesionales de la salud a la administración pública que configuran el campo de la salud pública moderno. La progresiva regulación estatal ha desembocado en una serie de compromisos de gestión, metas sanitarias que constituyen toda un área de evaluación del desempeño que entra en tensión con los procesos locales de mejora. En paralelo emerge toda un área de satisfacción y de gestión del usuario, inspirada en principios del neo-management de la atención al cliente. Desde allí se forjan figuras ideales del usuario y del funcionario, quienes experimentan este dispositivo desde la sobrecarga de trabajo y la falta de consideración. Ahora bien, desde la vertiente de la libertad o autosubjetivación, este dispositivo puede ser visto desde el potencial que muestra para crear espacios en los que los sujetos puedan ser tomados en cuenta, como casos, recibiendo la parte activa de la institución. Esto corresponde a un resquebrajamiento de la indiferencia institucional propia de la estandarización. Para que eso ocurra el trabajo social tiene que tomar protagonismo, desplegando sus competencias para desarrollar un fuerte trabajo relacional y un trabajo de mediación para facilitar el acceso a las atenciones y programas de salud. Como veremos esto puede ser realizado tanto por profesionales como por dirigentes comunitarios que adoptan una postura de facilitadores.

Finalmente, en lo relativo al dispositivo de participación, se abordan diferentes tensiones encarnadas en la figura del ciudadano. En cuanto a la determinación, se presenta cómo el Estado ha modelado un espacio institucional de participación, lo que bien puede ser leído en complemento con la breve historia de la participación presentada en la introducción. Este proceso le ha dado un carácter ad-hoc a la participación respecto a la gestión del Estado, forjando una figura de ciudadano que muchas veces no cuenta con redes comunitarias densas, sino más bien con redes técnico-profesionales que requieren de validación ciudadana para su gestión. Es lo que hemos llamado participación burocratizada. Si bien la participación surge como respuesta ante el agotamiento de la representación dentro de

los Estados modernos, su burocratización se hace sentir como una fuerza que delimita un marco de acción y demanda a los sujetos de conformarse a él.

A pesar de ello encontramos, tanto en la teoría como en los relatos de los sujetos entrevistados, ideas de lo que se puede considerar una participación significativa. Desde esa perspectiva se destaca que la institucionalización de la participación no alcanza a contener las demandas o malestares sociales lo que empuja a los ciudadanos, o a los usuarios de los servicios públicos, a movilizarse en búsqueda de la resolución de sus necesidades. Esto ha tenido distintas manifestaciones a lo largo de la historia, como da cuenta la matriz de subjetivación comunitaria y popular del gran Santiago, bajo la cual los pobladores se asociaban para resolver sus necesidades de vivienda, educación y salud. Como veremos, es con posterioridad que el Estado va a abrir espacios de participación que no logra gobernar del todo. En salud existe un sin número de espacios locales con el potencial de apuntalar la autonomía comunitaria y para promover la asociatividad, como pequeños talleres o grupos de autoayuda. Lo significativo parece desplazarse desde la transformación societal hacia la política de la vida cotidiana en la que el trato recibido, así como la capacidad de voz y el ser escuchado cobran relevancia.

La tercera parte de este documento se vuelca sobre la experiencia del sujeto en relación con otros. A este ámbito le hemos llamado las arenas del sujeto en el que hacemos un recorrido epistemológico por el concepto de relación y el lugar que en ella tienen el decir, escuchar y sentir, conceptos que marcan nuestra forma de comprender los procesos de subjetivación en salud. Como veremos, al poner al centro la relación subrayamos que ella representa un escenario para el poder, bajo el registro de la intervención como señala Demailly (2008). Al ser un ámbito de intervención se reconoce que hay oficios relacionales, es decir aquellos que hacen de ella un medio y un fin (Périlleux, 2016). En cualquier caso, la relación se muestra siempre esquivada, lo que explica que estos oficios hayan sido descritos como “imposibles” y que tengan el desafío de constituir una ética propia que deba conjugar tecnicismo y humanismo (Cifali, 2019).

En la misma sección mostramos cómo es que la palabra ocupa un lugar central en la construcción que el sujeto hace de sí mismo. El relato es un lugar en el que el sujeto reflexiona sobre la acción obstruida, prohibida o la acción deseada. Es, en ese sentido, un terreno fértil para acercarse al sujeto y a sus representaciones sobre la relación en el marco de la institución sanitaria. Esto nos llevará hacia los tres verbos presentes en el subtítulo de esta tesis: decir, escuchar y sentir. A través del primero presentamos el dominio del

habla. Desde el análisis de la enunciación se señala que la posición de hablante supone a otro frente a quien el sujeto organiza su relato y toma posición. Desde la enunciación llevaremos el concepto, con la ayuda de Freire (2015), hacia la capacidad de los colectivos de “problematizar su propia opresión”. Esto lo vincularemos la idea de Appadurai de “capacidad de voz” que permitiría poner temas de interés en el espacio público y alterar las estructuras del reconocimiento (2004). En la misma línea del decir el habla se transforma, en el análisis de Certeau en un lugar inexpugnable para el sujeto. A pesar de las estrategias sistémicas para normar el sentido, el sujeto conserva la capacidad de hacer un uso furtivo del habla (de Certeau, 2000). En lo que respecta a la escucha, esta será presentada como un principio epistemológico propio de la postura clínica. Por supuesto, ella ha sido un campo de disputa desde la disciplina médica que determina a la escucha bajo el saber médico y en la forma del interrogatorio. Con posterioridad, el dispositivo de servicio tecnificará la escucha en dispositivos de validación de la gestión, como se revisa en la misma sección.

Dicho apartado termina ofreciendo una revisión del concepto de sentir. Este se presenta, en primer lugar, desde la experiencia del enfermar en la que destaca el dolor físico o psíquico asociado a la sintomatología. Otra modalidad del sentir queda representada en la idea de exclusión y sufrimiento social, lo que según Fassin (2006) representa una modalidad contemporánea de la cuestión social. Ello resulta de especial interés en el marco de esta investigación ya que enmarca el sufrimiento en ámbitos institucionales en los que tanto los usuarios como los profesionales sufren. El reconocimiento que las instituciones hacen del sufrimiento social las lleva a abrir espacios de escucha y a establecer una suerte de psicologización de la acción pública. A nivel societal mostraremos cómo el sentir se vincula con el reconocimiento en la manera en que lo concibe Honneth (2000). En el marco de la modernidad tardía los sujetos experimentan la tensión entre formas jerárquicas de atribución del reconocimiento que aún conservan una presencia importante y nuevas formas que pasan a ser resorte de los sujetos en sus dominios de evaluación intersubjetiva.

La cuarta parte presenta el dispositivo metodológico que integra la pregunta e hipótesis de investigación y los distintos tipos de técnicas de análisis. El argumento de esta tesis se centra en la influencia que ejercen la relación que los sujetos establecen, en los dispositivos terapéuticos, de servicio y de participación, sobre sus procesos de subjetivación. La hipótesis que nos mueve es que el posicionamiento que los sujetos mantienen en los diferentes dispositivos de la salud pública influyen en su constitución como sujetos de

la salud. Dicha influencia está marcada tanto por la acción de las fuerzas dispositivas como por las tácticas que los sujetos despliegan frente a ellas. En los relatos, que tanto usuarios como profesionales de la salud nos han compartido, hemos encontrado la mención de varios temas vinculados con fuerzas dispositivas y con tácticas subjetivas. Estos los hemos analizado de forma individual y agrupándolos en las figuras de usuarios y de profesionales como dos grandes ejes que componen la relación en salud. El posicionamiento que ellos adoptan se caracteriza desde la forma que adopta su enunciación en términos de las emociones que dejan ver, el tono que mantienen en su discurso y los entredichos que quedan latentes. Finalmente, se incluye también un autoanálisis desde la experiencia de trabajo del investigador en un departamento de participación social de un servicio público de salud y que, en gran medida, da origen a las inquietudes que recorren esta tesis.

La quinta y la sexta parte de este documento expone los análisis de la Posta Rural Las Vertientes, ubicada en la comuna de San José de Maipo, y del CESFAM Villa O'Higgins, ubicado en la comuna de La Florida. Ambos representan realidades diferentes que es presentada en una breve descripción tanto de los centros de salud como de los profesionales y usuarios entrevistados en cada uno de ellos. Los análisis son presentados en función de la presentación que los sujetos hacen de sí mismos, tanto de sus logros como de sus desafíos, y también de la representación que hacen de los otros sujetos con los que entran en relación en los dispositivos terapéuticos, de servicio y de participación. La séptima y última parte, recoge las grandes conclusiones que se derivan de los análisis para inscribirlas en una propuesta de elementos para una teoría relacional de la subjetivación en contextos institucionales de salud.

a. Breve historia de la salud pública chilena

La salud pública chilena ha atravesado diversos procesos de reforma a lo largo de su historia que han intentado, con mayor o menor éxito, modificar las relaciones entre pacientes, profesionales y dispositivos de salud. En paralelo a la historia de las reformas institucionales ha corrido la historia social de la salud pública en Chile (Illanes, 2010) que comprende procesos locales, ciudadanos e íntimos de la experiencia de las personas con su salud y las iniciativas de organización social en torno a ella. Estas dos historias se encuentran y desencuentran en dispositivos de distinta naturaleza que

ponen en relación a sujetos dentro de marcos de acción determinados por ciertas fuerzas dispositivas. Entre ellas podemos mencionar a la gestión de servicio, la formación, la expertise, la individualización, la ayuda mutua o la asistencia, entre otras, que modelan y tensionan la relación entre los profesionales y los usuarios de la salud pública.

En los cruces de estas historias, las dimensiones de la relación se han articulado en distintos modelos de políticas públicas y de gestión que se inscriben en un campo político que va desde la salud pública universal hasta la salud privada pasando por paradójicas hibridaciones. Ofreceremos ahora una pequeña reseña histórica de las relaciones entre los actores de la salud que nos permitirá acercarnos a la pregunta por los sujetos en la salud pública.

El Estado chileno, a comienzos del siglo XX, se encontraba tomado por una *política fantasmal* (Gongora, 1981) que lo mantenía con un exiguo carácter planificador y modernizador viéndose reducido su poder y reforzado el poder del latifundio y la minería exportadora. Si bien la crítica a esta crisis moral de la política se hacía sentir (Gongora, 1981) la sociedad aristocrática tenía control sobre la política y su proyecto de sociedad permanecía inalterado. El modelo de la beneficencia se había forjado al alero de esta sociedad que les dejaba la acción social a las religiosas, a los altruistas y también al naciente mundo académico. Este modelo de acción social no diferenciaba entre el desvalido, el enfermo o el mendigo que pasaron a ser objetos de intervención de la institucionalidad para pobres (Illanes, 2010, p. 52) basada principalmente en la beneficencia. En este marco se forjaban modelos identitarios disímiles: los considerados marginales, que vivían en la insalubridad y miseria, y una clase dominante que era erigida como el “ser histórico” (Illanes, 2010) que vivía en la opulencia y conducía la política, la guerra, el comercio, etc.

De esta misma clase dominante provienen los primeros graduados de medicina en el país. La primera facultad de medicina fue creada en 1832 en Chile y en 1842 fue anexada a la recién creada Universidad de Chile (Molina, 2007). La institucionalidad sanitaria, por su parte, comienza a desarrollarse a fines del siglo XIX ante las constantes amenazas de epidemias infecciosas.

“La revolución que se opera en las condiciones generales del proceso social de producción, en particular de los medios de transporte y comunicación, como consecuencia del pasaje de la manufactura a la gran industria, da origen a un vínculo de la medicina con el capitalismo. La cuarentena se convierte en una traba al comercio internacional y su abolición crea un campo de intervención para la medicina. La lucha contra

las enfermedades que justificaban la cuarentena y que constituían, por otra parte, un peligro real para las poblaciones y el comercio ha de ser para la medicina en América Latina el punto de partida de su transformación y desarrollo” (Molina, 2007)

La medicina encuentra en esta relación con la economía uno de sus motores de desarrollo y de legitimación social. Los médicos estimaban que el Estado debía asumir un rol más activo en la salud pública se si quería controlar la propagación de las enfermedades infecciosas. Así, el protagonismo del Estado respecto a la salud en Chile se adquirirá con posterioridad a la iniciativa privada, de las elites y del pueblo, que le habían dado su primer carácter a la provisión de salud en el país. “El Estado a través de su figura asistencial y/o de compromiso social busca cooptar al pueblo a su propio espacio e institucionalidad, fundando un nuevo pacto social” (Illanes, 2010, p. 17).

Por una parte, la iniciativa popular reaccionaba frente a las paupérrimas condiciones de vida, frente a la cuestión social de sus mismos pares que enfermaban y morían. Frente a la inexistente o cerrada oferta de servicios médicos, la auto-organización cobró vigor y se comenzaron a cimentar estos ámbitos de experiencia y autonomía populares en la salud, como nos relata Illanes:

“La porfiada visita de la enfermedad y la muerte en los hogares pobres de un país que ostentaba el brillo de su carcoma, impulsaron al pueblo a crear las que constituyeron sus primeras organizaciones de base: las Sociedades de Socorros Mutuos, como la máxima expresión de un pueblo que decide enfrentar por sí mismo la enfermedad y el desamparo. Germinaba allí un concepto de salud como sociabilidad, solidaridad y organización, donde la enfermedad era inseparable de la condición social y la lucha contra ella pasaba a ser parte de la lucha del pueblo por su propia identidad y bienestar” (Illanes, 2010, p. 23)

En el orden latifundista y aristocrático la salud estaba dada por la lógica de la caridad a cargo, generalmente, de religiosos. Frente a esta lógica es que se produce la reacción de otro estamento, de la misma clase social privilegiada como lo hemos señalado, que viene a reclamar un ámbito de expertise:

“La reforma del modo de dominación caritativo se entabló, así, como una lucha de poder entre una clase, que pugnaba por las garantías y la libertad individual, y un estamento que, desde esa misma clase, vislumbraba científicamente la dimensión de lo social. La lucha estamental de la

intelectualidad médica necesitaba una base de sustentación real. El proyecto científico buscó al Estado, como el único aparato de poder desde el cual imponerse sobre el dominio aristocrático, en lo relativo a la salud del pueblo y la nación. El Estado, en tanto, se permitió ir anidando en su interior la ciencia y la técnica, se ayudó también a sí mismo a ir tomando cierta distancia de la oligarquía, adquiriendo una fisonomía propia” (Illanes, 2010, pp. 24–25)

A esta primera etapa, de la constitución del rol sanitario del Estado, se la puede caracterizar entonces como un proceso de desposesión del pueblo o sociedad civil de su *libertad positiva*, lo que ocurre, en distintos niveles, en todas las configuraciones de los estados modernos occidentales. La hegemonía estatal va a imponer progresivamente sus términos a través de la constitución de los servicios de salud, es decir, de una red de centros públicos de salud. El acceso a centros de salud es, a la vez, una demanda social y un catalizador de luchas colectivas de larga data en el país como lo testimonian, por ejemplo, los primeros pobladores de los arrabales de Santiago (Barrientos & Moller, 2018) o el movimiento social por el acceso a la salud en zonas de la isla de Chiloe (Arriagada, 2016); demanda que, a pesar de los grandes logros al día de hoy, aún no logra cubrirse de forma equitativa en el país.

Una segunda etapa en este avance de la salud pública es el de la calidad de los servicios ofrecidos. Sin duda esta es la etapa que más controversias técnico-políticas suscita por el auge de la tecnificación de la gestión en salud. Ahora no sólo se trata de la atención médica sino también la coordinación, la regulación (reforma de la autoridad sanitaria), el financiamiento (Plan AUGES) de la red de las prestaciones y de los dispositivos de salud, etc. En este contexto herramientas como los compromisos de gestión en el aparato público, que fueron concebidos para descentralizar la gestión y el condicionamiento de la transferencia de recursos según el cumplimiento de metas (Sojo, 1996), han generado múltiples paradojas para el trabajo de los equipos de salud.

En cuanto a la atención primaria de salud destaca el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, línea desarrollada a partir de la reforma de la salud del año 2006, que representa un hito directamente vinculado con la relación entre profesionales y usuarios al proponer la incorporación de dimensiones familiares y comunitarias en el abordaje de las necesidades de salud de los pacientes. La salud comunitaria había vivido un auge en el Chile de las décadas de los 60 y 70, con notables ejemplos en el ámbito de la salud

mental, como la salud mental comunitaria de Marconi o la salud poblacional de Weinstein. En los años 1967 y 1971 se promulgan los decretos sobre Consejos Comunitarios de Salud y Consejos Locales de Salud, respectivamente, hitos que marcan el inicio de la institucionalización de la participación en el sistema de salud público chileno (Infante & Moller, 2018). Posteriormente, estos esfuerzos van a ser desinstitucionalizados y se van a allegar al alero de iniciativas de organizaciones no gubernamentales. La época actual de la salud pública marca, en definitiva, la incertidumbre por la relación que la institución sanitaria va a establecer con los usuarios, con los equipos de salud locales y con sus colectivos, por la creciente tecnificación y la nueva salud comunitaria que se intenta instalar en paralelo.

“In Chile, the participatory trend generally evolved at the margins of traditional social institutions [...] However, the institutional reform of health care implemented in 2000 has an institutional outlook based on rights and operated on a basis of social guarantees, introducing notions of universalism not previously considered. [...] Although the Chilean reform is based on citizen rights, its implementation followed a top-down model unconnected to the innovative programmes addressed to civil society that the sector itself was carrying out. Notwithstanding, the focus on rights and the emphasis on health care’s role in citizen participation led to a reformulation of sectoral objectives and integrations efforts [...]

The Chilean reform’s overall approach partly contends the consequences of the privatizing reform of 1981 and partly uses the models of other countries in the region as a reference. It is designed to roll back the liberal charges promoted in the 1980s, which undermine basic solidarity and universality, deconcentrated health-care functions and severely weakened the public sector” (Delamaza, 2015, pp. 133–135)

Por su parte, los nuevos modelos de medicina acentúan las *discontinuidades sociales* en la salud pública. El fuerte desarrollo de la biomedicina o medicina basada en evidencias, comenzaron a tener un contexto de entrada favorable gracias al floreciente sistema de salud privado y sus crecientes conexiones con el sistema público de salud. Este modelo se basa preeminentemente en la expertise de los profesionales de la salud y en la tecnificación de la relación terapéutica a través de la gravitación de los exámenes de diversa índole. De esta forma el diagnóstico se aleja de la relación interpersonal pasando a ser parte de un circuito técnico de la decisión clínica. Kottow subraya este fenómeno desde la reflexión bioética sosteniendo que “la relación entre enfermo y agente terapéutico [...] es distorsionada por la biomedicina que

despersonaliza y mediatiza el encuentro clínico, lo cual crea una vinculación impersonal entre paciente, sistema biomédico y profesional de la salud” (2015, p. 20), agregando que “todo desarrollo de la medicina posterior a la Segunda Guerra Mundial distanció al médico y al hospital del paciente y de la comunidad, hecho que desarticuló conexiones personales y desligó vínculos de confianza” (Kottow, 2015, p. 19). El sistema público de salud chileno se ha constituido con este telón de fondo, pero con distintos grados de penetración de esta lógica dada la heterogeneidad de dispositivos y de prácticas de trabajo.

La tensión de la relación en el ámbito de la salud no se ha manifestado exclusivamente por la fragilización de la relación terapéutica. La tecnificación y racionalización de la gestión de la salud ha afectado a una gran parte del sistema de salud que ahora es gobernado por metas de gestión e indicadores de calidad en sus distintas áreas de intervención. Dentro de estas también encontramos la relación de participación, en la que las lógicas territoriales ahora se entrecruzan con lógicas de servicio y de satisfacción usuaria crecientes.

b. La participación en el Servicio Nacional de Salud

Entre la cuestión social y la cuestión técnica.

En el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) en Chile, entidad pública que va a agrupar a una serie de dispositivos de salud para asegurar la atención de salud de las personas que prácticamente carecían por completo de acceso a la salud. El SNS dejó de existir como tal el año 1979, bajo la dictadura de la junta militar, siendo reemplazado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que sigue vigente en la actualidad.

La creación del SNS permitió vislumbrar la apertura de un espacio público en salud. Espacio público asimétrico, donde el poder instalaba una serie de dispositivos que buscaban no sólo dar respuesta a las necesidades de acceso a la salud de la población, sino que a instituir un orden, normativas, conductas, identidades. El consultorio es un buen ejemplo, que según María Angélica Illanes “permitió afianzar y profundizar una confianza básica de la

población respecto de la medicina y salud pública” encarnando así una especie de “pacto social” (2010, p. 415)

Arnaldo Cáceres, dirigente de la población Malaquías Concha, nos contaba cómo era que, ante la negativa de la municipalidad de apoyarlos para construir un consultorio, él, como poblador, le planteo a su Junta de Vecinos que fuesen ellos mismos los que construyeran el consultorio.

“toda la gente entendía que había que hacer eso, no como ahora -que a mí no me importa- o -no tengo tiempo-. El día domingo salíamos con las palas y chuzos a trabajar en el consultorio. Porque ¿Cómo íbamos a atender los partos, las heridas, accidentes? Teníamos que venir al (hospital) Barros Luco, en la noche traer a una persona que iba a dar a luz a las 4 de la mañana...entonces el consultorio ya era un lugar, le pusimos todo, y todavía está ahí el consultorio, la construcción...” (Barrientos & Moller, 2018, p. 27)

Patricio Hevia, en entrevista el año 2018, nos relataba todo un proceso participativo que, desde el consultorio Quinta Bella y el Área de Salud Norte, fueron realizando planificación local y creación de consultorios “sin preguntarle a nadie”. El Quinta Bella, nos contaba, fue un consultorio experimental en el que demostraron que el decreto 250 de 1967 fue un fracaso por el tutelaje político desde el Ministerio del Interior sobre los Consejos Comunitarios de Salud. El remarcaba en la entrevista que en el proceso de participación “lo importante era que nosotros no pedíamos permiso”. Con eso se refería a solicitar la autorización de las autoridades sanitarias, a entrar en la burocracia sanitaria. Esa era una institución, pero Patricio Hevia y su equipo estaban en un programa institucional de otra naturaleza: la ética de la medicina social, del humanismo. Esto es importante porque como señalaba Dubet, la organización, el SNS en este caso, puede ser ocupada por distintos programas institucionales, cosa que se proyecta hasta la actualidad de los servicios de salud en Chile. La racionalidad burocrática, la ética humanista, la biomedicina: Esas son fuerzas que modelan a los sujetos a través de ciertos dispositivos, ahí está el hospital, el consultorio, pero lo que es más interesante es que este modelamiento ocurre en relaciones de naturaleza específica: la relación terapéutica entre terapeuta y paciente, la relación de servicio entre funcionarios y usuarios, y la relación de participación entre un profesional, digamos un trabajador social (figura sobre la cual ha caído históricamente esta misión en el ámbito de la salud) y una diversidad de formas de entender al otro: poblador, dirigente, usuario.

El SNS permitió la institucionalización de la participación, lo que se podría entender como la apertura de una idea de participación basada en la cooperación entre pueblo e institución sanitaria. Sin embargo, Illanes apunta que ese era un “acercamiento instrumental” que “faltaba participación” (Illanes, 2010, p. 421). La institucionalización también representa una definición, un acto de normar al otro a través del ámbito de acción y de decisión que este otro tiene. Es un acto de rayar la cancha. Por ello es interesante lo que señalaba Patricio Hevia, de que el decreto 602, en el ámbito de la conformación de los consejos locales, tuvo un planteamiento “intencionalmente ambiguo”, lo que buscaba dejar un espacio discrecional sobre la conformación de los consejos. Sin embargo, en muchos otros ámbitos no dejaba la misma libertad. Según Castillo et.al. el Colegio Médico, habiendo ignorado el decreto 250² del año 67, “logró que el decreto 602³ no otorgara toma de decisiones a los Consejos Locales” sino sólo una función asesora (1973, p. 61). La trama de los decretos habla de las tensiones que se fueron produciendo en este proceso institucionalizador de la participación en salud al alero del SNS. Aunque la institucionalización delimite, modele, también habilita, permite que un incipiente espacio público en salud pueda ser apropiado por otros sujetos. Es por ello que la democratización del SNS amenazaba con una “ruptura del principio de autoridad”, como lo plantea María Angélica Illanes (2010, p. 488)

Si uno abre el tema de la participación, viéndolo en esta dinámica de instituciones y sujetos, uno puede apreciar que pasaba con los profesionales dentro del SNS. Asistentes sociales, enfermeras y matronas eran “profesionales que intervenían en la línea de fuego” (González & Zárate, 2019) es decir en interacción directa e intensa con los usuarios. A diferencia de ellas, *“los médicos atendían pacientes, decidían los tratamientos que se suministraban, establecían las normas para resolver problemas de salud con base en el conocimiento científico disponible y en su propia experiencia terapéutica”* (González & Zárate, 2019, p. 6). Esto nos habla de la participación en el dispositivo terapéutico, de quienes toman decisiones y quienes ejecutan. Esta línea de fuego, o primera línea, acondiciona y siente la relación con los pacientes, pero está desprovista de poder, su participación en las decisiones era débil. Sin embargo, esa misma posición en la línea de fuego, las habilitaba para, dadas ciertas condiciones, asumir algunas decisiones. Dada su experiencia en la línea de fuego, ellas tenían un

² Crea Consejos Comunitarios de la Salud

³ Crea Consejos Locales de Salud, 1971

conocimiento distinto, que se forja in-situ y eso les daba una habilidad para leer el dispositivo, para estar en el momento y lugar indicado.

Según De Certeau, el sujeto tiene siempre la posibilidad de interpretar, de leer, el juego que le están presentando, y eso era lo que hacían enfermeras, matronas y asistentes sociales, y lo que debían hacer los pobladores, los pacientes para llegar a ser reconocidos como usuarios, como dirigentes. Si el poder se iba recomponiendo, era en este juego entre “estrategias”, para limitar la toma de decisiones y mantener la autoridad, y “tácticas” de los que se buscan aprovechar “momentos” u “ocasiones” para capitalizar algunas ventajas. (de Certeau, 2000, pp. XLIX–L).

A modo de síntesis, podemos señalar que la creación del SNS canaliza dos fenómenos sociales importantes para hablar de participación en salud: la cuestión social y la cuestión técnica.

La cuestión social, motiva una participación comunitaria contra la miseria: una cruzada de la autogestión (iniciada con el mutualismo obrero, pero también con la subsistencia en los arrabales) y también la cruzada de la medicina social por asistir al sujeto popular.

La forja de este sujeto popular estaba fuertemente marcada por la experiencia de la miseria, la que era conceptualizada como “marginalidad” en la época por Roger Vekemas y la CEPAL, entre otros. Ese desarrollo intelectual y de praxis política desarrollaría, por ejemplo, el dispositivo de la “promoción popular” para “densificar los vínculos sociales y la acción colectiva” (Ferrero et al., 2014, p. 22). Las capacitaciones, y otras acciones de fomento, a pobladores y campesinos pretendían habilitarlos para acceder a la ciudadanía (Ferrero et al., 2014) de igual forma que la “pedagogía sanitaria” entre las mujeres (González & Zárate, 2019) pretendía habilitarlas para ser agentes de cuidado, para hacer posible el acceso a la salud, como un bien social, como labor del Estado social.

Aquí podemos situar lo que se llamó la “democratización de la salud”, es decir, en palabras de Illanes, “el acceso a la atención de salud de toda la comunidad” (Illanes, 2010, p. 475). El Estado, finalmente, toma parte en la cruzada contra la miseria, contexto en el que la creación del SNS representa un logro, focalizando inicialmente su acción en el sujeto popular marginado. El profesional aquí aparece como un misionero, con un llamado ético a estar con la gente que, con la reforma universitaria del año 68, profesionalizaría esa vocación social para “superar la formación excesivamente cientificista y tecnicista y fortalecer el ámbito de la medicina social” (Illanes, 2010, p. 467).

La participación en la cuestión social podía ser autónoma, asistida o una mezcla de ambas, y se orientaba a proveer acceso a la atención de salud. Cómo era esa atención de salud ya era un tema de la cuestión técnica. Son fenómenos que se desarrollan en forma paralela. Sin embargo, tienen características específicas, para ese momento y para el desarrollo de la participación en salud.

La cuestión técnica, caracteriza la inquietud sobre cómo los distintos sujetos participan de la generación de conocimiento y de la toma de decisiones, en un proceso de creciente tecnificación. En específico nos referimos a la participación ciudadana en la burocracia estatal y en la medicina, como conocimiento y como técnica; en general todo lo que tiene que ver con el conocimiento experto que da forma a lo que podríamos llamar racionalidad sanitaria. En los orígenes del SNS los profesionales se veían enfrentados a este dilema de la cuestión técnica, siendo un fenómeno que se proyecta hasta la actualidad. Tomemos el caso del estatuto de deberes y derecho del paciente, que se aprobó en el año 2012, que había sido rechazado en el trámite de la reforma de la salud, y que representa otra muestra de cómo la racionalidad experta intenta modelar el dispositivo de participación en salud.

“...Paradoxically, health-care technicians guided the process of setting priorities and establishing guarantees, whereas the citizenry played no part. In other words, citizenship was strengthened by legal protections, but it was done without citizen participation” (Delamaza, 2015, pp. 135–136)

Este es un dilema desde la óptica de la participación porque, por una parte, el conocimiento técnico legitima la intervención profesional, pero por otro se comienza a legitimar a sí mismo, alejándose de la experiencia de la cuestión social. Jaspers apuntaba, como un fenómeno de la modernidad, a la nueva figura del médico como técnico (1989), de cierta forma capturado por la ideología de la técnica. En el caso chileno lo apuntaba María Angélica Illanes en la transformación del médico como un líder comunitario que “se entrampó en la tentación del siglo: la técnica ... tiende a destruirse como sujeto histórico” (2010, p. 439). La reforma universitaria del año 68, preñada de ética humanista, trató de contener esta transformación del médico, sin embargo, la fuerza de la técnica, la virtud que mostraba en la búsqueda de la cura de enfermedades contagiosas, hizo inevitable que la forja de este sujeto se apoyara en gran medida en su capacidad para interactuar con procedimientos y aparatos técnicos.

El SNS canaliza, como organización, el desarrollo de estos dos fenómenos sociales, estos dos programas institucionales, la medicina social, el compromiso comunitario, y la ideología de la medicina técnica que se legitima al entrar en relación con el Estado. La participación entonces en el SNS se allegó, por supuesto, al programa institucional de la medicina social, ese era su lugar “natural”, por así decirlo. Esa era una participación comunitaria, que forjaba al poblador como paciente, para que tuviera acceso a la salud y para que tuviera una cierta consciencia sanitaria. Del otro lado, las cosas eran un poco distintas: para que la participación fuera participación ciudadana, tenía que estar también en la cuestión técnica. La cuestión técnica no era sólo el conocimiento médico, era también la forma de supervisión del nivel central con los niveles territoriales, la tecnificación de la decisión. A propósito de la mutación de la cuestión técnica en salud, Isabel Ringeling (2022) mencionaba como era la supervisión en su trabajo de enfermería esos primeros años del SNS: “un acompañamiento en la acción” y como eso era radicalmente distinto al control estadístico por indicadores que se instaló posteriormente.

Respecto a esto De Certeau apunta algo que parece fundamental no sólo para la participación social sino también para el escenario moderno de la subjetivación en el que, la gravitación de los dispositivos técnicos obliga a los sujetos a recorrer sus bordes e intersticios encontrando allí la posibilidad de preservar su poder de interpretación.

“Cuestiona, bajo una forma diferente, la condición del individuo en los sistemas técnicos, ya que la participación del sujeto disminuye en la medida de su expansión tecnocrática. Cada vez más limitado y cada vez menos relacionado con estos vastos medios, el individuo trata de desprenderse de ellos pero sin lograr salir; le queda entonces el recurso de valerse de ardides para con ellos, de poner en práctica “jugarretas”... La atomización del tejido social proporciona hoy en día una pertinencia política a la cuestión del sujeto” (de Certeau, 2000, p. LV).

c. La experiencia de trabajo en participación desde un servicio de salud

Los cuatro años de trabajo en el Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario (Departamento de Participación, de aquí en adelante) del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) en Santiago de Chile representaron para mí un acercamiento crucial hacia la cuestión social en salud. A menudo, como equipo de trabajo, encontrábamos obstáculos que nos impedían cumplir con nuestras metas fijadas desde la interpretación que hacíamos de los mandatos que nos llegaban desde el nivel central, desde la política de participación en la gestión pública y en salud.

Nosotros, como equipo, estábamos a la vez lejos y cerca de dicha política. En el marco de una administración local, sensible a las condiciones de vida de las personas y consciente de la necesidad de cambio de las estructuras mal concebidas para hacerse cargo de las inequidades sociales de salud, teníamos una sensación de libertad para imaginar el desarrollo de nuestro trabajo. En el lenguaje informal de la organización, “Mc Iver”⁴ o “el Misterio”, ambas formas de denominar al Ministerio de Salud (MINSAL), daban cuenta de la distancia con esa administración lo que se traducía en la creación de una manera propia de hacer las cosas, en la forja de una identidad. Sin embargo, el nivel central tenía dispositivos de evaluación de tal envergadura, como las metas sanitarias o los compromisos de gestión que cuando llegaba el momento de rendir cuentas todos trabajábamos para “Mc Iver” incesantemente en busca de una buena calificación de nuestra gestión.

Trabajábamos con esta paradoja y con una clara motivación: los deseos de empujar el carro de la acción pública un poco más lejos de lo enunciado por nuestro marco normativo, sabiendo que, como telón de fondo de nuestra motivación, teníamos una debilitada cultura, social y organizacional, de participación en el Chile contemporáneo. El descontento de los pacientes y usuarios de la salud era palpable en muchas situaciones y sólo una parte pequeña de ese sentimiento cristalizaba en alguna acción ciudadana en el seno de las asociaciones ligadas a nuestro trabajo en salud. Vale la pena señalar que la agenda estatal de participación en salud es, contemporáneamente, una de las más desarrolladas de todos los sectores estatales. El Estado ha venido ocupando, progresivamente, espacios asociativos que la ciudadanía había dejado en su repliegue desde la dictadura militar. Si bien, la reapertura de los espacios asociativos fue motivada por

⁴ Por su ubicación en calle Enrique Mc Iver en Santiago de Chile.

programas y agentes estatales ellos entraron en relación con los “expertos por experiencia” (pacientes y dirigentes sociales) los únicos que le podían darle vida a la propuesta estatal. Estos encuentros fueron anudando una red de interacciones y relaciones que enmarcan el terreno de trabajo que tuve el en Departamento de Participación.

El rol atribuido a nuestro equipo, (compuesto en gran parte por profesionales de las ciencias sociales) tanto por nuestros colegas médicos, gestores y profesionales de la salud, así como por parte de los dirigentes de los usuarios, ejercía fuerzas que nos “rayaban la cancha”⁵ durante los encuentros y actividades colectivas de diversa naturaleza. Para los primeros, nosotros éramos los encargados de animar las actividades de participación que eran exigidas en los programas que “bajaban” desde el MINSAL. Para los segundos nuestro rol era más diverso, pero se entendía vinculado a la realización de actividades con ellos y al apoyo hacia los dirigentes de los Consejos de Usuarios de la red de dispositivos de salud.

El nuestro era, por excelencia, un trabajo relacional como lo entiende Demailly (2008) y consistía fundamentalmente en la apertura y mantención de una relación con los dirigentes de los usuarios, de la red de dispositivos de salud del SSMSO. A pesar de nuestras expectativas de desarrollo de una relación reflexiva, ciudadana y de promoción de derechos, encontramos muchas limitaciones en nuestra mediación entre el servicio público de salud y sus usuarios.

Una de estas limitaciones estaba dada por nuestra posición en los dispositivos del sistema de salud. Había una dimensión muy relevante para los usuarios, pero lejana para nosotros por nuestra formación y nuestra misión: el dispositivo terapéutico. Esta estaba en el corazón de las atenciones de salud que entran en juego, generalmente, de forma reactiva frente a la enfermedad, a pesar del discurso y ciertas acciones de promoción de la salud. El sistema de salud es eminentemente un espacio de atenciones de salud y sólo marginalmente un espacio de participación o ciudadano. Si bien nuestra tarea era la ampliación de estos márgenes, bajo las normativas sectoriales que le ponían techo a muchas de nuestras aspiraciones, gran parte de la experiencia del ser paciente se nos escondía o no éramos capaces de escuchar. Recuerdo aún con angustia cuando una señora que participaba en una de nuestras Escuelas Ciudadanas en Salud me pidió ayuda para su hijo que atravesaba un cuadro de salud complejo y no podía sacarlo de su

⁵ Delimitar lo que es posible hacer

habitación. La luz del día le molestaba y casi lo único que hacía era ver televisión, me contó detallada y acongojadamente. Yo la escuchaba y me hacía cada vez más pequeño. Pensaba que mi rol era insignificante, tan alejado del sufrimiento de los pacientes ¿Qué hace un sociólogo frente al dolor? La escuché, traté de hacer para mis adentros una especie de diagnóstico, tomé sus datos, le dije que yo no trabajaba directamente en ello, pero que trataría de ver quién podía ayudarla. Para ambos era difícil comprender cuál era mi rol en ese momento. Creo que no pude salir de mi perplejidad y sentimiento de insignificancia. El camino para ayudarla era incierto: nosotros trabajábamos en la dirección del servicio de salud, es decir cerca de la gestión y alejados de la atención de pacientes. Adicionalmente, yo estaba débilmente conectado con quienes intervenían directamente en estos casos lo que habría aumentado la probabilidad de que alguien tomara el caso.

Este caso hace parte de esta área oscura en la que nuestro trabajo se veía fuertemente limitado. A lo largo del tiempo se había forjado una delimitación de nuestra área de intervención, no solamente por nuestro mandato oficial, si no por obstáculos prácticos, falta de recursos, de competencia o de convicción. Todos los equipos que trabajan en salud, o de oficios relacionales, están sometidos a esta dificultad al recibir múltiples demandas, desde los pacientes y desde otros niveles de la gestión, que no coinciden con la delimitación que han realizado de la naturaleza de su intervención. Creo que esta dificultad alimenta, por una parte, la creciente protocolización del trabajo en salud y, por otra parte, genera una presión sobre la educación del paciente. Ello redundaba en el riesgo de instrumentalización de la educación en salud, o educación terapéutica, en búsqueda de una coincidencia, unilateralmente definida, entre los enfoques de los programas de salud y las disposiciones de los pacientes.

De esta forma el trabajo del Departamento quedaba sujeto entre los mandatos de la gestión pública, las demandas de los usuarios y nuestras convicciones y emociones profesionales. Las áreas de nuestro trabajo eran tributarias en mayor o menor medida de estas fuerzas. La historia de la creación de estas áreas de trabajo habría ayudado a comprender mucho de lo que estaba en juego en nuestro trabajo cotidiano, pero en salud y en gestión uno siente el peso del presente, la urgencia de lo inmediato.

Toda un área, a la que se llamó “gestión de usuario”, fue desarrollada bajo una administración central más proclive al trabajo de gestión con usuarios que al trabajo de participación con ciudadanos. Esta área se convirtió en un

caballo de troya en todo ese período previo a mi llegada al Departamento. Mi llegada coincidió con el cambio de gobierno hacia uno que no tenía tanta desconfianza hacia el trabajo de participación y asociativo pero que, sin embargo, estaba preso por una cultura organizacional poco flexible para el desarrollo de este trabajo. Lo que se buscaba, en consecuencia, era la creación de subestructuras que tuvieran mayor margen de acción. La gestión de usuario quedó instalada con la implementación del “Modelo de Acogida al Usuario” que buscaba modificar los comportamientos de quienes intervenían en las labores administrativas y atenciones clínicas. Una nueva relación con el usuario debía comenzar a ser forjada. De forma paralela y como idea de un colega sociólogo, a quien yo reemplacé en el Departamento, el área de satisfacción del usuario dio un giro para pasar a denominarse experiencia del usuario. En la práctica se sentaron las bases para la generación de un Observatorio de la Experiencia Usaria en Salud (OEUS). Dentro de las responsabilidades que asumí estaba la coordinación de este espacio definido como de investigación exploratoria de lo que les pasaba a los usuarios en los centros de salud más allá de las encuestas de satisfacción, es decir, era un trabajo con sus relatos. Esta dimensión del trabajo del Departamento era exploratoria para nosotros mismos. Siempre sentí que se me pedía desarrollarla sin las herramientas para hacerlo, sin un equipo claro para trabajar en ello. Yo tenía experiencia en investigación, pero aquí yo era un funcionario del Servicio de Salud que debía proponer áreas de investigación internas. Mi experiencia era hacer investigación desde fuera, es decir, sin tener un vínculo laboral con quien toma decisiones que afectan tan directamente el terreno de la investigación. Pues bien, eso representó un gran desafío para mi ejercicio profesional. El trabajo se centraba en la generación de un boletín de experiencia usuaria en donde se recogían historias que encontrábamos relevantes en el marco de la participación o de la experiencia usuaria. Con el tiempo fuimos dándole un foco temático a cada número y asociamos un conversatorio a cada número del boletín. Creo que mucho de lo recogido al alero de esta instancia tuvo un efecto sobre mi decisión de continuar investigando estos temas en el marco de mi doctorado.

Una persona clave en este camino fue un paciente diabético que fue contratado por el Servicio de Salud donde yo trabajaba para cumplir el rol de paciente experto con quien desarrollé una relación profesional y humana. Esta sensación de ir más allá del rol profesional, o de no saber hasta dónde llegaba dicho rol, me invadía constantemente. Si bien esto me ocurría especialmente en los primeros años de trabajo en el Servicio de Salud creo que este espacio, de la identidad profesional en salud, se ve siempre

tensionado por la cercanía que uno puede llegar a desarrollar con los pacientes y usuarios. La relación terapéutica debe ser el espacio más íntimo en este sentido, pero también, es el espacio que más se ha ido deshumanizando, según los relatos de las pacientes y profesionales, y según muchas lecturas que he realizado. El director del Servicio de Salud nos presentó al paciente experto y nos interpeló a trabajar juntos. Su ámbito de expertise era la vida con diabetes, sin embargo, estaba muy al tanto y muy indignado con el funcionamiento de la farmacia del hospital Sótero del Río.

Mi lugar de trabajo estaba situado dentro del recinto del hospital Doctor Sótero del Río (el hospital público que atiende a más usuarios en el país) por lo que muchas mañanas pasaba por fuera de la farmacia y veía la cantidad impresionante de personas esperando recibir sus medicamentos recetados por los médicos del hospital. Los pacientes del sistema público de salud tienen el derecho a recibir de forma gratuita muchos de sus medicamentos a través de las farmacias de los hospitales o de los centros de atención primaria de la red pública de salud. Mi conocimiento de la situación de los pacientes era insignificante. Mis cuatro años de trabajo en el Servicio de Salud representaron un acercamiento inicial a experiencias de vida fuertes, alejadas del trabajo académico, más bien de escritorio, que había tenido hasta ese momento.

Realizamos un primer trabajo en conjunto al publicar una columna de opinión del paciente experto en el boletín del OEUS y, posteriormente, un conversatorio con él y dos académicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Después de eso nuestras conversaciones se hicieron habituales y a medida que ganábamos confianza fuimos intercambiando nuestras reales opiniones sobre el funcionamiento de los centros de salud. Yo, como hombre joven, apenas iba a los centros de salud y, cuando lo hacía, acudía al sector privado. Esto representaba un abismo experiencial. El espacio crítico que generamos era mucho más sostenible para mí que no vivía todas las experiencias de negación y negligencia que él me contaba. Con el tiempo, su rabia y angustia se fue volviendo algo insostenible para él. Estábamos más allá de lo profesional: él me identificaba como un funcionario del Servicio de Salud, como un sociólogo, pero sobre todo como alguien con quien podía conversar abierta y críticamente sobre la salud pública. Cargaba con una sensación de negación de su dolor, y el de todos los pacientes a los que él ayudaba, por parte de quienes trabajábamos en el sistema de salud. Yo era parte de todo eso, más allá de mi posición sui generis como sociólogo en un Servicio de Salud. Comencé a entender que la negación de la persona y de sus emociones era algo generalizado en el sector de la salud y que, al ser

este un sector eminentemente relacional, las relaciones que se establecían entre los distintos actores del sector se vestían con los trajes ad hoc para contener, seducir y derivar. Una negación “soft” en sus formas, en el mejor de los casos, pero dramática en las huellas que deja en las personas. La subjetivación se inscribe en esta investigación como un espacio de sobreposición de las huellas que lo social de la salud deja en nosotros y las huellas que nosotros vamos dejando en el mundo de la salud pública.

Por otro lado, y paradójicamente respecto a lo que vengo narrando, en el Departamento desarrollábamos también un rol formativo de usuarios expertos. A través de Escuelas Ciudadanas en Salud estábamos forjando un vínculo reflexivo y formativo con dirigentes, en un principio y después también con usuarios y jóvenes. En dicha labor yo ejercía un rol de coordinación de estas escuelas, adaptando y modificando un programa de formación en función del proyecto que había sido delineado anteriormente junto con un dirigente social cercano a nuestro Departamento. Este dirigente social también fue otra persona importante en mi experiencia de trabajo. Él hacía parte de un grupo de dirigentes sociales que formaban parte de los Consejos de Desarrollo Local, que con el tiempo fueron llamados Consejos de Usuarios. Eran nuestra contraparte ciudadana, con quienes desarrollábamos muchas actividades. En particular este dirigente era muy activo en la relación con nuestro Servicio de Salud y, en especial, con nuestro Departamento ejerciendo su cargo de presidente del Consejo de la Sociedad Civil del SSMSO. Sin embargo, él no era un burócrata, era un hombre de calle, de acción. Presentó la idea de realizar una escuela para formar nuevos dirigentes sociales pensando en su legado. Así, realizamos siete Escuelas Ciudadanas en Salud en el tiempo que yo trabajé en el Servicio de Salud. La primera se llamó Escuela de Dirigentes Sociales en Salud, pero, una participante de la segunda escuela nos comentó que ella tuvo dudas de inscribirse porque pensaba que era sólo para dirigentes sociales con alguna trayectoria. Si bien en algún momento se pensó que la escuela podía ser un buen espacio para reforzar la labor de los dirigentes que en ese momento trabajaban en los Consejos de Usuarios, rápidamente nos dimos cuenta de que estábamos dejando fuera a muchos usuarios que podían ser futuros dirigentes, en el mejor de los casos, o que podían reflexionar con nosotros sobre la salud pública. Este era un espacio privilegiado de aprendizaje para mí. Invitábamos a diferentes profesionales de la salud, algunos destacados otros más desconocidos, a animar espacios de aprendizaje sobre la forma en que se toman decisiones en el sector público, sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre comunicación estratégica, como tres grandes ejes

del programa de formación. Una de las situaciones más interesantes era cuando los participantes se apropiaban del espacio, sintiéndose libres de intervenir, posicionarse y animar la discusión. Más de una vez me tocó ser el profesor y pienso que mi mejor clase fue una en la que casi no pude pasar los contenidos que tenía preparados porque los participantes se tomaron la palabra. Creo que esto es una de las cosas que pasa muy poco en el sector de la salud, esta inversión del rol del experto y la humildad, del experto por formación, para reconocer los límites de su propio conocimiento y las virtudes del conocimiento de los usuarios y pacientes.

El dirigente que ayudó a concebir esta escuela cargaba con emociones distintas a la indignación o la rabia. Si bien podía pasar por esas emociones no se quedaba allí. Él tenía una larga historia en el mundo de la salud, lo que supe entrevistándolo (Barrientos & Moller, 2018). En su recorrido había conocido a personas, algunos profesionales de la salud, que habían confiado en él y lo habían ayudado a superar situaciones difíciles en una época en que la salud pública ofrecía espacios experimentales más libres. Su trayectoria era de superación y él sentía que era capaz de hacer cosas en el mundo de la salud e, incluso, ayudar a formar a nuevos dirigentes sociales en salud. Esta es otra cara de a dónde pueden conducir las relaciones que una persona establece en el mundo de la salud.

El trabajo con los dirigentes de los Consejos de Usuarios se concebía e implementaba de múltiples formas en los distintos centros de salud. Nuestro trabajo también era uniformador: intentábamos que ellos trabajaran para incidir en las decisiones de la gestión pública. Esto era un objetivo ambicioso, una suerte de visión a largo plazo que no estaba estipulada en la legislación de participación del MINSAL. La participación era consultiva y no vinculante según la normativa ministerial. Nosotros trazamos una hoja de ruta para ir trabajando en niveles de participación en la gestión pública. Sin embargo, ese era un objetivo que venía motivado más por la teoría de la participación que por las realidades de las agrupaciones de usuarios. En este trabajo nos apoyábamos mucho en otros profesionales que trabajaban la participación en cada centro de salud de la Red Pública Sur Oriente en Santiago. Ellos eran los referentes de participación de cada centro de salud que, si bien, eran parte de la misma red de salud, su empleador directo eran las administraciones comunales. Estas tenían objetivos técnicos y políticos que no siempre coincidían con los del Servicio de Salud, que depende directamente del nivel central. A pesar de estos compromisos y dependencias técnico-políticas siempre había un margen de acción que quedaba en manos del profesional en su terreno directo. A los encargados

de participación les fijaban lineamientos desde la administración comunal y desde nuestro Departamento. Algunos más sindicalistas, otros activistas, otros burocráticos, cada uno en su estilo, realizaban una mediación en el trabajo con los dirigentes locales. Mucho de lo que se podía lograr en el trabajo en red requería del establecimiento de relaciones de confianza e incluso amistad con ellos. En nuestro Departamento se nos asignaron algunos centros de salud que teníamos que asesorar directamente y esto me permitió conocer mejor a algunos de los encargados de participación. Este era un trabajo donde los planes de participación ocupaban un lugar central lo que le daba un carácter, por momentos, bastante burocrático. Esta burocracia era motivada por las metas sanitarias y los compromisos de gestión con el nivel central del MINSAL, cuyo cumplimiento va asociado a bonos monetarios para los funcionarios. Cuando yo ingresé a trabajar al Servicio de Salud una de las metas sanitarias era que los Consejos de Usuarios contaran con un plan de acción anual. Esto concentraba la atención en contar con un plan anual, descuidando un trabajo de acompañamiento y desarrollo de la autonomía de las agrupaciones de usuarios.

Si algunas dinámicas relacionales caían en estas trampas de la gestión había otras dinámicas, otras fuerzas que resistían estos poderes desde dentro del sistema, como las desplegadas por un equipo interdisciplinario de profesionales y pacientes con enfermedades crónicas vinculados a un centro de atención primaria. Ellos se mostraban como un grupo rebelde que era encabezado por un médico antropólogo, quien ejercía un liderazgo bastante poco habitual en salud: uno basado en el reconocimiento, el respeto y la escucha. Algunos de los pacientes del grupo participaron en nuestras escuelas ciudadanas y fuimos en más de una ocasión al centro de salud a conversar con el grupo y a acordar puntos de trabajo en común (los que finalmente no se concretaron). Ellos organizaban una escuela de pares; su despliegue y motivación eran singulares en el mundo de la salud. El médico que coordinaba al grupo lo describía como una célula militar japonesa que seguía en guardia en alguna remota isla del Pacífico, convencidos de que la guerra aún estaba en curso. Esa guerra representaba la guerra de la salud pública uniformadora contra la salud comunitaria construida desde abajo. Siguiendo la metáfora, la guerra estaría ya ganada por la salud de las prestaciones individuales, de la hegemonía del laboratorio, de la protocolización del trabajo clínico, del trabajo por metas de gestión, etc. Pero hay grupos que no han sido notificados de su derrota, o que simplemente no la quieren aceptar. La misión de trabajo y la posición en la red de salud de

nuestro departamento nos exponía, eventualmente, al encuentro de estas resistencias locales por una salud distinta.

También, como ya la hemos anunciado, nos exponía a la queja constante de usuarios en contra del funcionamiento del sistema. Nosotros intentábamos que los espacios de participación con los usuarios no se convirtieran en terapias de grupo para enfrentar la frustración provocada por la forma de hacer gestión pública en salud. Arnstein, en su clásico análisis de la participación ciudadana, describe esta suerte de terapia como un nivel de no participación, como una patología o un sucedáneo de participación (1969). Creo que esto tiene consecuencias importantes para esta investigación: en primer lugar, nosotros no teníamos el objetivo ni las competencias para realizar esta “terapia”, pero cada vez éramos más conscientes de que, dada la limitada incidencia real de la participación ciudadana en la red de salud, nuestro trabajo se centraba en los mismos participantes, como una forma de escucha, de disminución de la angustia y de motivación. En segundo lugar, creo que no se puede descartar la pertinencia de una suerte de terapia, de un trabajo similar al trabajo clínico, en un escenario social que somete a las personas a paradojas sin fácil resolución. Sin embargo, la terapia no puede orientarse exclusivamente a los usuarios, sino al conjunto de actores involucrados en una red compleja de relaciones. Ignorar estas condiciones y emociones a la base de un trabajo participativo creo que alejan a los equipos de salud de los usuarios y desvaloriza lo que está en juego en sus relaciones. Finalmente, a partir de estas experiencias de trabajo es que emergió mi interés por la construcción de los sujetos de la salud, pacientes, usuarios, funcionarios y profesionales.

II. La dinámica de los sujetos de la salud pública

a. Dispositivo y sujeto

La modernidad genera una ruptura de la estabilidad del orden social tradicional mediante la liberación de una serie de fuerzas que van a socavar el lazo social tradicional lo que va a desembocar en la aparición del “individuo”, figura de sujeto para quien los repertorios de acción tradicionales aparecen erosionados. En este sentido, la modernidad tiene en su origen un *discurso de la libertad* frente al que permanece, y se reconfigura, un *discurso de la dominación* (Wagner, 1997). Las instituciones tradicionales van dando paso a instituciones de otra naturaleza en cuyo seno ahora se presentan configuraciones sui-generis de la autonomía y la disciplina. La tensión entre ambas va a constituir lo que Wagner llama *retratos de la modernidad* (1997).

Nos parece que los análisis de Michel Foucault dan cuenta de esta tensión en el tránsito hacia la modernidad llevándola a escenarios concretos en donde los sujetos son modelados e intentan modelarse a sí mismos (2001c, 2002, 2003, 2008, 2011). Entre estos escenarios el hospital, la medicina estatal y la epidemiología corresponden a un tipo de saber y de prácticas del mundo de la salud en el que nuevamente encontramos el reflejo de los *retratos de la modernidad*, del disciplinamiento y autonomía de los sujetos de la salud.

El escenario en el que se forjan los sujetos de la salud está marcado por ciertas presencias. Como lo venimos mostrando hemos optado por poner al centro la noción de relación, las cercanías y las distancias entre los sujetos. Sin embargo, entendemos que la relación se da en un contexto dispositivo. La noción de dispositivo nos permitirá proponer una dinámica social de la subjetivación propia de la salud pública chilena, en la que ciertas fuerzas, que llamaremos dispositivas, se articulan acondicionando al menos tres tipos de relaciones: la relación terapéutica, la relación de servicio y la relación de participación. Pero no nos adelantemos.

La tensión de la modernidad se replica dentro de *dispositivos* que alimentan una dinámica social que tiene siempre, al menos, dos caras. Para Agamben el dispositivo impone un sentido de la inmediatez, o una urgencia que marcan la acción de quienes están bajo su influencia.

“...el término, tanto en el uso común como en aquel que propone Foucault, parece remitir a un conjunto de prácticas y mecanismos (invariablemente,

discursivos y no discursivos, jurídicos, técnicos y militares) que tienen por objetivo enfrentar una urgencia para obtener un efecto más o menos inmediato.” (Agamben, 2011, p. 254)

Esta aceleración del tiempo focaliza la atención en ciertos temas y hace necesaria la intervención de “prácticas y mecanismos”, lo que nosotros agruparemos en la noción de fuerzas dispositivas. En este sentido, el dispositivo tiene la característica de poner los acentos, o poner la música, de una dinámica social. Así, los dispositivos tienen un ánimo de gobierno sobre los sujetos que aparecen, que son visibles, en el espacio que el mismo dispositivo acondiciona.

“El término dispositivo nombra aquello en lo que y por lo que se realiza una pura actividad de gobierno sin el medio fundado en el ser. Es por esto que los dispositivos deben siempre implicar un proceso de subjetivación, deben producir su sujeto.” (Agamben, 2011, p. 256)

Esta es otra característica del dispositivo, una de las más importantes para nuestra investigación: el dispositivo necesita de un sujeto a quién modelar.

“Entonces, para otorgar una generalidad más grande a la clase de por sí vasta de los dispositivos de Foucault, llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos.” (Agamben, 2011, p. 257)

Agamben se basa en la definición foucaultiana de dispositivo, llevándola hacia una idea de subjetivación que corresponde a la “relación cuerpo a cuerpo [...] entre los vivientes y los dispositivos”. Su análisis apunta a la constante exposición de los individuos a los dispositivos y a la estrategia que se debe adoptar en ese “cuerpo a cuerpo”. (Agamben, 2011, pp. 258–259). Hasta aquí Agamben presenta una cara del dispositivo: una cara fuerte de determinación. Sin embargo, a continuación, revela otra cara sin caracterizarla en detalle: el sujeto es capaz de “profanar” el dispositivo que lo modela, es decir, “restituir al libre uso de los hombres” lo que ha sido objetivado por el dispositivo (2011, p. 260). Respecto a esto, a Agamben le inquieta el desarrollo que han ido tomando los dispositivos en el contexto de la sociedad capitalista. Le preocupa la naturaleza de los nuevos dispositivos ya que, en lugar de propiciar procesos de subjetivación, desencadenarían procesos de desubjetivación impidiendo la profanación, es decir, obstruyendo la recomposición del sujeto (Agamben, 2011). Las dos caras del

dispositivo corresponden a un equilibrio que estaría bajo amenaza. Sin embargo, como lo entiende De Certeau, “la atomización del tejido social proporciona hoy en día una pertinencia política a la cuestión del sujeto” (de Certeau, 2000, p. LV). Regresaremos sobre esta idea más adelante.

La idea de que los dispositivos operan con intencionalidad es reforzada por otros aludiendo a que buscan producir un cierto efecto (Zittoun, 2013) o generan una “propensión a que ciertas cosas sucedan” (Raffnsöe, 2008, p. 47). En este sentido, Deleuze indica que si el dispositivo tiene una finalidad esa sería hacer ver y hacer decir, acciones que están moldeadas por líneas de fuerza, es decir por ejercicios de poder (1989, p. 186). Nuevamente, esta es la cara determinista del dispositivo. Sin embargo, es necesario profundizar un poco en la otra cara, aquella que el mismo Foucault ya presentaba en su análisis sobre el sí-mismo, en *La historia de la sexualidad*. Si lo llevamos a nuestro entramado empírico de relaciones, esta porosidad del dispositivo representa la posibilidad que tienen los sujetos de la salud para desarrollar una reflexión sobre su propia posición en el mundo de la salud pública y, desde allí, desplegar un proceso de reafirmación como sujetos, colectivos o individuales. Deleuze, al igual que Agamben, delimita un ámbito de lucha en esta noción, una dinámica de clausura y apertura para la subjetivación, situándola como un elemento potencialmente perturbador, incluso revolucionario, para el dispositivo que ayuda a forjarla.

« ... une ligne de subjectivation est un processus, une production de subjectivité dans un dispositif : elle doit se faire pour autant que le dispositif le laisse ou le rend possible. C’est une ligne de fuite [...] Le soi n’est ni un savoir ni un pouvoir. C’est un processus d’individuation qui porte sur des groupes ou des personnes, et se soustrait des rapports de forces établis comme des savoirs constitués... » (Deleuze, 1989, p. 187)

La relación entre dispositivo y subjetivación la ubicaremos como uno de los procesos constituyentes de la dinámica de las subjetividades en la salud pública, manteniendo su acción recíproca de forja del sujeto y de desestabilización del dispositivo.

« Ce sont ces règles facultatives de maîtrise de soi qui constituent une subjectivation, autonome, même si elle est appelée par la suite à fournir de nouveaux savoirs et à inspirer de nouveaux pouvoirs. On se demandera si les lignes de subjectivation ne sont pas l’extrême bord d’un dispositif, et si elles n’esquissent pas le passage d’un dispositif à un autre : elles prépareraient en ce sens les lignes de fracture ». (Deleuze, 1989, p. 187)

La clausura que instauran los dispositivos en la dinámica social encuentra siempre un correlato de apertura, lo que corresponde a las dos caras que hemos venido mostrando. Es necesario interpretar cuidadosamente las ideas de clausura y apertura, ya que ambos movimientos propician procesos de subjetivación, es decir, la clausura también habilita caminos de subjetivación. Sin embargo, los caminos de la clausura conducen, como diría de Certeau (2000), a un *acorralamiento* en ciertas posiciones subjetivas ofrecidas al consumo. El análisis de Certeau nos acerca a una caracterización sociológica del espacio social como un espacio de *estrategias del dispositivo* y de *tácticas de los sujetos*.

El dispositivo se asemeja a la creación de símbolos y a su institución en el orden social. Frente a esa producción y escritura habría un consumo, de parte de los lectores que se asumen como pasivos desde la óptica de la producción de los detentores del “sentido literal” (de Certeau, 2000, p. 183). Esta modelación mecánica de las prácticas sociales es imposible para de Certeau; es una ficción apoyada en una violencia, en la negación de la naturaleza de la lectura, es decir, de la interpretación furtiva que las personas hacen de todo objeto cultural. No habría formas de ponerle cerrojos a lo social, a una dinámica social que siempre es más amplia que los dispositivos que en ella se asientan.

« la thèse d’une emprise quasi totale d’un dispositif de contrôle réticulaire, imposant aux opérateurs sa rationalité managériale et aux usagers sa logique de responsabilisation se heurte à l’« épaisseur du social » et aux « ruses du sujet » ... « il est surtout lié aux jeux des acteurs qui les approprient en fonction de leurs « intérêts » et de leurs idéologies. Les dispositifs sont ainsi traversés de part en part par le jeu social qu’ils prétendent lisser et fixer » (Franssen, 2017, p. 24)

Con esta visión la idea de apertura del dispositivo, a pesar de sí mismo, sería inevitable. No existe el dispositivo total que no deje entrever, a través de sus poros y sus fisuras, el juego social que lo atraviesa. Si uno incorpora la variable temporal se pueden establecer cruces de sentido importantes entre la idea de acorralamiento o clausura dispositiva e interpretación o apertura del juego social, puesto que una clausura pretérita, es decir el éxito que haya tenido en el pasado un dispositivo en forjar una posición subjetiva, puede ser ahora defendida por los sujetos como una posición marginada por nuevos dispositivos. Por ende, para el análisis de la subjetivación no se puede perder de vista el hilo de mutaciones dispositivas y del juego social en el contexto empírico específico que se analiza.

“Mil maneras de hacer/deshacer el juego del otro, es decir, el espacio instituido por otros, caracterizan la actividad, sutil, tenaz, resistente, de grupos que, por no tener uno propio, deben arreglárselas en una red de fuerzas y de representaciones establecidas. Hace falta "valerse de". En estas estratagemas de combatientes, hay un arte de las buenas pasadas, un placer de eludir las reglas de un espacio limitante.” (de Certeau, 2000, p. 22)

Otra forma de entender el espacio de juego de los actores es a través de la noción de experiencia social desarrollada por Dubet (1994). Él señala que el actor nunca está totalmente socializado, lo que quiere decir que siempre hay un área de incertidumbre que lo puede afectar. Si bien Dubet habla de actor y de socialización como el proceso mediante el cual se adquieren las competencias para desenvolverse en la vida cotidiana, para desempeñar un rol, nuestro interés en su trabajo radica en la parte no socializada del individuo y en su distancia con el rol que le es socialmente atribuido. Creemos que allí, en lo que él llama experiencia social, radica el espacio de la incertidumbre a la base de la subjetivación que tiene potencialmente el poder de fracturar los dispositivos. Como él dice « Il existe dans l'expérience sociale quelque chose d'inachevé et d'opaque, parce qu'il n'y a pas d'adéquation absolue de la subjectivité de l'acteur de l'objectivité du système » (1994, p. 94).

Siguiendo esta línea de reflexión, a propósito de la institución escolar, Dubet agrega

« ... s'opère une sorte de séparation de la subjectivité de l'individu et de l'objectivité de son rôle, distance qui n'est pas une illusion mais un mode de fonctionnement dans une école qui n'apparaît plus vraiment comme une institution. La socialisation n'est pas totale, non parce que l'individu échappe au social, mais parce que son expérience s'inscrit dans des registres multiples et non congruents. C'est là ce qui fonde ce que l'on pourra considérer comme l'autonomie de l'individu » (1994, p. 96)

Dubet va más lejos. Su forma de comprender la subjetivación está, en alguna medida, centrada sobre la idea de incongruencia, de “distancia sobre sí mismo que impide al individuo ser totalmente su rol o su posición, ser su personaje social” (Dubet, 2010, p. 116). Para Dubet los individuos adoptan lógicas de acción diferentes como son la integración, la estrategia y la subjetivación, las que hacen parte de la identidad de los individuos (2010). En ellas al individuo se lo puede entender como actor o como sujeto, siendo

el primero el fruto de la institución de roles sociales y el segundo quien vive en tensión con dicha asignación (Dubet, 2010)

Dubet, pone esto en el marco de los procesos de cambio de la modernidad, siendo el tránsito entre los procesos de socialización y los de subjetivación los que mejor describen la forja social en contextos de cambio. A dicho cambio la llama *el declive de la institución*, es decir la pérdida de hegemonía de las instituciones y su función de socialización que la modernidad había depositado en ellas. Si bien Dubet no habla de dispositivo, su descripción muestra el paso de un tipo de dispositivos institucionales, disciplinarios y vocacionales, hacia otros dispositivos en los que el ethos común se fragmenta y cada sujeto requiere legitimarse racionalmente a través de su desempeño (Dubet, 2006). En el contexto de la acción pública este cambio implica la emergencia de políticas públicas como dispositivos organizacionales de gestión de lo público. Como señala Dubet “las políticas públicas apelan a organizaciones ágiles, abiertas a su entorno, capaces de adaptarse más que de ser fieles a sus tradiciones u obligadas a cambiar de modo continuo en busca de ser fieles a sus principios” (Dubet, 2006, p. 76). La experiencia de tener que conducirse por principios contradictorios se da en este proceso constante de cambio en el que, además, se le pide al sujeto que atravesase dilemas políticos y morales cuya resolución estaba antes sostenida por el andamiaje institucional (Dubet, 2006).

De Gaulejac apunta algo similar al referirse a la subjetivación como un proceso de mediación que el individuo realiza en el marco de las fuerzas discordantes que lo determinan.

« Les individus agissent parce qu'ils sont mis en mouvement par les conflits auxquels ils sont confrontés, conflits liés à leur multi-appartenance, à l'hétérogénéité des univers sociaux qui les traversent ... dans la mesure où ces contradictions confrontent l'individu à des risques d'incohérence, des disjonctions, des coexistences hétérogènes, des identifications conflictuelles, le sujet émerge pour tenter de donner du sens à ces discordances, pour inventer des médiations entre les différentes formes du social auxquelles il est assujéti. » (de Gaulejac, 2009, p. 71)

Este análisis es muy relevante dentro de esta investigación ya que recoge la propia experiencia del investigador en su trabajo de intervención en un servicio de salud en Chile. Esto ha sido ya expuesto en el autoanálisis presentado anteriormente, sin embargo, es pertinente decirlo aquí. La falta de congruencia de lo social, experimentada desde el trabajo de participación ciudadana, pero replicada en el trabajo terapéutico, el trabajo social, en el

trabajo administrativo y de gestión, toman un carácter específico que permite caracterizar la dinámica social del mundo de la salud. En el mundo de la salud un sujeto nunca está implicado tan sólo en un dispositivo. Hemos identificado al menos tres dispositivos que instalan sus propios retratos de la modernidad en las experiencias de profesionales, pacientes, funcionarios, usuarios, dirigentes, tomadores de decisión, etc. Estos son los dispositivos terapéutico, de servicio y de participación, que describiremos en profundidad a continuación. Como se puede apreciar, más abajo en la tabla, dentro de cada uno de estos dispositivos es posible encontrar procesos de subjetivación que responden a la dualidad entre disciplina (assujettissement) y libertad (auto-subjetivación). Ambos caminos tienen sus particularidades internas, pero también comparten una existencia dialéctica de intercambios, resistencias, sumisiones, etc. desde donde históricamente han ido tomando forma. Si bien hay fuerzas dispositivas que los atraviesan transversalmente, se mantienen abiertas incongruencias en las experiencias de los sujetos que los obligan a entrar en un juego de tácticas que influye en su propia subjetivación. Esto es lo que lleva a que la subjetivación en el mundo de la salud no sólo responda a la disciplina dispositiva, sino que también a lo que escapa de ella.

Tabla 1: Dispositivos y subjetivaciones en salud

	Dispositivo terapéutico	Dispositivo de servicio	Dispositivo de participación
Assujettissement Disciplinamiento	La autoridad de la (bio) medicina	La estandarización del funcionario y del usuario	La participación institucional
Auto-subjection Libertad	Resituar al paciente: entre autonomía y dependencia	La personalización del servicio	La participación significativa

Elaboración propia

Dentro del dispositivo terapéutico la históricamente asentada autoridad del médico se ve transformada por el ingreso de la biología como saber aplicado en un conjunto de prácticas que trasladan la atención desde el encuentro terapéutico hacia el trabajo del laboratorio. Frente a ello se reafirma la autonomía del paciente, su cualidad de experto por experiencia, sin por ello perder de vista el justo deseo de ser cuidado por un equipo de salud. Por su parte, el dispositivo de servicio se ve poblado de protocolos, metas de

gestión y otros instrumentos de control tecnocráticos que redundan en una voluntad de estandarización no sólo de los procesos sino también de los sujetos. No exenta de contratiempos se da una resistencia por mantener a la persona a la vista, por realmente escuchar al sujeto y sus necesidades y expectativas.

La pregnancia de los dispositivos terapéuticos y de servicio oscurece las vías de acceso al dispositivo de participación, el que tiene una particular cualidad de empujar a los sujetos a observar la dinámica social de la salud desde una tribuna reflexiva, al menos potencialmente reflexiva. Por supuesto, esa promesa no está asegurada. En términos generales la participación en salud es estrecha estando limitada a algunos usuarios, dirigentes y funcionarios, quienes parecen experimentar un desajuste entre la promesa discursiva y la real incidencia de la participación. A pesar de ello, encuentran márgenes en los que su labor, su experiencia, ayuda a otras personas que recorren los áridos caminos terapéuticos y de los servicios públicos.

b. El dispositivo terapéutico

La autoridad de la (bio)medicina

El modelamiento de este dispositivo tiene una larga historia. Aquí nuestro objetivo es mostrar de forma sintética como es que un fenómeno que podemos llamar “autoridad” ejerce un rol de determinación tanto sobre pacientes como sobre los profesionales de la salud. Fenómenos históricos y sociológicos nos permitirán describir cómo es que la *disciplina* o la *normalización* permitieron construir un espacio dispositivo y una relación terapéutica asimétrica. Enseguida la evolución hacia la biomedicina, de la mano de una revolución de las tecnologías para el diagnóstico, han transformado la relación terapéutica instalando una nueva y radical asimetría en ella.

Uno de los primeros hitos en la construcción de esta autoridad es la delimitación de un espacio hospitalario en el cual se ejercería bajo el modelo de la *disciplina*. Nos referimos, a la época del “*grand renfermement*” como lo

han estudiado Foucault⁶, Goffman⁷, Castel⁸ y otros, sobre todo vinculado a la locura y a la desviación social. En aquella época se establecieron una serie de sistemas disciplinarios, basado en prohibiciones normativas que, a través de la conformación de un espacio artificial⁹ y al establecimiento de una distribución jerárquica y funcional de los elementos, buscaban ejercer disciplina sobre los cuerpos de los individuos (Foucault, 2011). El sanar como horizonte normativo fue modelado en estos espacios.

La disciplina del espacio terapéutico se forjó al alero de la medicalización del hospital bajo el modelo militar (Foucault, 2001c). Al dejar de ser un espacio de cuidados hacia los necesitados el hospital transforma la profesión médica haciéndola su protagonista.

“Jusqu’au XVII siècle, les grands médecins ne venaient pas de l’hôpital. Ils étaient des médecins consultants ayant acquis du prestige grâce à un certain nombre de guérisons spectaculaires. Le médecin auquel avaient recours les communautés religieuses pour les visites à l’hôpital était le plus souvent le pire de la profession. Le grand médecin d’hôpital, d’autant plus compétent qu’était grande son expérience dans ces institutions, est une invention du XVIII siècle.” (Foucault, 2001c, p. 520)

La transformación del hospital trae consigo un nuevo orden de cosas, entre ellas una nueva jerarquización de los actores y, por supuesto, una nueva relación en donde el acto terapéutico, el acto de la cura, pasará a ser central. Este se ejerce desde la posición del médico quien interviene sobre otro, comenzando así a configurarse la figura del paciente y estableciéndose la relación terapéutica en su naturaleza específica. El estudio clásico de Parsons caracteriza bien la posición del paciente que lo deja en una relación de dependencia frente al experto que interviene sobre su enfermedad (Parsons, 1951). Estudiando la agencia de los pacientes Armstrong caracteriza al *rol del enfermo* de Parsons como una clausura total de su autonomía. En dicha configuración el paciente es “vulnerable, e irracional, dependiente de profesionales médicos benevolentes para abordar sus necesidades de atención médica y aliviar la tensión emocional de la enfermedad” (Armstrong, 2014, pp. 163–164). La determinación que ejerce el dispositivo

⁶ Ver especialmente « Histoire de la folie à l’âge classique » y « Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France (1973 - 1974) ».

⁷ Ver « Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus »

⁸ Ver « L’ordre psychiatrique : l’âge d’or de de l’aliénisme »

⁹ En oposición al entramado social cotidiano o territorio como lo hemos llamado.

terapéutico adquiere en este caso las formas de la dependencia del paciente hacia un saber experto.

En este sentido, la expertise representa una fuerza dispositiva importante. Si bien puede ser asimilada a la competencia, es decir a la capacidad para tomar decisiones que ayuden en el proceso de sanar o de controlar la enfermedad, no la entenderemos así en esta investigación. La expertise es quizás uno de los casos más claros de una fuerza dispositiva de la relación: es una disposición estatutaria que inviste a una persona con el rol de especialista y lo legitima socialmente para relacionarse con otros desde esa posición privilegiada, entendiéndose que dicha persona tiene la capacidad de resolver problemas de una naturaleza específica de forma efectiva. Más allá de la competencia o incompetencia del experto, sea por formación universitaria o por experiencia profesional, el dispositivo hace un trabajo empírico y simbólico para mantener su legitimidad: establece un orden de cosas y una jerarquía entre los actores.

El experto detenta un saber del que el paciente carece, razón que da origen a una dependencia, como lo hemos mencionado. Ahora bien, en este acto de nombrar, de clasificar, de diagnosticar, el experto selecciona ciertas evidencias, síntomas, aislándolas del cúmulo de condiciones que configuran a la persona. El paciente es de esta forma, una construcción en función de categorías clínicas. Como señala Baszanger, siguiendo los estudios Friedson, las categorías clínicas son modeladas por distintos actores lo que repercute finalmente en la construcción social de la enfermedad (1986). Ella señala que el saber médico intenta hegemonizar la definición de las categorías clínicas que ordenan las prácticas dejando fuera del orden institucional muchos aspectos sociales de la experiencia de enfermar (Baszanger, 1986, p. 16). La idea de la enfermedad como una *categoría modelada* nos permite comprender como es que el diagnóstico hace entrar a la persona a un rol de paciente y de enfermo lo que determina las interacciones que podrá desarrollar en los dispositivos de salud llegando también a afectar su entorno social.

Esto representa una asimetría epistémica del saber médico frente al saber de los pacientes que no entran en igualdad de condiciones en la definición de la enfermedad. Baszanger plantea que la enfermedad es un orden negociado, sin embargo, la negociación se da “en los márgenes, en las fronteras de las categorías clínicas sin que los enfermos intervengan en la producción del saber médico” (1986, p. 17). Hay una contradicción entre dos lógicas de acción opuestas: los profesionales de la salud despliegan la *lógica*

del control de la enfermedad y los pacientes la *lógica del control de los síntomas* (Baszanger, 1986, p. 20). El control de la enfermedad es el ámbito de expertise de los profesionales de la salud, donde pueden desplegar su formación profesional orientada a curar.

La formación de los profesionales de la salud, a diferencia de otras disciplinas, tiene una fuerte implicación en el terreno práctico. Los centros de salud pasan a cumplir, de esta forma, una importante función formadora siendo llamados campos clínicos. Es habitual ver a los pasantes de medicina, o internos como se les llama, paseándose por los pasillos de los hospitales públicos en Chile. El principal hospital del SSMSO es, de hecho, un importante campo clínico asociado a la Universidad Católica de Chile. En esta formación se adopta la cultura de hospital o la cultura de atención primaria.

Como lo estudiaron detalladamente Becker et. al. (1992) en esta formación se adquieren valores organizacionales que resuelven el dilema de las prioridades del médico en un entorno altamente demandante. En dicho estudio se identificaron dos lógicas de implicación de los estudiantes de medicina, las que corresponden a la responsabilidad médica y la experiencia clínica (Becker et al., 1992, p. 223). La responsabilidad configura un ámbito de prioridades a las que debe atender el profesional médico guiados por el valor del bienestar del paciente. Sin embargo, dicho bienestar se asimila a la cura de una patología que, bajo el razonamiento médico, se ubica en el origen del malestar. Como se aprecia la formación de este razonamiento tiene importantes consecuencias en la relación que se mantiene con los pacientes, delineando así un rol en la relación terapéutica basado en la responsabilidad de curar al otro. La segunda modalidad de implicación identificada es la experiencia clínica (Becker et al., 1992, p. 231), es decir de la exposición al ejercicio clínico en reiteradas ocasiones. Este aprendizaje práctico es una vía irremplazable para la forja de la expertise profesional. Vemos así, como la fuerza dispositiva de la formación modela a los dispositivos de salud incorporando disposiciones en las relaciones y prácticas que allí acontecen.

Por su parte, y retomando la clasificación de Baszanger, la *lógica del control de los síntomas* corresponde más bien a la experiencia de los pacientes enfrentados al dolor, a la incertidumbre sobre la evolución de su salud. El caso de las enfermedades crónicas pone en dificultades al saber médico al hacer transitar su finalidad desde la sanación hacia la gestión de los síntomas (Baszanger, 1986). Aun así, la autoridad médica hegemoniza la definición de la enfermedad, ejerciendo una fuerza gravitacional de la relación terapéutica

entorno a sus definiciones. Este punto puede ser caracterizado como un cruce dispositivo, ya que la pérdida de consistencia del saber médico posibilita la apertura hacia el dispositivo de participación, encarnado en pacientes u organizaciones de pacientes, pero también en profesionales, que se movilizan por el sinuoso camino de comprender la enfermedad que los agrupa desde un saber experiencial, llevando sus demandas hacia diferentes ámbitos académicos, políticos y de gestión. Esta es una búsqueda por el reconocimiento y, al mismo tiempo, por el diagnóstico; lo que lo deja al sujeto a medio camino entre la autoridad de la biomedicina y la humanización de la salud.

Ahora bien, nada hemos señalado de la biomedicina y de cómo rearticula las fuerzas dentro del dispositivo terapéutico.

“...physicians no longer rely on narratives of symptoms offered by patients during a medical encounter, but turn instead to an expanding collection of diagnostic signs [...] the post–World War II period, rather than simply corresponding to a quantitative extension of this process, has led to a qualitative transition aptly captured by the neologism “biomedicine.”” (Keating & Cambrosio, 2003, pp. 10–11)

Esta articulación entre la biología y la medicina tiene su origen en los avances de la investigación en el campo de la biología y las aplicaciones que fueron llevadas hacia el trabajo clínico. Dos saberes disciplinarios chocan y de dicho impacto resulta un reordenamiento epistemológico entre lo normal y lo patológico (Keating & Cambrosio, 2003). Por parte del profesional, esto trae como consecuencia un distanciamiento del paciente y de su relato. Ahora las muestras, que se le han tomado al paciente, conversan con un instrumental de laboratorio que les otorga significado.

“La exploración diagnóstica se ha convertido en un proceso instrumental y procedimental orientado más a la taxonomía nosológica que a investigar las necesidades del enfermo y las posibilidades de aliviar sus sufrimientos y disfuncionalidades. El estudio diagnóstico no se limita a recolectar datos que puedan ser relevantes para tratar al enfermo, prefiere ampliar su exploración para asegurar que el caso clínico corresponde a una enfermedad reconocida como entidad patológica, cuya descripción, tratamiento, pronóstico, se lee en los textos de medicina en vez de relacionarlas con la persona enferma”. (Kottow, 2014, p. 152)

De cierta forma la autoridad de la medicina queda supeditada a un circuito de decisiones técnicas. Esto representa una transformación importante de la

relación terapéutica en la que tanto el profesional de la salud como el paciente se ven despojados de cierta autonomía para definir la situación clínica. La redefinición de la frontera entre lo normal y lo patológico lleva a que las tecnologías médicas observen células, enzimas, genes, etc (Keating & Cambrosio, 2003) y que la definición de la enfermedad ya no pase por la auscultación médica de los síntomas del paciente sino por indicadores medibles únicamente por los instrumentos. Se construye de esta forma una *medicina basada en la evidencia* que va a regular todo ejercicio clínico a través de guías y protocolos lo que pone en riesgo la autonomía de los profesionales del sector sanitario (Tirado et al., 2012).

Resituar al paciente: entre autonomía y dependencia

La búsqueda de la autonomía no implica, necesariamente, un retiro o marginación de la vida institucional, pero si una consciencia crítica de las normas y relaciones entabladas con la institucionalidad sanitaria, es decir una ética. Esta puede tener diversos orígenes, como las ya mencionadas incongruencias de registros de acción (Dubet, 2010) o la heterogeneidad de universos sociales (de Gaulejac, 2009). Ahora bien, en un sentido más específico esto puede manifestarse o estar gatillado por la “confrontación [o *desconfianza*] hacia la visión de los expertos lo que conduce a crear un nuevo espacio discursivo y político” (Long, 2001, p. 53). Sin embargo, la fragmentación del mundo de la salud hace que la puesta en común de estas experiencias en colectivos no esté garantizada. Experiencias similares pueden permanecer distantes y sin conocerse por lo intrincado de las posiciones de los pacientes, especialmente cuando el saber experto se muestra sólidamente constituido y socialmente legitimado¹⁰. Caso contrario ocurre cuando el conocimiento experto se muestra incierto y dubitativo como ocurre con las llamadas enfermedades raras. En estos casos el diagnóstico no asegura la inscripción en una trayectoria terapéutica confiable por lo que la formación de agrupaciones de ayuda mutua, y de ese espacio discursivo y político que reivindica una autonomía, es más frecuente.

¹⁰ Le agradezco a Julia Hernández las conversaciones que mantuvimos sobre este punto.

Como hemos mencionado, la autonomía no hay que entenderla como una retirada sino como un ejercicio de tomar protagonismo dentro de la interfaz de relaciones que puede estar motivada por el tejido del poder. En otras palabras, las fuentes de la autonomía se pueden encontrar en el mismo juego de la sujeción¹¹ como lo muestra Kathy Araujo. Ella nos hace atender a la distancia que existe entre los ideales normativos, que son prescritos por los saberes expertos en marcos institucionales, con las experiencias de los individuos (2009). Pues bien, hay que tomar en serio lo que implica esta distancia ya que abre un espacio de lo posible y “al preservar el juicio crítico y moral, protege de la dominación” (Araujo, 2009, p. 224).

En el caso de los profesionales la búsqueda de autonomía se vuelve más paradójica dada su posición en la estructura organizacional. Su posición en el actual sistema de salud se ha forjado a lo largo de un sinuoso proceso de legitimación de las distintas profesiones en los dispositivos de atención. Adicionalmente, las reformas del sector de la salud, en el Chile post-dictadura, introdujeron una modalidad de asignaciones del financiamiento en función de los resultados de la gestión, a través de los llamados compromisos de gestión (Sojo, 2001) lo que configura una centralización de los objetivos macros del trabajo para los profesionales del sector. Tras este proceso de reforma los equipos de trabajo invierten gran parte de su jornada laboral al cumplimiento de metas. La búsqueda de autonomía en ellos se da, potencialmente, en momentos de reivindicar actividades que no hacen parte de las metas sanitarias o de introducir innovaciones en su quehacer. En otras palabras, es una rebeldía frente al saber experto del control de gestión, frente al dispositivo de servicio como veremos más adelante.

Si regresamos a la condición de paciente, esta se ve forjada desde el dispositivo terapéutico en una larga serie de experiencias en distintos centros y procedimientos de salud. En otras palabras, se modela en las distintas modalidades que adopta la relación terapéutica. Una de estas modalidades, la que vimos anteriormente, deposita en el profesional de la salud, o en protocolos de acción, la autoridad para definir la situación clínica. Reequilibrar esta relación involucra tanto la autonomía como la dependencia del paciente.

Las razones del por qué la autonomía del paciente cobró vigor pueden ser rastreadas en la configuración de la salud pública, tanto como espacio de

¹¹ En el mismo sentido Deleuze habla de las líneas de subjetivación dentro de la idea de dispositivo foucauldiana, llevándolas a sus consecuencias estructurales de cambio social, o de generación de otro dispositivo (1989).

reflexión, así como de prácticas institucionales. Por ejemplo, en el simposio llamado “The Role of the Individual in Primary Health Care”, celebrado en Copenhagen en 1975, se daban como posibles razones

“...the de-mystification of primary medical care; consumerism and popular demands for increased self-control- related to anti-technology, anti-authority sentiments; changes in life-styles and rising educational levels; lay concern with regard to perceived abuses in medical care and the lack of availability of professional services.” (Levin et al., 1977, p. 20)

A pesar de que estos factores se han presentado de forma heterogénea en diversas latitudes, queda en evidencia que en la actualidad asistimos, de forma transversal, a una nueva tensión del dispositivo terapéutico. La expertise del profesional de la salud puede ser refutada por quienes reciben los servicios ofrecidos. Esto puede tomar diversas modalidades y derivar en la confrontación o en una resistencia estratégicamente encubierta. Es el caso relatado por Macintery y Oldman (como se cita en Baszanger, 1986) sobre los pacientes con migraña que utilizan a los médicos como distribuidores de fármacos, pero refutan su rol de expertos en la forma de administrarlos o suspenderlos.

“Los enfermos [...] son sus propios expertos y parecen utilizar a los médicos como “paramédicos”. Esta posición de enfermos descansa sobre la adquisición progresiva de un conocimiento, construido a través de la experiencia individual. Este tipo de conocimiento difiere en su constitución del conocimiento médico que es un conocimiento teórico recibido”. (Baszanger, 1986, p. 21)

Si asumimos el conocimiento como “el resultado de interacciones, negociaciones, interfaces, y acomodaciones que tienen lugar entre los diferentes actores y sus mundos de la vida” (Long, 2001, p. 170) podemos centrar nuestra atención en las formas de “salir del paso”, de resolver los problemas prácticos que se presentan en las relaciones entre sujetos con experticias disímiles. Este punto de vista permite vislumbrar la subjetivación como un proceso construido a través de formas de habitar lo social, las instituciones y las relaciones, que no se dejan determinar enteramente por los sistemas expertos. Esto nos acerca al individualismo agéntico explicitado como un vínculo normativo propio para la realidad latinoamericana (Araujo & Martuccelli, 2013). Si bien el conocimiento experto juega un rol importante en la agencia de los dispositivos de salud este siempre estará mediado por el mundo social en el que ellos se inscriben. En ese sentido, autonomía y

dependencia no pasan siempre y necesariamente por el conocimiento o saber.

« Si chacun de ces professionnels insiste sur la nécessité de parfaitement connaître et maîtriser les aspects techniques de leurs métiers, il reste que cette condition liminaire échoue à décrire l'ensemble des qualités nécessaires à l'exercice de la fonction soignante. En effet ceux-ci considèrent que la subjectivité du sujet se trouve toujours profondément engagée dans l'expérience de la maladie alors que sont convoquées des dimensions biographiques, culturelles et sociales qui débordent largement le simple rapport aux savoirs médicaux. Dès lors, leur activité de soins dépasse largement les seuls aspects techniques et s'ouvre à la dimension de l'accompagnement du sujet afin que celui-ci puisse construire un sens singulier au travers du rapport affectif qu'il entretient avec sa maladie [...] Plus qu'une « prise en charge », un accompagnement privilégiant « la prise en compte » du sujet et de sa subjectivité devient nécessaire pour tenter de résoudre ces difficultés. Ceci renvoie donc à une posture clinique radicalement différente de la posture biomédicale, c'est-à-dire celle de l'expert ou du spécialiste, qui privilège massivement le rapport à la norme et qui fonde historiquement son propos et son action sur les catégories du diagnostic, de pronostic et du traitement » (Niewiadomski, 2010, pp. 57–58)

Del lado de los profesionales esto representa el desafío de ampliar su ámbito de intervención más allá de la cura, no limitarse a la postura biomédica, sino que *tomar en cuenta al sujeto*, es decir, desarrollar en su trabajo una dimensión clínica y relacional.

Muchos estudios de la condición de paciente han evolucionado hacia la apertura de un espacio conceptual de agencia autónoma (Armstrong, 2014) y en la actualidad se ha avanzado hacia la formulación de políticas y de derechos de los pacientes que han abierto el debate sobre la participación en las decisiones terapéuticas. En otras palabras, asistimos a un progresivo cruce del dispositivo terapéutico con el dispositivo de participación, el que se describirá más adelante. Lo que es importante de apuntar es la progresiva instalación de espacios de participación que pueden cobijar acciones tanto individuales como colectivas de parte de los pacientes. La colectivización de las acciones de los pacientes, al generar un espacio público en el que se valida de forma horizontal un conocimiento por experiencia, es una fuente importante de autonomía. Las agrupaciones de pacientes, grupos de autoayuda, o aquellas que se ubican en los bordes del dispositivo

terapéutico, como los clubes de adulto mayor o los consejos de usuarios, resitúan al paciente como un sujeto colectivo. Si bien la colectivización de los pacientes es un fenómeno creciente, la relación terapéutica supone la mayor parte del tiempo al paciente como un agente individual. Y es desde esa posición que la gran mayoría de los pacientes recorre los centros de salud.

En esta vertiente individual, la autonomía del paciente puede ser concebida desde la óptica del auto-cuidado, es decir la capacidad propia de los pacientes para tomar decisiones en relación a su salud y bienestar vinculadas con su alimentación, higiene, tratamientos frente a malestares o acudir al centro médico. Al observar las múltiples acciones que realizan de forma autónoma los pacientes al hacerse cargo de su salud, la noción de auto-cuidado, adquiere centralidad.

El cuidado es un dominio menos tecnificado por lo que admite un mayor involucramiento de parte de los propios pacientes, de su entorno familiar y, por supuesto, de los profesionales del cuidado que, en general se reúnen bajo disciplinas como enfermería, nutrición, obstetricia, kinesiología, trabajo social, etc. Se puede decir que el dispositivo terapéutico de nivel primario de atención tiene al cuidado como uno de sus ejes centrales de atención. Sin embargo, la sobredemanda por horas de atención profesional y la creciente biomedicalización de la atención le quitan terreno al cuidado. Los profesionales pueden verse llamados a abandonar la dedicación en el cuidado de un paciente por el cumplimiento de metas sanitarias.

“The professional intervenes, and then steps away. The point of intervention is a carefully targeted set of concerns, for which the professional is specially trained. Once the intervention is complete, the professional’s responsibility is over. The physician intervenes with diagnosis and prescriptions for care than others carry out”. (Feder Kittay, 1999, p. 40)

La focalización de la intervención lleva al debilitamiento de la relación terapéutica, entendida como una relación que no sólo busca la cura sino también el cuidado, y en la que hay emociones involucradas. La agencia del paciente se debate entre la autonomía y la dependencia, se forja en medio de ellas. Esto se puede apreciar en casos en que el mandato profesional de intervención (y de acompañamiento) cede bajo una presunta autonomía del paciente. Como señalan Perilleux y Cultiaux, en la actualidad existe una fuerte responsabilización individual en la salud, lo que sería la manifestación en el campo de la salud de lo que ocurre en muchos otros dominios de las políticas y de la acción pública (2007). Este llamado, que toma un carácter a

la vez contractual y obligatorio, saca al paciente de la figura de *“receptor pasivo de cuidados y lo posiciona como detentor de un saber sobre sí mismo”* (Perilleux & Cultiaux, 2007). Esto tiene varias repercusiones sobre la relación terapéutica que podría, inicialmente, pasar a ser más simétrica en cuanto a la posibilidad de cada una de las partes de desplegar su agencia, pero que amenaza el legítimo deseo de apoyarse en un equipo profesional que acompañe al paciente en la difícil travesía de una enfermedad grave o crónica.

Zaccaï-Reyners llama la atención sobre el juicio normativo que hoy se realiza sobre las relaciones asimétricas, sobre todo desde un ideal de individuos *“maduros, emancipados, independientes y susceptibles de encontrarse con la alteridad en una relación social equilibrada”* (2006). Paradojalmente, la búsqueda de la autonomía, aquella irreflexiva que no se detiene en las particularidades de las relaciones sociales, estaría jugando un rol opresor. Según ella existirían formas de respeto dentro de relaciones asimétricas como la confianza en la competencia de un profesional y la justicia derivada de los derechos de los pacientes que no dan cabalmente cuenta de lo que ocurre en la relación terapéutica. Además, agrega que *“en el acuerdo normativo entre profesional médico y paciente hay una importante inconsistencia entre expectativas, deseos y valores”* que desencadenaría muchos de los fracasos terapéuticos y que ninguna de las figuras de respeto anteriores considera (Zaccaï-Reyners, 2006). Finalmente, en esta zona oscura de la relación terapéutica, que escapa a la competencia profesional y al derecho, están las implicaciones emocionales tanto de profesionales como de pacientes, así como sus proyecciones y negaciones del otro. Para abrir este ámbito de reflexión sería necesario nombrar otra figura de respeto que se puede lograr en la relación terapéutica y que corresponde a la *hospitalidad*, la que se forja en la conversación y que permite mantener un horizonte común (Zaccaï-Reyners, 2006).

Las implicancias de esta reflexión para nuestro trabajo son múltiples y serán abordadas en otro apartado. Por el momento es suficiente subrayar el hecho de que la asimetría no es, en sí misma, fuente de desubjetivación si no que, por una parte, es inevitable para el acompañamiento profesional de una persona que vive un estado de fragilidad y sufrimiento producto de una enfermedad y, por otra parte, al cumplir con ciertas condiciones de dignidad, respeto y reconocimiento del otro, puede ser el vehículo para un proceso de empoderamiento del sujeto. Un llamado a la autonomía no puede ser materializado sino con ciertos soportes, caso contrario se vuelve en una figura de sujeción y de angustia para la persona o el colectivo que lo vive

como una negación a su búsqueda de acompañamiento, a su búsqueda de relación. Esto lo ha investigado Annemarie Mol (2009) en el ámbito de la salud contrastando el ideal de la elección individual con la lógica del cuidado.

« Dans la logique du choix, avoir le choix implique qu'on est responsable de ce qui s'ensuit. Dans la logique du soin il en va différemment. Il est raisonnable de faire face à ce qui a mal tourné mais seulement pour en apprendre, pas pour imputer la faute à vous-même ou aux autres. Il peut toujours se produire quelque chose d'inattendu, il y aura toujours une variable qui échappe au contrôle [...] La logique du soin ne fait pas peser la culpabilité, mais en appelle à la ténacité. A une ferme combinaison d'adaptabilité et de persévérance ». (Mol, 2009, pp. 155–156)

La lógica de la elección individual, preñada del valor de la autonomía, nos enfrenta a sentimientos como la culpabilidad cuando las cosas no salen bien. En la experiencia de las enfermedades crónicas la posibilidad de que las cosas no salgan bien es considerable. La búsqueda de la autonomía es diferente de la responsabilización individual y representa una pérdida de sentido en la relación terapéutica o en la relación de cuidado. Esto se puede leer también en el auge de la medicina centrada en el paciente, o al menos en la versión de ella que no cuestiona sus nociones de pacientes, usualmente muy connotados desde la cultura tradicional de los servicios de salud y desde los nuevos saberes biomédicos.

El aspecto cultural cobra, bajo este prisma, una posición central en la opresión que el llamado a la autonomía puede generar. En un trabajo sobre la problemática de salud de los inmigrantes en Italia, se menciona que la construcción de sujeto que hace el sistema de apoyo a los inmigrantes se desarrolla a partir de los valores de autonomía, responsabilidad y emancipación, lo que se ha mostrado problemático en muchos casos (Quaranta, 2017). Las situaciones de crisis derivadas de la migración pueden llevar a una pérdida de los apoyos de sentido para la acción en la vida cotidiana lo que, sin una intervención a ese nivel, se puede somatizar en el ámbito de la salud como lo muestra Quaranta (2017). Este es un trabajo para el que los profesionales de la salud no están formados pero que puede ser abordado por unidades interdisciplinarias que ponen al centro de su misión el “derecho al sentido”, como el Centro Socio-cultural de Consultación de Bologna que trabaja con inmigrantes, o la idea de pertinencia cultural en el sistema de salud chileno en su trabajo con pueblos indígenas. Lo interesante es que estas concesiones culturales están presentes en unidades de trabajo socio-sanitarias que han sido implementadas para abordar la complejidad

socio-cultural de sujetos a los que se les reconoce una identidad diferente. No pasa lo mismo con los diabéticos o quienes padecen cáncer. En su caso ser pacientes no implica diferencia o complejidad cultural alguna. El espacio dispositivo en el que se ven insertos está muy apegado a un saber experto sobre la enfermedad en sus términos orgánicos y epidemiológicos, pero alejada de los aspectos socio-culturales y subjetivos.

Derecho al sentido y pertinencia cultural son dos ideas vinculadas a la autonomía, pero que están atravesadas por la lógica del cuidado. Lo que buscan es justamente moderar la responsabilización individual por medio de la consideración de la construcción identitaria de los sujetos. Un traspaso de esta lógica hacia la relación con las personas aquejadas con enfermedades crónicas pasa por una redefinición de lo que es un buen tratamiento. En palabras de Mol

« Articuler la logique du soin est une tentative de contribuer à l'amélioration du soin dans ses propres termes, dans son propre langage. Un langage dans lequel l'accent principal ne porte pas sur l'autonomie et le droit de décider pour soi-même, mais sur les pratiques de la vie quotidienne et sur les efforts pour rendre celle-ci plus vivable grâce à un partage inventif des tâches. Dans des termes de soin, le soin est mauvais quand les personnes sont négligées. Quand il n'y a pas assez de temps pour écouter. Quand des paramètres physiques sont isolés de leur contexte et que la vie quotidienne des patients n'est pas prise en considération. Quand les patients sont laissés avec leurs propres outils et doivent faire face à la tâche complexe (et parfois impossible) de combiner des instructions contradictoires communiquées par des spécialistes distincts. Quand les professionnels ne s'engagent pas dans une expérimentation attentive mais suivent plutôt hâtivement des protocoles, ou -même pire- s'en remettent paresseusement à des vieilles habitudes. Dans des termes spécifiques au soin, le soin est mauvais quand la mesure de quelques paramètres discrets détourne l'attention des implications parfois douloureuses et toujours compliquées de la vie quotidienne avec une maladie » (2009, pp. 164–165)

c. El dispositivo de servicio

La relación de servicio tiene dos caras. Una, es la de la regulación estatal del campo de acción de profesionales que proveen los servicios públicos de salud. Esta se deja sentir bajo la forma de leyes, normativas, protocolos y compromisos de gestión, por nombrar algunos, que encauzan la acción profesional para asegurar ciertos estándares en la atención de pacientes y en la gestión de los usuarios. Esta primera cara se les presenta a todos los profesionales, pero de forma diferenciada según la función que cumplan dentro de los centros de salud. La segunda cara, en cambio, tiene que ver con la experiencia de los usuarios frente a la implementación de las acciones administrativas dentro de los centros de salud. Es decir, corresponde a los tiempos en que los usuarios realizan gestiones en los mesones de atención o esperan por sus atenciones en la sala de espera. En definitiva, corresponde a las gestiones que les permiten a los usuarios acceder al servicio público de salud.

Para caracterizar la relación de servicio hay que tener en cuenta ciertas características como las destaca Harmony Glinne-Demaret (2019): En primer lugar, es una relación recíprocamente asimétrica entre un prestador y un cliente o usuario que ocupan posiciones disimiles, pero que colaboran para elaborar lo que se va a denominar como un “servicio”. Esta relación forja un espacio transicional, ni dentro, ni fuera: una primera línea que es interpelada a menudo en cuanto a los límites de su acción y los de la organización. En este sentido, existen organizaciones cerradas que se caracterizan por protocolizar fuertemente las interacciones de primera línea y, al contrario, organizaciones abiertas que implementan dispositivos que permiten definir en conjunto aspectos de la relación (2019, p. 544). En definitiva, la relación de servicio está sometida a esta dualidad entre la estandarización y la personalización, la que tensiona distintos modos de subjetivación en este dispositivo.

La estandarización del funcionario y del usuario

Este dispositivo acondiciona la relación icónica de la sociedad tecnocrática: la relación de servicio. Esta relación se mantiene tanto con servicios públicos como con servicios privados. En los primeros es el Estado, el que despliega sus políticas públicas a través de múltiples dispositivos entre los que se

encuentran los de salud. Es preciso tener en cuenta que las fuerzas dispositivas que configuran este espacio están presentes a nivel societal y no son exclusivas del ámbito de la salud. Si bien los servicios privados no son objeto de esta investigación es importante mencionar que en ellos también se ofrecen servicios sociales, sobre todo en la realidad chilena en la que muchos ámbitos estatales fueron, en mayor o menor medida, privatizados como es el caso de la educación, las pensiones o la salud. En la experiencia de los usuarios no es extraño encontrar un uso combinado de servicios públicos y privados, lo que varía dependiendo del nivel socioeconómico y de la edad. Es por ello que la relación de servicio tiene un gran parentesco con la relación de consumo. Por ejemplo, muchas de las capacitaciones que se hacen en el sector público, en temas de atención al usuario, son tomadas de modelos privados de atención al cliente los que son vistos con una connotación de mayor eficiencia, pero a la vez recubren al usuario con máscaras de cliente. Al contrario, la relación con el Estado carga con un peso histórico, con la imagen de la burocracia y del funcionario público, representado como una figura parca o derechamente maltratadora (PNUD, 2017).

Así, una primera fuente de estandarización la encontramos en una suerte de homologación de la gestión del usuario, entre los sectores privados y públicos. Es decir, los servicios públicos han visto la necesidad de incorporar nociones como la satisfacción de los usuarios y desarrollar toda un área de gestión que se nutre fuertemente de la filosofía de atención al cliente que se desarrolla en el sector privado. Su adaptación a la situación de los servicios públicos es compleja y entra en el terreno de disputa por la definición del usuario ideal (y del funcionario ideal), que se hace muchas veces desde el nivel central de gestión.

Si lo vemos en términos más generales, la economía de servicios comprende un tipo de violencia específica que se ejerce sobre los sujetos, funcionarios y usuarios. *La violencia de indiferencia*, corresponde a una violencia simbólica propia de este tipo de economía que, a través de la estandarización de los sujetos involucrados en una relación de consumo, es decir cliente y trabajador, limitan la presencia y proximidad del otro en dicho encuentro (De Nanteuil, 2013). Si observamos de cerca, lo que esto representa en nuestro caso de estudio, nos percatamos de que el *setting* del encuentro entre funcionarios y usuarios tiene un componente específico en el mundo de la salud que viene desde la experiencia del enfermar y de la práctica de cuidar: la expectativa de cercanía y dedicación frente al dolor. La *violencia de indiferencia* se hace insoportable en la experiencia de alguien que requiere

de cuidados, de alguien enfrentado a la incertidumbre vital del enfermar, de alguien que padece dolor. La filosofía de la atención al cliente no sólo es promovida a través de una imagen de mayor eficiencia, sino también de un nuevo sujeto, emancipado y autónomo, quien es ahora responsable de proveerse su propia salud. En este sentido, la figura de usuario, llevada al extremo, contiene en sí misma la negación de la dependencia implicada en la relación de cuidado.

El dispositivo de servicio tiene, por supuesto, un origen anterior a las fuerzas del neo-management que hemos mencionado. La “normalización” de los sujetos que van a ser parte de este dispositivo comienza, desde la vertiente burocrática, a partir de lo que Foucault llamó *medicina de Estado*, ilustrándolo con el desarrollo que esta tuvo en la Alemania del siglo XVIII.

“L’organisation d’un savoir médical d’Etat, la normalisation de la profession médicale, la subordination des médecins à une administration générale et, pour finir, l’intégration des différents médecins dans une organisation médicale d’Etat produisent une série de phénomènes entièrement nouveaux qui caractérisent ce que l’on pourrait appeler une médecine d’Etat » (Foucault, 2001a, p. 214)

Esta medicina de Estado representa el ingreso de la planificación sanitaria y es la responsable de la organización del sistema de salud, también en el caso chileno. La normalización de los profesionales se deja sentir con especial fuerza en la figura del “médico general de zona”, como son los médicos que encontramos en ambos dispositivos de salud donde realizamos el trabajo de terreno. Estos son médicos becados por el Estado a quienes se les pone como condición para acceder a su formación de especialidad: trabajar una cierta cantidad de tiempo en centros asistenciales del sistema público. Esta regulación estatal de la salud tiene una vasta tradición en el sistema público de salud chileno.

Otro hito que va a transformar la relación entre los profesionales de la salud y la administración pública es lo que Castel llama el paradigma del riesgo (Castel, 1991) y la generación del espacio presintomático en las políticas sanitarias. Esto afecta directamente la relación entre los dispositivos de servicio y terapéutico representando una nueva fuente de estandarización de los profesionales bajo los criterios de la vigilancia epidemiológica.

“This displacement completely upsets the existing equilibrium between the respective viewpoints of the specialized professional and the administrator charged with defining and putting into operation the new

sanitary policy. The specialists find themselves now cast in a subordinate role, while managerial policy formation is allowed to develop into a completely autonomous force, totally beyond the surveillance of the operative on the ground who is now reduced to a mere executant" (Castel, 1991, p. 281)

Todo el peso de las distintas capas de la regulación estatal, es decir la burocracia de regulación central que dio origen al sistema público chileno, y el nuevo *management* que se abre paso a través de un sistemas de metas sanitarias, promoviendo una nueva gestión de los funcionarios y también de los usuarios, en suma todo ello recae sobre la relación de servicio, sobrecargando el encuentro entre sujetos que se enfrentan a la difícil misión de responder a la evaluación constante, al ideal normativo que impone el dispositivo y, al mismo tiempo, a las expectativas de humanización y personalización de la atención.

"Contacts with bureaucracy personnel involve the exchange of information like any other social encounter. Personnel need to be informed in order to make decisions, evaluate client's claims, formulate a problem definition, and decide on a course of action. There is an unavoidable emotional component in such exchanges. A frequent complaint among bureaucracy personnel is that of emotional strain, which can lead to an "inability to cope" and feelings of being "overburdened", "burnt out", "overwhelmed", and even "eaten up". (Graham, 2002, p. 210)

El dispositivo de servicio puede resultar abrumador tanto para funcionarios como para usuarios, dejando a ambos sumidos en el malestar por la sobrecarga de trabajo o por la falta de consideración. Esta sobredemanda puede estar cargada de contenido emocional al tratar casos de personas con experiencias de vida trágica debido a enfermedades, condiciones habitacionales, abusos de diversa naturaleza o experiencias dolorosas de migración. Frente a este exceso emotivo la relación entre los funcionarios y los usuarios puede volcarse hacia la indiferencia, ya no como violencia estructural sino como una distancia que busca, muchas veces, anticipar un desgaste emocional (Graham, 2002).

Como vemos la indiferencia, como violencia simbólica, ocupa un lugar importante dentro del dispositivo de servicio. Afecta transversalmente a funcionarios y a usuarios, aunque de distinta forma. Los primeros se encuentran muchas veces con barreras organizacionales cuando intentan realizar gestiones de caso frente a las distintas redes del sistema público de salud, es decir en el momento en que toman la iniciativa para brindarle

cuidados a un paciente. Esto que hemos llamado *indiferencia institucional* (Moller, 2013) que opera dentro de los procesos organizacionales que encadenan atenciones o programas de salud cuyo normal flujo posibilita el acceso o la continuidad de los cuidados. Sin embargo, al tomar el caso de un paciente los propios profesionales se ven enfrentados a la estrechez del acceso, a la sobrecarga, a la inexistencia de capacidad o de recursos para tomar en consideración al caso, al paciente en cuyo nombre realizan la gestión. Esto hace necesaria la activación de una red informal de favores, la única que puede destrabar el lento andar de los procesos organizacionales.

La espera es el resultado vivencial del paciente, y también del profesional, frente a la indiferencia institucional. Ella es una experiencia generalizada en la provisión de todo servicio público. Su extensión y rutinización, incluso ciertas variantes de su tecnificación, operan modelando al usuario tanto en su disciplinamiento como en las tácticas que va a poner en juego para enfrentarse a ella.

“Poor people’s subordination to the states mandates is created and re-created through innumerable acts of waiting, and the obverse -that domination is generated anew by making others wait- is equally true. In those recurrent encounters with street-level bureaucrats, poor people learn through endless delays and random changes that they have to comply with the requirements of an unpredictable state (“sit and wait”). In a few cases, the uncertain waiting exhausts and discourages poor people, and these end up dropping out of sight -that is, not coming back ... For the most part, however, the unreliability and unpredictability have the paradoxical effect of binding the destitute to the state. With their pressing needs, they simply cannot afford to quit. The state asks the most dispossessed to “keep coming back”...” (Auyero, 2012, p. 156)

La paradoja del trabajo en salud es que no sólo la espera puede resultar opresora para los sujetos de la salud sino también la urgencia, es decir la inmediatez que se impone frente al riesgo vital. Aunque ello hace parte del dispositivo terapéutico, que está mandado y legitimado para actuar frente a la urgencia vital, asistimos a la configuración de una cultura de la urgencia. El malestar de la espera puede derivar en la destemplanza de la urgencia que simplifica toda atención de salud hacia la cura o hacia la medicación, vías rápidas para atenuar síntomas, pero que corroen a su propio modo la relación entre funcionarios y usuarios.

Esto expone las tensiones que el dispositivo de servicio le imprime a los sujetos. A lo largo de esta tesis mostraremos cómo es que una idea de

atención humanizada puede terminar siendo experimentada con angustia por los sujetos, tanto profesionales como pacientes, por los obstáculos que encuentra dicha idea para ajustarse al entramado dispositivo que forma la institución. Esto termina poniendo a los sujetos en encrucijadas éticas y en un desgaste constante por la sobredemanda en el ejercicio de sus roles. Ahora bien, esto nos obliga a profundizar un poco en las paradojas de lo que los sujetos son llamados a cumplir versus lo que ellos, desde su definición de sentido, quieren lograr.

Sobre lo primero hemos mencionado ya varios elementos entorno al cumplimiento asociado a las metas sanitarias y los compromisos de gestión. Ahora bien, adelantando un poco lo que serán nuestro posterior análisis, los propios sujetos hacen referencia a las vías para obtener los resultados que para ellos tienen sentido. Una primera definición de resultado es aquella que nos dice que a través de la relación se logran cosas. Lo que se logra es un cambio a nivel subjetivo, es traer a un paciente de regreso a un camino de reafirmación de sí mismo y de voluntad de sanación. Estos resultados deben ser leídos a la luz de las “patologías de lo social”. Como veremos más adelante, abandonarse a sí mismos, padecer la indiferencia institucional y no sentirse integrados corresponden a posiciones subjetivas pesadas, que no le permiten al sujeto recomponerse ante las fuerzas dispositivas. Los indicadores de logro en términos de la gestión, como lo hemos señalado, pueden desalentar los procesos de subjetivación con sentido para los sujetos que habitan las instituciones de la salud.

En términos más generales, la paradoja que queremos subrayar con la disputa en la definición de los resultados es la del gobierno de los sistemas de salud. Esto ya que, desde la autoridad factual propia del orden dispositivo, lo que conduce la acción de los sujetos son todos los procesos que giran en torno al logro de los resultados o metas. Por eso es relevante la participación de los sujetos en la definición y en los procesos para llegar a esos resultados. Como veremos a lo largo de este trabajo, lo que se presta mejor para esa participación son las mejoras locales, que son capaces de contener lo que es importante para los sujetos. Sin embargo, cuando los resultados equivalen a indicadores derivados de la medición del desempeño el resultado parece perder su vitalidad subjetiva. Esta tensión entre la medición del desempeño y las mejoras locales es tratada de diversos modos en el día a día de las organizaciones de salud (Zuiderent-Jerak & Berg, 2010). Esta investigación recorre algunas manifestaciones empíricas de esta tensión contenida en el momento de cambio en la forma de atender. Sin embargo, pareciera demasiado apresurado señalar que toda medición del desempeño es

negativa en si misma porque niega al sujeto del trabajo. Debemos entender qué es lo que se niega o cómo se realiza dicha negación.

“...the issue we wish to address here is not that indicators cannot be productively aligned with collaborative quality improvement initiatives, but that the notion that such productive relations emerge self-evidently and are in any sense easy is largely derived from myth and managerial daydreaming about “steering” improvement based on the often-used metaphor of “dashboards” of performance indicators. Such assumptions are unproductive, as they desensitize improvement agents for all the forms of often “invisible work” (Star and Strauss 1999; Suchman 1995) that need to be done by IT departments, nurses, quality managers in care institutions, and quality improvement agents in collaboratives to make this seemingly simple work possible.” (Zuiderent-Jerak & Berg, 2010, p. 329)

Lo interesante es como la medición del desempeño desmotiva que una serie de trabajos se realicen o, los vuelve invisibles dejando a los sujetos que los llevan a cabo alejados del reconocimiento (Star & Strauss, 1999). Si el dispositivo de la gestión ocupa un lugar hegemónico en el ámbito de la salud, sumado al lugar privilegiado que tienen las “evidencias” en el circuito de la decisión terapéutica, cabe preguntarse cómo es que los sujetos se vinculan con los indicadores y cómo los indicadores se relacionan con los sujetos. El indicador sintetiza el trabajo, dispone a los sujetos a trabajar en el sentido indicado. Hace una selección de lo que es relevante, volviendo visible ciertas acciones y las posiciones subjetivas que las hacen posible. En términos foucaultianos, la visibilidad no es sinónimo de reconocimiento, sino de vigilancia. Al tener en cuenta las dos caras de la visibilidad, no se puede asimilar visibilización con reconocimiento. Lo esencial de subrayar es quien orienta la visibilidad o invisibilidad: los dispositivos o los sujetos. Esto nos va a llevar, posteriormente, a un debate sobre la relación, la autoridad y sobre los matices de la visibilidad subjetiva en el seno de la institución.

La personalización del servicio

Si la estandarización, tanto del funcionario como del usuario, dan cuenta de una normativa institucional fuerte, en el caso de la personalización del servicio esta puede estar originada en una gestión en los bordes de la misión institucional o bien pudiera estar promovido por un programa institucional

que hace suyo la humanización del trato, como en parte lo es la estrategia de salud centrada en la persona o también algunas acciones comprendidas dentro de lo que se llama gestión de usuario en el sistema de salud chileno. Todas estas acciones que llevan a la acción profesional hacia la personalización del servicio hacen lo que se conoce como un trabajo de caso, que no es sino poner al centro de las gestiones administrativas las necesidades específicas de una persona, es decir sacarla parcialmente del anonimato propio de la figura del usuario haciendo uso de un poder discrecional de los funcionarios. El ser tomado como “caso” para un usuario implica el resquebrajamiento de la indiferencia institucional, lo que es generalmente algo transitorio ya que depende en gran medida de la voluntad de los equipos profesionales, pero que puede marcar una diferencia en el tránsito institucional de una usuaria.

“...the discretionary actions of public employes are the benefits and sanctions of government programs or determine access to government rights and benefits” (Lipsky, 2010, p. 4)

Es decir, si vemos la relación de servicio desde este punto de vista, su objetivo es la provisión de un servicio público o el aseguramiento del acceso a un derecho de los ciudadanos. Los ciudadanos, adoptando las formas de usuarios de servicios públicos, se encuentran con una serie de funcionarios administrativos y de profesionales que interactúan con ellos en distintos puntos del proceso para acceder a la salud pública, que es nuestro caso de estudio.

El rol de estos funcionarios públicos se debate entre la provisión de derechos sociales y el control social (Lipsky, 2010), siendo por una parte el soporte que intenta corregir las inequidades de la economía de mercado y, al mismo tiempo, el disciplinamiento de los sujetos que son aceptables para el acceso a los beneficios. Ambos fenómenos se presentan entrelazados y representan un aspecto importante de la subjetivación en la acción pública en la que se construye la figura del usuario, quien se relaciona con el aparato estatal (y con privados) en búsqueda de servicios sociales. En dicho proceso de subjetivación los sujetos, tanto funcionarios como usuarios, desarrollan sus aptitudes para seguir las interpelaciones institucionales y sus capacidades de resistir o subvertir dicho control social.

“The policy-making roles of street-level bureaucrats are built upon two interrelated facets of their positions: relatively high degrees of discretion and relative autonomy from organizational authority” (Lipsky, 2010, p. 13).

La discrecionalidad de las decisiones, que determinan el acceso a los servicios, está distribuida de forma heterogénea en los centros de salud. Muchas veces la naturaleza de las decisiones que se toman es diferente, entre quienes trabajan en primera línea y quienes trabajan en atención de pacientes, por ejemplo. Si bien los profesionales están llamados a ejercer su discrecionalidad, al contrario de lo que ocurre con los funcionarios administrativos, lo cierto es que la protocolización le quita terreno al juicio profesional y, por su parte, la primera línea de funcionarios siempre mantiene un área gris de acción hacia los usuarios. La discrecionalidad se ubica en los bordes de los protocolos de acción, se opone a la estandarización en la medida en que el funcionario se adueña de un margen de acción, interpreta una situación y toma una decisión, que bien puede ir a favor de las expectativas de los usuarios o contra ellas.

“Street level bureaucrats work in situations that often require responses to the human dimensions of situations. They have discretion because the accepted definitions of their tasks call for sensitive observation and judgement, which are not reducible to programmed formats [...] to a degree the society seeks not only impartiality from its public agencies but also compassion for special circumstances and flexibility in dealing with them” (Lipsky, 2010, p. 15)

Los funcionarios de trato directo son los encargados de implementar los programas de salud que son diseñados y evaluados por otros profesionales en los niveles centrales de los servicios y del ministerio de salud, para el caso chileno. Esa multiplicidad de niveles de organizacionales, dentro del sistema de salud pública, fomenta una relativa autonomía de los funcionarios de trato directo respecto de los formuladores de las políticas y programas de salud. Pero ¿quiénes son estos funcionarios de trato directo? Este trabajo de caso puede ser realizado por distintos profesionales, pero entre ellos destacan los profesionales de enlace, algunos dirigentes comunitarios y los trabajadores sociales. Si entramos al detalle de este trabajo de enlace lo que encontramos es un trabajo social de intermediación entre la persona y la institución, en este caso un servicio público de salud. Esto es parte central del oficio que realizan los trabajadores sociales, cuyas competencias hacen parte, en mayor o menor medida, del dispositivo de servicio.

“L’art du contact ou de la relation personnelle ne doit pas masquer ce qui fait sans doute la spécificité de la pratique du travail social [...] ce qui ne peut être appréhendé à travers un organigramme ou un emploi du temps, ce qui reste du travail quand tout le reste est oublié, le résidu ou le

précipité qui rend compte sans doute de l'alchimie du métier : un savoir-faire administrativo-relational. C'est-à-dire, d'une part, la pratique d'un milieu fait d'administrations' d'institutions privées et publiques, mais représentées par des individus bien vivants ; d'autre part, la pratique d'une fonction de médiation" (Ravon & Ion, 2012, p. 74).

La primera línea de atención, la cara más visible del dispositivo de servicio no cuenta siempre con la posibilidad de desarrollar un trabajo relacional, como ya mencionamos. La personalización debe pasar por una serie de escollos administrativos para cristalizar en una relación de servicio. La mediación aparece en casos específicos cuyas características cumplen ciertos criterios institucionales, pero en la mayoría de los casos cuando la experiencia de una usuaria conmueve al equipo profesional. En dicha conmoción se mezclan aspectos de enfermedad y aspectos sociales de la persona que va a ser tomada como caso por un profesional o por un equipo. Esto requiere un trabajo activo por parte de dicho funcionario dentro y fuera de la institución porque muchas veces los canales institucionales están bloqueados o saturados.

"...Mais ce savoir doit doubler d'une connaissance personnelle, acquis sur le tas, des personnes et des relations qui font marcher les organisations qu'il mobilise. Il faut donc être capable d'inventivité : faire avancer les dossier hors la voie habituelle, contacter tel responsable administratif ou politique, négocier tel projet en sachant mettre en relation des interlocuteurs qui ne le sont point habituellement, monter tel plan financier à partir de crédits de multiples origines, ouvrir un chemin qui traverse dans cette jungle où s'enchevêtrent associations, organismes sanitaires, sociaux ou culturels, administrations et pouvoirs politiques" (Ravon & Ion, 2012, p. 75)

La institución sanitaria considera sólo parcialmente esta práctica de mediación porque ella depende de la activación de una serie de relaciones informales. No podemos afirmar que estas últimas no formen parte del dispositivo de servicio. En otras palabras, el dispositivo de servicio no sólo opera dentro de los márgenes de la institución, sino que extiende sus fuerzas hasta los intersticios de la acción autónoma de los sujetos, motivando en parte la activación de relaciones que no estaban consideradas por la institución. Esto tiene múltiples interpretaciones para la teoría de la subjetivación que estamos presentando, sin embargo, aquí nos limitaremos a señalar como una característica del dispositivo de servicio su continuo desborde hacia las arenas del sujeto, hacia el ámbito de tácticas subjetivas.

Esto se puede graficar en una posición subjetiva como es la del dirigente comunitario que cumple funciones similares a las que, desde la institución cumplen trabajadores sociales o enfermeras de enlace y que, como veremos en nuestro análisis, llena de sentido a los dirigentes que lo asumen, que hacen ese trabajo de mediación para que sus vecinos que requieren atención de salud accedan o sean considerados en los programas que existen.

d. El dispositivo de participación

La participación institucional

Emerge aquí la figura del ciudadano como horizonte normativo del sujeto y como resultado de la interacción de distintas fuerzas en un campo más general al de la salud pública. En otras palabras, el dispositivo de participación que describimos aquí es tributario de un contexto que ha modelado algunos de sus límites, de sus normas, así como también del imaginario que cargan los sujetos que entran en él. Comenzaremos por describir cómo es que el dispositivo ejerce poder sobre los sujetos; un poder que determina la naturaleza de la participación a tal punto, que su resultado puede representar la negación de los sujetos que hacen parte de él.

El dispositivo de participación al que hacemos referencia en esta tesis se ubica dentro de los márgenes de la institución sanitaria. Es, en ese sentido, el resultado de una serie de acomodaciones institucionales, cuya historia ya hemos recorrido. Esto representa en sí mismo una primera determinación que ejerce este dispositivo sobre los dirigentes sociales: delimita un marco de acción normado e implementado en gran medida desde un saber y un poder que denominaremos de la Salud Pública. Sin embargo, este poder hace parte del contexto más general del Estado y de la Democracia.

“In the Chilean case, it is not the emergence of an autonomous civil society but the active presence of the state that is everywhere noticeable in different relationships with segments of civil society. [...] By establishing regulations and normative frameworks, the state simultaneously makes its presence felt directly, both in social dynamics through public financing,

outsourcing, subsidies [...] and in allocation of social projects thorough bidding among social organizations” (Delamaza, 2015, p. 23)

Esta ubicuidad del Estado es lo que caracteriza la etapa actual de la gestión pública en Chile, configurando un escenario particular para los sujetos que se forjan en él. En su forma de Estado democrático moderno no es la participación la relación más importante con la sociedad sino la representación. La participación puede ser entendida como una lógica que el aparato estatal se provee ante la crisis de la representación. Ambas lógicas difieren en las formas de concebir la ciudadanía, sin embargo, comienzan a convivir en una serie de dispositivos estatales de diversa naturaleza y ámbito social de acción.

“Citizenship refers to rights guaranteed for all, both in the juridical sense (passive citizenship) and in the active exercise and defense of these rights via social groups (active citizenship). Participation, on the other hand, refers to mechanisms through which civil society can be an actor in the public sphere, beyond the traditional notion of joining, or being co-opted by, the state.” (Delamaza, 2015, p. 21)

La participación en sus manifestaciones empíricas siempre está asediada por la cooptación estatal. Es precisamente eso lo que queremos caracterizar en esta sección, es decir las formas que la participación tiene de estar dentro de la malla del poder estatal, lo que hace empíricamente en forma de dispositivos de participación. En su implementación ellos dejan ver las opacidades de la participación, como por ejemplo, su dificultad para encontrar legitimidad. A diferencia de la representación, la legitimidad de la participación, generalmente, no viene dada desde la representatividad.

“...public participation differs from usual forms of political action in its very limited use of formal representation. Participants directly involved in these actions are either self-designated or appointed through very weak formal representations procedures [...] For this reason, they are forced to become more visibly and directly involved in symbolic struggles for the objectivation of their representatives status.” (Contandriopoulos, 2004, p. 327)

Esto tiene consecuencias sobre los sujetos de la participación, ya que lleva a los dirigentes a tener que forjarse dicha legitimidad por otros medios que, pueden ser institucionales, comunitarios o una mezcla de ellos. También pueden dejar a estos sujetos en una continua posición de carencia o necesidad de justificación. En dicho proceso la institución resulta un soporte

importante, disponiendo profesionales para apoyar a las organizaciones ciudadanas generándose, aquí también, una relación que ondula entre la autonomía y la dependencia. El territorio en el que se asientan los centros de salud representa, por una parte, un ámbito en el que los dirigentes comunitarios de salud exhiben un mayor grado de autonomía frente al saber experto que rige la institución sanitaria; llegando a ser convocados por ella para poder llegar a sectores del territorio en los que los profesionales no se aventuran. Aquí se desarrollan prácticas de trabajo que cautelan mantener la autonomía cognitiva que otorga tener la vivencia del territorio, sin embargo, el retroceso del involucramiento ciudadano de los vecinos deja en soledad al dirigente. Estableciendo una función de representación este asiste a las reuniones y participa de los dispositivos de participación. Su representación es muchas veces limitada y comienza a sentirse acompañado por otros dirigentes y por funcionarios del servicio de salud. Así, la búsqueda de legitimidad, tanto por parte de la institución como por los dirigentes sociales, es una de las motivaciones a la base de la relación de participación.

Por supuesto, la anterior no es la única. Otra fuerte motivación de la participación lo constituye el mal funcionamiento de los aparatos o programas públicos. El dispositivo de participación que presentamos involucra esta motivación de forma más explícita. La participación cuyo origen encontramos en un funcionamiento defectuoso de los servicios públicos representa el sentir de quienes se ven afectados en el día a día por las consecuencias prácticas de los problemas de la administración pública. Esto acerca al dispositivo de participación hacia el dispositivo de servicio generando una íntima conexión entre ambos, incluso la posibilidad de que el primero dependa del segundo. Bajo esta visión los sujetos de ambos dispositivos son los mismos: ciudadanos y usuarios y, como remarcaba Contandriopoulos (2004), quedamos ante la tentación de pensar que si la administración pública hiciera bien su trabajo no habría necesidad de participación. En otras palabras, si el dispositivo de servicio hiciera su trabajo el dispositivo de participación se mantendría en latencia. En términos de la subjetivación esto no es anodino ya que se le quita apoyo a la figura de ciudadano quien, a diferencia del usuario, tiene una facultad más amplia de cuestionar no sólo los bordes del dispositivo, sino que la democracia como sistema de dispositivos o los derechos que no les son reconocidos por el Estado.

“...if civil society preserves a horizon of expanding rights as a framework of action, the attendant universalistic discourse surpasses its own capacity of action. Civil society cannot, on its own, attain and practice the rights it

claims. Its responses to the general challenges posed by society are normally approximate and experimental. [...] The action of civil society is therefore diverse and manifold, for civil society is a space for political action, not a political project as such. Only a small fraction of civil action is spurred by political strategies like the one alterglobalists advertise under the slogan 'another world is possible' (Delamaza, 2015, pp. 25–26)

El dispositivo de participación es una expresión local de una transformación de las democracias que ante el agotamiento de los canales de representación han levantado espacios de participación como nuevos instrumentos de legitimación del poder. Lo cierto es que, por una parte, los espacios locales de participación difícilmente son asimilables a un tercer poder, el de la sociedad civil, quedando sumidos en una fragmentación y heterogeneidad de difícil gobierno. La agregación de voluntades en un proyecto político se vuelve un camino oscuro, en el mejor de los casos opaco. En este sentido, los dispositivos de participación que analizamos comprenden fuerzas que no han sabido trascender este escollo. El marco institucional habilita un espacio en el que se pueden desarrollar acciones participativas, pero al mismo tiempo, parece ser un terreno estéril para los proyectos políticos transformadores. Como lo hemos visto, la teoría de la subjetivación que desarrollamos carga con la frustración del sujeto histórico, tensiones que aún resuenan en las arenas de la participación.

Desde un análisis institucional, Fung señala que hay tres dimensiones importantes de considerar al hablar de participación: 1) quien participa, 2) cómo se comunican y toman las decisiones y 3) cuál es su incidencia en la política pública (Fung, 2006). Si bien teóricamente cualquiera pudiera participar, el dispositivo de participación hace una selección de sus sujetos por circunscribirse al centro de salud tanto como espacio físico como normativo. Es así como son especialmente personas de la tercera edad y mujeres quienes hacen parte de los Consejos de Usuarios y de las actividades de participación. Respecto de la toma de decisiones y de la incidencia en la política pública el dispositivo de participación se muestra impotente. Se sabe que el ámbito decisional recae en las autoridades y que la participación es consultiva, tal como está establecido en la ley chilena. La incidencia constituye una de las grandes cruzadas de dirigentes lo que indica su disconformidad con el marco institucional que habitan. Esta incapacidad de encadenar, en términos de Fung, diseños inclusivos a través de una participación intensiva con autoridad y legitimidad necesarias para incidir en las decisiones públicas (Fung, 2006) nos lleva hacia esta primera idea del dispositivo como un ensamblaje que coarta la participación social para

transformarla en participación institucional, con todo lo que eso conlleva como bien lo manifiesta Charles.

« ...ces dispositifs ne peuvent être mis en place sans statuer sur les bonnes manières de participer. Elles seront suscitées par différents moyens alors que les contributions inappropriées seront écartées, voire réprimées. En favorisant telle ou telle modalité d'engagement, chaque projet participatif impose aux personnes qui y prennent part de s'y conformer [...] Les personnes ne peuvent donc pas nécessairement s'exprimer sur le mode qui leur convient le mieux. Elles doivent plutôt transformer leurs façons de communiquer ce qui leur tient à cœur pour les ajuster aux contraintes du dispositif en question. Mais parfois, à force d'adaptations, ce qui vaut pour la personne est complètement perdu. » (2016, p. 26)

Si bien los Consejos de Usuarios participan de una amplia gama de actividades es generalmente la institución la que define las formas correctas de participar. Esta definición puede ser el resultado de una negociación o acuerdo en el que se tome en cuenta la voluntad de los dirigentes, sin embargo, el marco de acción sigue siendo institucional. Esto queda en evidencia en la necesidad de aprender un lenguaje técnico, las leyes que regulan al sector, los protocolos de los programas de salud y los que regulan al propio dispositivo de participación, entre otros.

“...these devices do not measure public opinion so much as contribute to objectifying a specific social object named as such, which is often nothing more than an artifact produced by the device itself. [...] the objectified social object is then used as a resource by some agents to gain legitimacy in symbolic and political struggles” (Contandriopoulos, 2004, p. 328)

Es a través de estos mecanismos que el dispositivo ejerce su poder tanto sobre quienes cumplen un rol profesional como para los ciudadanos que en ellos participan. Especialmente para estos últimos, pero también para los profesionales, el marco de la participación puede ser ininteligible en sus resultados dejándolos con un sentimiento de impotencia. En palabras de Charles, pueden quedar presos de « ...la dimension passive de l'engagement participatif, celle qui consiste à être affecté par un cadrage qui nous déborde. » (2016, p. 28). Paradojalmente, el esfuerzo por adecuarse al marco institucional, es decir al dispositivo, conlleva el riesgo de volver irreconocible el sentimiento o la vivencia que movilizó en un inicio la participación.

La participación significativa

La imagen del ciudadano también se ha forjado desde los movimientos sociales, es decir desde la participación activa bajo la idea de sujeto histórico. Los proyectos políticos transformadores de gran alcance han tendido a fragmentarse adoptando múltiples manifestaciones, más o menos organizadas, en torno a distintas reivindicaciones que atraviesan a diferentes grupos de la sociedad en determinado momento. La salud, como hemos visto, corresponde a uno de estos ámbitos en Chile que, si bien se caracteriza por una alta institucionalización de las demandas sociales (Anigstein, 2008), evidentemente no logra satisfacer, ni contener, en sus dispositivos de participación los malestares sociales de los pacientes o usuarios. Las reivindicaciones comunitarias sobre el acceso a servicios de salud tuvieron y tienen aún hoy un fuerte componente ciudadano. Esto se puede evidenciar en los relatos de dirigentes comunitarios que vivieron procesos de instalación en sectores no urbanizados de la periferia de Santiago de Chile en los que el Estado estaba ausente (Barrientos & Moller, 2018) o en reivindicaciones sociales en sectores de difícil acceso geográfico, como la isla de Chiloé, alejada de las grandes aglomeraciones urbanas y donde los servicios de salud son muy limitados (Arriagada, 2016). Sin embargo, esta fuerza subjetivante parece entrar en una red de poder más densa cuando el acceso a la salud está, relativamente, asegurado. Es ahí cuando se comienza a hablar de participación en la gestión de la salud pública, la que cuenta con una normativa y mecanismos formales instituidos.

A pesar de ello, la institución sanitaria tiene dificultades para gobernar sus espacios de participación dada su fuerte carga histórica, que porta y que le impregna un horizonte asociativo y transformador. Desde la teoría de la subjetivación este horizonte no existe sin un sujeto, lo que tiene una consecuencia importante para nuestro análisis: los sujetos que hacen parte del dispositivo de participación han atravesado procesos previos de subjetivación. Si consideramos que quienes participan son en general adultos mayores, ellos traen una larga forja que el dispositivo no puede borrar de un plumazo. Dichos procesos de subjetivación pueden haber estado vinculados con experiencias sindicales, de participación comunitaria frente a condiciones de vida paupérrimas, de beneficencia o de ayuda al prójimo de raigambre religiosa (Barrientos & Moller, 2018), entre otras. Como telón de fondo de dichos procesos de subjetivación el espacio público ha sido redefinido desde procesos políticos que lo promovieron, a través de la promoción popular, y otros que lo cerraron, como la dictadura militar. La

mayoría de los sujetos, tanto profesionales como usuarios, que ingresan en los dispositivos actuales de participación cargan con dicha memoria y con la inquietud de cómo se reconfigura la participación, cómo se reconfigura la sociedad dentro de la nueva etapa democrática.

“...strengthening the society requires strengthening the state itself. Not any state, however, but one that embodies democratic principles and that, while admitting its public responsibilities, is also capable of accepting its limits” (Cunill citada en Delamaza, 2015, p. 24)

Estos límites del Estado pueden tener un origen planificado o un origen más opaco fundado en la omisión normativa o en la saturación y solapamiento de dispositivos de administración pública o de otra naturaleza. Lo relevante para tener en cuenta en este punto es la posibilidad que el propio poder estatal contemple intersticios que habiliten la autonomía de las asociaciones de la sociedad civil e incluso que el Estado se convierta en garante de un espacio público en dónde aquello pueda desarrollarse. Dentro del contexto de la economía de mercado, de la creciente presencia y asentamiento de sus dispositivos, los sujetos se ven muchas veces sostenidos desde una relación paradójica con el trabajo. Un trabajo muchas veces precario, esquivo y que no permite tener condiciones de vida dignas. Sin embargo, sus dispositivos mantienen seducido al sujeto quien se transforma en un emprendedor. Se convierte así en un trabajo sin límites que carcome existencialmente al sujeto, pero a la vez realiza a través del consumo configurando el fenómeno del *affairement* (Pérrileux, 2009). Frente a esta realidad, el dispositivo de participación representa una lógica alternativa de apoyo para el sujeto.

Al menos tres tipos de sujetos se encuentran en este dispositivo: usuarios, dirigentes y profesionales. Sin embargo, también hay que considerar los sujetos colectivos que pueden corresponder a consejos de usuarios, grupos de autoayuda, entre otros. Entre ellos se mantiene lo que hemos llamado la relación de participación, la que comprende dimensiones que el dispositivo es incapaz de normar.

Desde la construcción de espacios locales de participación es necesario hacer notar que el consejo de usuarios no es el único actor colectivo dentro del dispositivo de participación; hay otras instancias asociativas y comunitarias que también hacen parte de la participación en salud. Es el caso de los grupos de autoayuda que se ubican entre el dispositivo terapéutico y el de participación. Estos grupos tienen un origen diferente a los Consejos de Usuarios situándose mucho más cerca de las experiencias de salud y de enfermedad de las personas. “En el grupo de autoayuda hay una

reconstrucción de vínculos colectivos, una lógica de apoyo mutuo desde la experiencia” (Curiante como se citó en OEUS, 2017, p. 23). En esta misión los grupos profesionales pueden cumplir un rol importante asumiendo, inicialmente, el rol de animadores de talleres, pero delegando autonomía hacia los participantes a medida que el grupo se desarrolla (OEUS, 2017). Estos espacios comienzan siendo terapéuticos, pero no se orientan exclusivamente a la cura o a la sanación en términos biomédicos, sino que llegan a intervenir en los vínculos colectivos bajo la lógica del apoyo mutuo. Esto representa otra forma de ejercer ciudadanía, desde abajo, desde el trabajo relacional en un colectivo que poco a poco va llevando el trabajo clínico hacia el ámbito de los derechos en salud, desarrollando así un ejercicio de reflexión y de praxis ciudadana a nivel local. Si las demandas de autonomía se canalizan generalmente a través de reivindicaciones de orden político hay un aspecto epistémico importante de considerar.

« Tout au long de leur histoire, les associations ont exprimé non seulement des revendications identitaires et politiques, mais aussi des revendications épistémiques visant à faire reconnaître leur expérience comme une forme d’expertise nécessaire à la compréhension de la situation des personnes. Ces revendications épistémiques vont s’exprimer de façon plus forte encore avec l’émergence d’associations de malades ou d’usagers qui s’engagent résolument dans des activités liées à la production et la diffusion de connaissances sur leurs maladies ou leurs conditions et se trouvent en prise directe avec le monde de la recherche et des chercheurs » (Rabeharisoa, 2010, p. 461)

Este tipo de participación permite un regreso reflexivo sobre la experiencia de los pacientes y a la vez trae un nuevo sujeto a escena: el investigador y la universidad, quienes tienen el potencial de apoyar y acompañar los procesos ciudadanos de participación en salud dándole consistencia teórica a la intervención además de una nueva investidura simbólica posible de usarse en distintos dispositivos.

Algo que caracteriza a los dispositivos de participación son sus adaptaciones locales. Dada la falta de homogeneidad de la implementación de la política de participación se abren múltiples espacios para que sean los propios profesionales, en su relación con los usuarios y dirigentes comunitarios los que definan los contornos de las iniciativas de participación. Las redes, grupos y organizaciones de usuarios están siempre, en algún punto, conectadas con los profesionales de la salud o de la administración pública. Es más, en esas conexiones se juegan las posibilidades que tienen de incidir

en las agendas de las políticas públicas en Chile (Delamaza et al., 2012). El dispositivo de participación es opaco hacia la política pública de salud, es decir no tiene conductos definidos y tiene el techo de ser consultivo. Ya recorrimos el camino de la frustración que esto produce, sin embargo, hay otros caminos en los que se encauzan la subjetivación de quienes participan.

Si bien los sujetos no encuentran en la participación en la gestión de la salud pública recursos para constituirse como *ciudadanía en salud* o para modelar los programas de salud que a ellos mismos utilizan, si lo hacen para sus vidas cotidianas. En este punto es esencial comprender algunas particularidades de la relación entre individuos e instituciones que se evidencia en sociedades latinoamericanas como la chilena. Como hemos señalado anteriormente, la individuación en Chile no correspondería al modelo de individuación institucional, que impera en las llamadas sociedades modernas occidentales, sino a un *individualismo agéntico* (Araujo & Martuccelli, 2013). En el desarrollo de habilidades para lidiar con su vida cotidiana los usuarios del sistema de salud estarían encontrando recursos en las iniciativas de participación a las que se les invita. Para decirlo directamente: si bien estas instancias no los llevan a posicionarse en el espacio público si les ayudan a reposicionarse en el espacio íntimo, a través del desequilibrio entre los roles que se les atribuye en las actividades de participación con aquellos que se les atribuye en sus espacios cotidianos. Esto es particularmente palpable con personas de la tercera edad y con mujeres, que son, dicho sea de paso, los que más participan en las instancias formales del sistema de salud.

Lo que las fuerzas dispositivas hacen es una adaptación ad-hoc de la idea de ciudadanía dentro de los márgenes institucionales, en otras palabras, lo que hace es transformar al ciudadano en usuario. Al coartar la voz de los participantes, dicha subjetivación traslada la praxis ciudadana hacia un espacio relacional que ve con cierta distancia las decisiones de la política pública. La noción de ciudadanía cambia en función de la manera de operar del dispositivo de participación. Frente a esta idea resulta pertinente lo que señala Araujo cuando plantea que hay que remirar las ideas de individuo y democracia en Chile (2018). En el proceso de ciudadanización en Chile el ideal normativo de la igualdad ha tomado como escenario de expresión las interacciones cotidianas. *“A través del modelo neoliberal los individuos han ido reforzando su confianza en ellos mismos y sus capacidades para realizar quejas y demandas que no son necesariamente canalizadas hacia formas políticas”* (Araujo, 2018). En este sentido, ir al médico, al hospital o a cualquier instancia de participación en salud posiciona al trato recibido, a la interacción, como un escenario de evaluación democrática. Esto

corresponde a una apropiación de capacidades ciudadanas, desde una óptica microsocial de los sujetos inmersos en sus relaciones sociales al interior de los dispositivos institucionales.

En este ámbito micro el dispositivo acondiciona la comunicación, el proceso de intercambios lingüísticos, interviniendo directamente en el decir y en el escuchar de los participantes. Esto lo realiza, por ejemplo, desde el modelo de la deliberación que no encuentra bases en la experiencia cotidiana de los participantes, sino que se impone desde una posición racional exterior. De esta forma ofrece posiciones subjetivas incómodas para dirigentes y usuarios. Sin embargo, las resistencias a dicha acción dispositiva no se hacen esperar y la incomodidad es devuelta al mismo dispositivo, lo que es especialmente perceptible por los profesionales que en él trabajan. Una de estas manifestaciones es el compartir el malestar en el propio dispositivo articulando un discurso de la queja. Una queja que se deja oír en múltiples espacios de participación y que, si bien está cargada de desazón, es también una resistencia silenciosa, un complot contra el propio dispositivo que busca legitimar la acción pública en función de la colaboración entre dirigentes y funcionarios. La queja mantiene visible el descontento, pero es una modalidad subjetiva compleja de manejar incluso para quien la presenta.

Esta versión de los apoyos subjetivos que el dispositivo de participación puede proveer a quienes entran en su espacio normativo implica una doble renuncia. En primer lugar, la renuncia a una participación grandilocuente y transformadora de la gran política desde la movilización de fuerzas sociales; en definitiva, la renuncia al sujeto histórico. En segundo lugar, la renuncia a la falacia de la democracia liberal, en la que los ciudadanos se encuentran como iguales en capacidad de desarrollar un proceso deliberativo y asociativo que permita un control social de la acción pública o un perfeccionamiento de las políticas públicas como dispositivos técnicos. Esta cara del dispositivo de participación se encuentra más bien en las capacidades relacionales que empujan al sujeto hacia los márgenes de otras fuerzas dispositivas presentes de forma simultánea en sus vidas tanto como pacientes, vecinos, mujeres o adultos mayores.

III. LAS ARENAS DEL SUJETO EN LA SALUD PÚBLICA

a. Una forja en la relación

Una característica importante de la subjetivación en la salud es el carácter relacional que liga experiencias, trayectorias e intervenciones en las que están involucrados distintos sujetos de la salud como los hemos descrito hasta ahora. Si bien hemos abierto ya la reflexión sobre la relación nos parece adecuado profundizar en este concepto dada su centralidad en la forma en que se ejerce y se subvierte el poder en la teoría de la subjetivación que presentamos.

Como lo hemos manifestado, la salud pública es un espacio dentro del que el poder se manifiesta a través de distintas fuerzas dispositivas. La expertise, la autonomía, la dependencia o la formación, sin ser las únicas, son dinámicas sociales que caracterizan encuentros y desencuentros en y entre los sujetos de la salud. Nuestra hipótesis al respecto es que estas fuerzas contribuyen a forjar a los sujetos de la salud, tanto individuales como colectivos. Sin embargo, es necesario apuntar que estas fuerzas modeladoras actúan desde la relación como medio de intervención. Como señala Demailly

« Les formes historiques du pouvoir s'accumulent sans s'évanouir. Dans les maillages du pouvoir, aux disciplines (non disparues), aux traitements du biopouvoir (toujours actif et indispensable), se superpose une troisième technologie de pouvoir. Cette dernière, l'intervention, est essentiellement relationnelle et passe par des formes de travail, d'intérêt, des savoirs et savoir-faire, des acteurs spécifiques et des mots (un langage) particulier » (2008, p. 356).

Lo que hace Demailly (2008) es poner al centro del ejercicio del poder a la intervención, como una nueva tecnología social basada en el aspecto relacional. Este ejercicio supone un programa institucional fuerte, que debemos aún corroborar a la luz de nuestro terreno empírico. Lo importante de afirmar en este punto es que si hay algo que comparten los distintos oficios de la salud es la relación, las interacciones sostenidas en el tiempo entre profesionales, técnicos, usuarios y pacientes. Trabajar en salud equivale a realizar un oficio relacional. Como señala Périlleux, estos trabajadores *hacen de la relación una herramienta y un objetivo de la intervención* (2016). El trabajo relacional tiene efectos concretos en la configuración subjetiva tanto de quienes lo reciben como de quienes lo

realizan. En la relación también resuena la tensión que venimos presentando entre libertad y control, de cuya combinación emergen distintos modos de subjetivación en el campo de la salud.

No obstante, la relación es algo esquivo, como lo ha evidenciado Ravon para el caso de los trabajadores sociales (2016). La presencia, el estar disponible y prestarle atención al otro, a quien acude a un servicio público, no está garantizado. Como hemos revisado, hay una lógica gestionaía que vuelca la acción profesional sobre resultados evidenciables y deja en una constante estrechez de tiempo al encuentro entre profesional y usuario (Ravon, 2016). Establecer y mantener la relación es algo que lleva al límite de las normas institucionales a los sujetos. “Comme la confiance, le travail relationnel n’est jamais donné mais se gagne à l’épreuve de la réalité de la relation elle-même” (Ravon, 2016, p. 39).

Los oficios relacionales se pueden encontrar en ámbitos como la educación, el trabajo social o la salud en los que hay un mandato de acción sobre otro al cual hay que formar, asistir, curar o cuidar. Fueron descritos por Freud como *oficios imposibles* por estar de cierta forma condenados a un *éxito insuficiente* lo que lleva a Cifali (2019) a interesarse en la construcción de una ética propia para estos oficios. Esta sería una ética que debe aceptar las vicisitudes de la relación en un trabajo que, por un lado, se encuentra siempre en una “difícil posición de autoridad” y por otro no se puede apoyar en certitudes científicas (Cifali, 2019). Esta es una posición ética que no puede oponer el tecnicismo y el humanismo como si no tuvieran zonas grises intermedias.

“Nous sommes condamnés à une conjugaison entre technique et relation et à nous interroger sur notre pratique quotidienne de l’altérité, jour après jour [...] la relation à tout prix peut accoucher d’une ignorance dangereuse et la technique d’une deshumanisation sans parole adressée” (Cifali, 2019, p. 245)

Son las múltiples zonas grises, con delicados equilibrios y caóticos desmembramientos, las que tiene que desafiar la ética de la relación. Como lo dice Cifali (2019), “trabajar la relación implica aceptar lo interminable, sin dejarse caer en la frustración de la impotencia ni dejarse engañar por la certeza de un poder avasallador”. Teniendo esto en cuenta, nos interesa presentar, a continuación, un dominio que se resiste a ser separado de la experiencia; uno en que la palabra, o la voz, se dejan escuchar siempre desde la particularidad de una posición subjetiva.

La centralidad de la palabra

La praxis de los oficios relacionales parece constituirse a través de intercambios o actos lingüísticos. Más que los elementos formales del lenguaje, nos interesa el encuentro del habla de los actores en situación. Según Périlleux (2016) los oficios de la relación comparten dos elementos constitutivos, y que se relacionan entre sí, como son *el uso de la palabra y la consideración por el marco de acción*.

El uso de la palabra está sujeto a la cisura entre libertad y determinación. Siendo un medio que “revela al sujeto” la palabra constituye un medio liberador en la relación con el sí mismo y con el otro. Contiene en sí una “fuerza constituyente”. Los marcos institucionales no son indiferentes a dicha fuerza por lo que en ellos la palabra “peut être retenue, detournée, brisée, rendue inaudible, jusque dans les dispositifs de soin ou d’aide” (Périlleux, 2016, p. 126). No sólo quienes ejercen oficios relacionales se enfrentan a estos marcos que domestican la palabra. Los usuarios o pacientes, con sus particularidades, también están sujetos a ellos, experimentando en primera persona los usos que los funcionarios hacen de la palabra y la presencia de los discursos expertos en ella. Ahora bien, la existencia de estos marcos es importante en la medida en que no sólo determinan sino que, albergan también la “palabra inesperada y transformadora”.

“Le dispositif institutionnel est nécessaire pour instaurer et maintenir la possibilité d’une parole qui ait de la *force de dire*. Il suppose à la fois des « règles du jeu » sécurisantes et du « jeu dans les règles [...] Du jeu est nécessaire à l’usager pour se dégager des identifications qui l’aliènent [...] Du jeu est indispensable au praticien pour se décaler de sa fonction et aménager des issues créatives aux impasses...”. (Périlleux, 2016, p. 127)

La centralidad de la palabra es algo que vamos a tomar también desde su relevancia epistemológica. Son los relatos tanto de profesionales como de usuarios los que dan vida a esta tesis y en ellos se dejan ver cosas que no quedan necesariamente a la vista durante sus intervenciones, durante sus encuentros. El relato es un lugar en que el sujeto se construye, en el que le da sentido a aquello que en la praxis se le escapa o se le niega.

“Le travail en train de se faire n’a pas le monopole du réel, car il ne donne pas à entendre le travail qui ne se fait pas mais qu’on imagine, celui que

l'on médite mais qui ne s'affiche pas, l'action empêchée, l'action contrainte et l'action potentielle." (M.-C. Doucet, 2016, p. 20).

Esto nos permite ampliar el dominio de la relación hacia donde el sujeto la medita. Lo que queda implícito en la praxis puede ser rastreado en los relatos que se hace de ella (Doucet, 2016). Esto nos recuerda que el dispositivo clínico (Périlleux, 2019), aquel que permite un ejercicio de auto-subjetivación a través de la palabra, puede ser negado por la institución. Su existencia queda en manos de quienes logran mantener vivas la palabra, la escucha y las emociones, tanto para estar conectados durante la praxis como para regresar a ella después, en un ejercicio reflexivo.

"Il est vrai cependant qu'une lucidité nous manque souvent quant à la détermination institutionnelle de nos actes. Une institution peut aujourd'hui comme hier nous empêcher de penser et puis se plaindre d'une mauvaise qualité de nos gestes" (Malherbe como se citó en Cifali, 2019, p.276)

Esta tesis recorre algunas de estas posibles determinaciones institucionales, proponiendo una lectura de ellas en tres dispositivos que norman tanto la praxis como la palabra. Si el sujeto guarda un espacio para jugar con las reglas que le son impuestas, no lo hace sin perderse. El terreno que pisa no es firme y el juego es siempre una batalla. Creemos que lo furtivo, esa capacidad de desplazarse al margen de las reglas, subrayada por de Certeau, se ve siempre enfrentada a peligros que llevan al sujeto a recorrer los dispositivos a tropezones. Sus titubeos y sus puntos de apoyo se conjugan en tres verbos que nos parecen centrales en la idea de relación.

b. Decir, escuchar y sentir

El decir, o la enunciación, es en primer lugar una unidad de análisis dentro de esta tesis. Esto bajo la premisa de que el sujeto se presenta en su relato, a través del habla, de diversas maneras. El habla en sí misma es una apropiación que realiza el sujeto de la lengua como sistema de reglas (Benveniste, 1970). "Il énonce sa position de locuteur par des indices spécifiques [...] Toute énonciation est, explicite ou implicite, une allocution, elle postule un allocutaire" (Benveniste, 1970, p. 14). El habla supone a un otro, frente a quien se desarrolla la postura del sujeto; lo que por cierto tiene un efecto en las formas que este va a desplegar, en otras palabras, su relato va a tomar un cierto carácter intentando llegar a otro con cierto propósito.

El decir se constituye entonces como una situación de diálogo entre quien habla y quien escucha. Esta se representa en múltiples escenarios de la vida cotidiana de los sujetos, tal como nos lo han manifestado nuestros entrevistados en base a sus experiencias de atención y participación en la salud pública. Sin embargo, dentro de la investigación debemos considerar un carácter especial para esta situación de dialogo que se viste de situación de entrevista.

La situación de entrevista supone dos posiciones que se alternan entre el decir y el escuchar, se retroalimentan en un juego de intercambios. Es necesario apreciar los efectos que genera la excepcionalidad de la situación de entrevista para los sujetos: si bien, se pudiera asemejar a situaciones que los sujetos experimentan en su diario vivir, la situación de entrevista rompe con la no problematización de la vida cotidiana de los sujetos, lo que activa otras disposiciones en ellos.

“Ce qui parle ne se limite pas à livrer des informations : en s’engageant, il entre dans un travail sur lui-même, pour construire son unité identitaire, en direct, face à l’enquêteur, à un niveau de difficulté et de précision qui dépasse de loin ce qu’il fait ordinairement” (Kauffman, 2011, pp. 60–61)

Reconocer los efectos de la situación experimental sobre el habla de los sujetos nos debe poner en alerta ante su distancia epistemológica con la vida cotidiana, pero no nos debe hacer creer que nos encontramos frente a un abismo epistémico. Como decíamos, muchas situaciones de la vida cotidiana son modeladas en función de sacar a los individuos de sus interacciones ordinarias, especialmente aquellas acondicionadas por marcos institucionales fuertes como es el caso de la salud pública. El box, como espacio protegido de consulta, de encuentro entre profesional y paciente, tiene el potencial de habilitar un decir y una escucha que la configuración de la vida cotidiana muchas veces niega.

El decir y escuchar hacen parte también de diferentes matrices de la teoría de la subjetivación. Como veremos a continuación, desde una postura de dominación u opresión del sujeto, se ubicaba al decir como una capacidad que debía ser conquistada por un sujeto colectivo.

“No existe [...] en la teoría dialógica de la acción, un sujeto que domina por la conquista y un objeto dominado. En lugar de eso hay sujetos que se encuentran para la pronunciación del mundo, para su transformación” (Freire, 2015, p. 215)

Freire plantea dicha posibilidad de comunicación sin distorsiones, como una situación deseada para la transformación de la realidad. Bajo su perspectiva, hay que liberar la pronunciación, o el decir, de ciertas patologías que lo hacen inauténtico, o lo mantienen sumergido en la lógica de la dominación. Bajo esa lógica el sujeto no encuentra su vocación de ser, siendo la pedagogía del oprimido una herramienta para que él pueda “problematizar su propia opresión” (Freire, 2015).

Freire nos permite otorgar un sitio para la palabra, para el decir, en el proceso de subjetivación. Este proceso lo hemos entendido desde una visión foucaultiana donde la idea de liberación es, por decirlo menos, difusa. Esa difuminación la hemos explorado a través de los matices que Michel de Certeau introduce en la forja del sujeto dentro de la matriz foucaultiana (de Certeau, 2000). Nuestra intención es introducir “el decir” como un elemento dentro de la forja relacional del sujeto. Así, con Freire encontramos una visión que nos permite vincular el decir con una dialogicidad que permitiría problematizar el mundo, bajo una lógica de colaboración entre los sujetos.

“Es que la confianza, aunque base del dialogo, no es un a priori de este, sino un resultante del encuentro en que los hombres se transforman en sujetos de la denuncia de mundo, para su transformación” (Freire, 2015, p. 218).

La potencialidad del decir para la subjetivación estaría dado por ese encuentro en la “denuncia del mundo”, esto desde la posición del oprimido y la de quien busca liberarlo, que son las que analiza Freire.

Por su parte Appadurai, examina una relación entre el decir, o la noción de “voice” que toma desde Hirschman, y la cultura de la pobreza (2004). Su enfoque se orienta a tomar en serio la “capacidad de voz” dentro de la acción pública en contextos de alta inequidad. Esto nos ayuda a reinscribir nuestro objeto de estudio en el marco de la acción pública, dentro del que los profesionales de la salud reciben un mandato de intervención, sin prestar atención (muchas veces), o sin tener las posibilidades de detenerse, en la reflexión sobre el lugar que los programas de intervención le asignan a los usuarios. En este marco, la “capacidad de voz”, es decir la capacidad para poner en el espacio público temas de interés propio (Appadurai, 2004), cobra gran relevancia en nuestro cuadro de investigación a través del dispositivo de participación que gira entorno a esa capacidad. Sin embargo, la operación de este dispositivo está lejos de generar las condiciones para que la participación pueda modificar las estructuras de la subjetivación en la salud pública. Como dice Appadurai,

“the capacity for voice [...] is the only way in which the poor might find locally plausible ways to alter what I’m calling the terms of recognition in any particular cultural regime” (Appadurai, 2004, p. 66).

La aspiración a modificar el reconocimiento societal desde una posición cultural implica no tan sólo una comprensión de la propia posición sino también la movilización de una demanda. Si Appadurai vincula el decir con ambas cosas, nuestro camino es más lento por dos razones: en primer lugar partimos no sólo desde la experiencia de ser ciudadano (o de ser excluido de esa condición) sino también de la experiencia terapéutica de ser paciente que, como se ha evidenciado, puede llevar al sujeto que padece a permanecer en silencio a pesar de tener muchas demandas, deseos y preferencias (Habraken et al., 2008). En segundo lugar, la modificación que plantean tanto Appadurai como Freire, por distintos caminos, es de la matriz societal. No obstante, como veremos ahora hay un camino distinto de subjetivación que se realiza dentro del poder, según la formulación foucaultiana. En esta área el decir no tiene pretensiones de una transformación en la forma de denuncia de un orden de dominación, bajo la lógica del sujeto histórico, sino que responde más bien a una “táctica” subjetiva de fuga hacia los espacios donde el poder es más ligero. Esta disposición subjetiva afecta el orden social bajo una lógica distinta a la de la transformación: reconociendo que hay espacios borrosos de dominación, y no hay un claro horizonte de emancipación, la pregunta se vuelca hacia el sujeto, hacia los procesos de subjetivación.

El decir encuentra en el pensamiento de Michel de Certeau un lugar de importancia. En la cultura popular¹² se presentan casos de resistencia al orden social fuertemente instituido a través de la generación de espacios diferentes o “utópicos”.

“...los relatos de milagros son asimismo cantos, pero graves, relativos no a levantamientos, sino a la denuncia de su represión permanente. Pese a todo ofrecen la posibilidad de un lugar inexpugnable, pues se trata de un no lugar, de una utopía” (de Certeau, 2000, pp. 21–22).

En la idea de “uso”, central en el pensamiento de De Certeau, el decir adquiere una dimensión subjetivante que se contrapone al dispositivo como

¹² En específico de Certeau toma el caso del noreste brasileño de los años 70, pero su obra está llena de referencias empíricas de los usos populares de sistemas de reglas impuestas.

sistema normativo; en su inmediatez el decir tiene la potencialidad de subvertir el espacio institucional.

Sin embargo, la inexpugnabilidad de dicho espacio no está asegurado. De Certeau lo plantea desde la “cultura popular”, es decir desde una posición subjetiva forjada. Comprendemos que uno de los objetivos de todo dispositivo es normar el decir, darle cabida en formas institucionales, lo que genera una tensión con los “usos populares” que ese mismo dispositivo encuentra. El decir normado es uno de los dominios de la expertise como validación social de un discurso que se posiciona en el habla recubriéndola de “conocimiento”. El decir tecnificado se apega a los conceptos racionales de una disciplina, de un saber experto. En esa modalidad forja a la vez al experto y a su contraparte, el no experto.

Sin embargo, de Certeau no observa el fenómeno a distancia. Su acercamiento lo lleva a reconocer la misma dinámica entre dispositivo y sujeto en el dominio de la ciencia social, específicamente en la manera en que esta analiza el “decir”, al privilegio que le otorgan a las estructuras del discurso y en el “dejar de lado lo que no puede arrancarse de raíz de una sociedad: maneras de utilizar las cosas o las palabras según las ocasiones” (de Certeau, 2000, p. 25). Si bien en esta investigación usamos los relatos como unidades de análisis, el análisis de la enunciación que hacemos se orienta precisamente a revelar el uso particular que cada sujeto hace de su relato, siendo por ese motivo importantes los giros literarios, las expresiones particulares, entre otros indicadores que nos acercan al sujeto que se muestra a través de su habla. El valor epistemológico del decir, entendido como habla, es fundamental si no queremos replicar las mismas operaciones que silencian a los sujetos en el orden social de la salud o, al menos, a reconocer nuestras limitaciones en ese ámbito.

Es momento de vincular el decir con la escucha como fenómenos modeladores de la (inter)subjetividad.

« L'écoute fait exister pour les partenaires ce qui n'était pas donné avant leur rencontre. Elle est susceptible de produire une pensée (un savoir) qui n'est pas du côté des chercheurs mais bien du côté des sujets concernés, parce qu'ils se sont saisis d'une occasion de parole qui se transforme en récit et donne forme à l'expérience » (Périlleux, 2019, p. 203)

Una postura clínica de esta naturaleza hace suya la escucha como principio epistemológico, como principio ético. Su fundamento reside en la posibilidad que abre hacia la formación de la experiencia como señala Périlleux. El

momento de relatar es crucial para el sujeto quién se apropia de un espacio narrativo que, recorriendo la propia escucha y la de otros, regresa hacia el sujeto reafirmando su posición en el mundo. Al igual como señalábamos para el decir, el escuchar está lejos de estar asegurado. La misma clínica como arte y disciplina mantiene una batalla interna en cuanto a su capacidad de escucha: nuestro objeto de estudio, el mundo de la salud pública, podría bien ser un ejemplo paradigmático de ello. La posibilidad de implementar un dispositivo de carácter clínico va asociada a ciertos principios dentro de los que destaca que el decir y el escuchar se alleguen a la “experiencia viva de sus participantes” (Périlleux, 2019, p. 203).

No obstante, Foucault ilustra cómo es que la mirada médica se constituye como una clínica de la enfermedad (2003), alejada de una clínica del sujeto que venimos describiendo. La mirada se impone como premisa de conocimiento subsumiendo el decir y el escuchar a una lógica que les es ajena. La medicina coloniza al hospital, medicalizándolo y racionalizando la medicina. En lugar de acondicionarse como un dispositivo clínico (en el sentido de Périlleux), el hospital se acondiciona, bajo el modelo del hospital militar, como un dispositivo disciplinario (Foucault, 2001c, p. 514). Si bien Foucault caracteriza la clínica como “una dimensión esencial del hospital”, él la entiende como la “organización del hospital como un lugar en el que se forma y se transmite un conocimiento” (Foucault, 2001c, p. 521). Si en ese hospital hay cabida para la escucha es como medio que posibilita la clasificación, el registro de lo singular en lo universal, en la enfermedad que la institución reconoce. El hospital, como señalaba Foucault, hace emerger al individuo como “objeto del saber y de la práctica médica” (Foucault, 2001c, p. 521). La mirada médica tomaba el habla del paciente como un objeto más dentro de su sistema clasificatorio, bajo la modalidad del interrogatorio.

En el modelo de interrogatorio de Pinel que destaca Foucault, la mirada y el lenguaje alternan posiciones. Sin embargo, si la escucha del médico interviene es para atender al habla de la enfermedad en los síntomas y hábitos del enfermo. Finalmente, el decir es reservado al profesional quien acuña un conocimiento y emite una prescripción (Foucault, 2003, p. 155). Esta dinámica dispositiva cerca el conocimiento, codifica el decir y el escuchar y se reserva la enseñanza de dicho lenguaje. En el mismo acto, el decir y el escuchar se alejan de los espacios vitales, significativos para los sujetos.

“La descripción en la medicina clínica, no tiene por sentido poner lo oculto, o lo invisible, al alcance de los que no tienen acceso a ello, sino hacer

hablar lo que todo el mundo ve sin verlo, a los únicos que están iniciados en la verdadera palabra.” (Foucault, 2003, pp. 159–160)

A pesar de las transformaciones de la clínica en la relación terapéutica, la escucha se ha desarrollado también a partir de otros dispositivos que se acoplan a la intervención de salud pública como son la participación y la relación de servicio. Dentro de esta última, la idea de “satisfacción usuaria”, es decir la evaluación por parte del usuario del servicio recibido, abre un espacio tecnificado del decir y del escuchar. Esta tendencia que viene influenciada por la nueva lógica managerial de los servicios públicos, pone en aprietos a los profesionales del dispositivo de servicio encargados de dar cuenta del nivel de satisfacción usuaria al cifrar el habla de los usuarios y perderse en planes de mejora. Innovaciones en este ámbito han llevado, en algunos dispositivos del sistema público de salud chileno, a hablar de “experiencia usuaria”, en un intento por movilizar el habla de los usuarios dentro de la gestión pública.

El cuadro del decir y del escuchar, en términos de la subjetivación que proponemos aquí, no está completo sino atendemos al sentir como el espacio intersubjetivo de las emociones, tomado como operador metodológico y teórico. Distintas vertientes del sentir lo transforman en una noción epistemológica importante en nuestra investigación. En primer lugar, como operador metodológico, es decir, como indicio de “los elementos vitales de la sociedad”¹³ o los rastros del sujeto que habla. El sentir del sujeto deja a la luz las experiencias significativas, las que lo desafían, lo aquejan, o lo regocijan. En ese sentido la noción de desafío (epreuve) cobra relevancia al revelarnos, a través del sentir del sujeto, los mecanismos modeladores de los dispositivos sociales. La acción dispositiva es sentida por el sujeto quien la pone en su relato como puntos de tensión llenos de sentimientos encontrados de distinta naturaleza.

“Le sujet est tout d’abord désir, de vivre, de jouer, de jouir. Sur ce registre, il cherche le pouvoir et la reconnaissance, l’amour, et la possession. Pour obtenir tout cela il est dans la demande, la séduction, mais aussi dans l’agression [...] Être désir, il est aussi, concomitamment, refoulement et inhibition. Assailli d’angoisses devant sa non-toute-puissance, il met en place des défenses pour accepter ce qui freine l’avènement de ce à quoi il aspire. Je vis, je veux, j’aime, dit-il, mais il ajoute, tout aussi fréquemment,

¹³ Como era subrayado en la declaración de la fundación del “Collegue de sociologie” en 1937 (de Gaulejac, 2007)

je souffre de ne pas vivre, vouloir et aimer comme je l'espère." (Herreros, 2007, p. 139)

Si el sujeto se muestra a través del sentir este último hace parte de su proceso de constitución como lo muestran algunas aproximaciones teóricas y empíricas de las experiencias de la exclusión y del enfermar que revisaremos someramente a continuación.

En esta vertiente el sentir se puede relacionar tanto con el dolor físico, como con el sufrimiento psíquico. En el primer caso estamos frente al ámbito de la sintomatología de la enfermedad, lo que ocupa una vasta región de la experiencia de los pacientes con enfermedades crónicas y de los profesionales que se movilizan a través de las distintas formas que adopta su misión: cuidar, sanar, acompañar, etc.

"Living with serious illness and disability can catapult people into a separate reality—with its own rules, rhythm, and tempo. Time changes—drastically. A once calm day with a smooth schedule or a taken-for-granted routine now teeters with ups and downs. A "good" day permits an even schedule and is savored. A "bad" day forces attending to immediate needs and may be dreaded. Good days and bad days lend new meanings to the present and future and shade memories of the past. Illness can become an odyssey to unfamiliar emotional and social terrains filled with passion, pain, and renewed purpose." (Charmaz, 1991)

La forja del paciente, en especial aquel aquejado con una enfermedad crónica, se realiza en todo el espectro de la vida cotidiana a través de los sentimientos de "sentirse bien" o "sentirse mal" y las consecuencias prácticas que ello desencadena en el día a día de los pacientes, tal como lo señala Charmaz. Por otra parte, el dolor psíquico, remite al sentir como sufrimiento social, vinculado sobre todo con la exclusión social como modalidad contemporánea de la cuestión social (Fassin, 2006). Hay dos cosas interesantes en esta formulación de Fassin: en primer lugar, vincula el sentir con la escucha. La experiencia de vida de la falta de vínculo social remueve la formulación de la cuestión social dejando al descubierto la idea de sufrimiento psíquico. Este, en lugar de caracterizar, una posición subjetiva aislada caracteriza una relación entre "los excluidos" y los trabajadores del sector social.

"Loin de reprendre l'idée d'une séparation du monde social entre exclus et inclus, cette lecture permet au contraire de montrer que tous souffrent,

le chômeur comme l'assistante sociale, le jeune de banlieue comme le policier". (Fassin, 2006, p. 143)

Esta ética de la relación permite comprender un modo de subjetivación horizontal, pero que se mantiene dentro de los márgenes institucionales. La respuesta institucional no se hace esperar, acondicionando espacios de escucha para ese sufrimiento (Fassin, 2006). Esta es justamente, la segunda característica que retendremos de esta formulación: una relación que desde el sentir abre una relación de escucha, lo que representa una psicologización de la acción pública. Al ser incorporado por la institución en distintos dispositivos esta escucha pierde su intimidad y corre el riesgo de ser rutinizada, perdiendo su potencial de creación de lazo, y dejando al descubierto la incierta posibilidad de encauzar institucionalmente el sufrimiento de los excluidos para darles respuesta más allá de la propia escucha.

Hemos identificado en los relatos de los entrevistados lo angustiante que puede resultar la negación de la escucha, a pesar del reconocimiento institucional que esta ha recibido. La falta de herramientas para escuchar nos lleva de regreso a las emociones negativas de quienes sacan la voz, especialmente en los dispositivos de participación. En la clásica estratificación de la participación en niveles, Arnstein conceptualiza esta realidad como un nivel de "terapia" que en lugar de buscar la participación de las personas busca "curarlas en función de los intereses de las autoridades" (1969, p. 2). Nuevamente la ofuscación, como emoción fuerte, puede aparecer en las personas motivada por una falta de realización de los fines promovidos por la institución. Aún más, al ser los dispositivos institucionales parte de la vida cotidiana de los sujetos estos mismos desencadenan en ellos procesos emocionales fuertes como, por ejemplo, lo ha identificado empíricamente Hernández, bajo la idea de "agravios" que el Estado hace, en ocasiones, sobre los ciudadanos en los ámbitos de la salud y de la justicia en México (2019).

Hemos vinculado el sentir con aspectos emocionales, sobretudo de orden negativo como son el malestar o el sufrimiento, tanto psíquico como físico. Esto lo hemos analizado desde el punto de vista de la experiencia del sujeto, es decir de quien siente. Sin embargo, es importante verlo desde un nivel más general ya que nos permite enmarcar el sentir en procesos sociales. En esta línea, los "modos de reconocimiento mutuos" que propone Honneth (2000) nos parece que aportan claridad para diferenciar y poner en su

contexto distintas formas de reconocer al otro, entre las que nos merece un especial interés aquella que él llama “estima social”.

Articulando investigaciones de Hegel y de Mead, Honneth propone tres modos de reconocimiento, los que corresponden al amor, el derecho y la solidaridad. El sentir, como lo hemos analizado hasta aquí, por supuesto que se relaciona con el orden afectivo. Esta dimensión Honneth la vincula con el amor, es decir con relaciones primarias del orden familiar y de amistad, lo que pudiera resultar relevante en el marco de nuestra investigación si pensamos en el momento biográfico de los usuarios acechados por la soledad de la tercera edad. Sin embargo, en el marco de nuestra investigación sobre la subjetivación en los dispositivos de la institución sanitaria, nos parece mucho más pertinente remitirnos a otro “modo de reconocimiento mutuo” como es la solidaridad.

« De la reconnaissance de la personne en tant que telle, l'estime se différencie avant tout par le fait qu'il ne s'agit pas dans ce cas d'appliquer empiriquement des normes universelles, intuitivement connues, mais d'évaluer d'une manière graduée des qualités et de capacités concrètes » (Honneth, 2000, p. 192).

Esta evaluación de las “cualidades y capacidades” del otro nos parece ser un componente importante de cualquier relación intersubjetiva. El sujeto se representa al otro en función de esta evaluación que hace de él. Por supuesto que esto no se hace en el vacío sino en medio de una serie de mecanismos de adquisición de estatus, honor o consideración. Las posiciones subjetivas ofrecidas al consumo, según la formulación de Certeau, son modeladas por las fuerzas dispositivas de tal forma de otorgar estima social a quien las ocupa. Las tácticas que los sujetos despliegan a la hora de enfrentar las fuerzas dispositivas, en este sentido, intervienen también en estos mecanismos de la adquisición de la estima social. Por supuesto que cada dispositivo tiene sus propios mecanismos de atribución de estima, así como de la validación de las estimas extranjeras. No pretendemos entrar en la profundidad del análisis del reconocimiento de Honneth, pero es importante remarcar como el sujeto adquiere un posicionamiento especial en la sociedad contemporánea que lo habilita a intervenir en los procesos de atribución y de reconocimiento de la estima a nivel societal.

« Pour la première fois, il s'agit de savoir si la considération sociale dont jouit une personne doit être mesurée à la valeur prédéterminée de qualités qui sont attribuées, de manière typique, à des groupes entiers. Désormais

le sujet entre, comme une grandeur dotée d'une histoire individuelle, sur le terrain disputé de l'estime sociale ». (Honneth, 2000, pp. 212–213).

Es por esta razón que la relación comienza a ser un escenario de evaluación ética importante dentro de las instituciones que ya no garantizan la resolución del estatus y de los dilemas éticos, como señalaba Dubet. Vemos como el sentir está atribuido de forma jerárquica en la modernidad, pero dicha atribución se ve resquebrajada en la modernidad tardía. El discurso de la libertad y ciertas prácticas, aunque limitadas, van estableciendo un dominio de evaluación intersubjetiva de la estima social que cada sujeto debe manejar en su mundo cotidiano. Lo que experimentan los sujetos es la tensión entre ambas formas de atribución de la estima social, aquella basada en el honor por el hecho de pertenecer a un grupo social reconocido, y aquella que es otorgada por los sujetos en función de sus valores y juicio ético. En consecuencia, el sentir lo entenderemos bajo estas tensiones que, en el contexto de la institución, es decir en las relaciones terapéuticas, de servicio y de participación, adquieren matices que se pueden identificar en los relatos tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud.

IV.DISPOSITIVO METODOLÓGICO

Pregunta de investigación

¿Cómo es que las relaciones terapéuticas, de servicio y de participación, en el contexto de cambio de la atención de salud, influyen en la constitución de profesionales y usuarios de la red pública de atención primaria de salud en Chile?

Hipótesis

Los procesos de subjetivación de los sujetos de la salud, en contextos de cambios de la atención, se ven determinados por la posición que ellos ocupan en los dispositivos terapéuticos, de servicio y de participación.

Como versa el subtítulo de esta tesis nos interesamos por la constitución de los sujetos de la salud, es decir por los procesos de subjetivación que viven profesionales y pacientes. Es pertinente recordar, de manera sintética, la justificación de este interés. La salud entendida como un servicio arrastra dificultades crónicas en el acceso a determinadas prestaciones, con una demanda que parece no tener techo y con un deterioro relacional. Esto deja ver malestares a nivel subjetivo como son la pérdida de autonomía para conducir los procesos, problemas de maltrato o violencia interpersonal, entre funcionarios y usuarios, y una deshumanización general de las relaciones entre los sujetos. Se puede afirmar que existe un malestar endémico en el mundo de la salud pública que ya está muy incorporado en las posiciones subjetivas de los sujetos de la salud. Esta tesis corresponde a un esfuerzo comprender lo que ocurre aguas arriba, es decir, cuáles son los mecanismos mediante los cuales los sujetos de la salud se forjan frente a los cambios de la política de salud, para poder comprender de mejor forma cómo es que los cambios pueden ser emprendidos sin que se conviertan ellos mismos en nuevas fuentes de malestares.

Los cambios, reformas, innovaciones u otros, han sido frecuentes en el mundo de la salud como ya hemos revisado, integrando aspectos de la cuestión técnica y otros de la cuestión social, implicados en la acción estatal

sanitaria. Dichos pulsos dispositivos¹⁴ han sido, en general, implementados desde arriba, desde la posición y del saber del experto, en lo que ha sido la tónica de la acción pública chilena. Esto se ha intentado corregir a través de la institucionalización de la participación, como un intento para equilibrar las visiones y valores implicados en las políticas públicas. Sin embargo, la forma en que esto se ha realizado ha tenido un alcance discreto, a veces contraproducente. La participación como principio de autonomía y de colaboración ha quedado relegada a espacios de escucha o espacios conviviales, en donde otras subjetividades emergen sin acortar la distancia entre los usuarios y las políticas públicas.

Respecto a la posición ocupada por los sujetos, esta comprende tanto determinaciones como tácticas que el sujeto encuentra o desarrolla en las relaciones que establece con otros en el contexto de sus atenciones de salud. Veamos esto con un poco más de detención. Nuestro marco analítico nos ha mostrado como es que los sujetos se encuentran determinados por los dispositivos de la salud pública, terapéutico, de servicio y de participación, al verse enfrentados a distintas fuerzas dispositivas como la formación o la expertise. Sin embargo, un segundo aspecto subrayado por la teoría, es que dicha determinación no es total. Los sujetos, al verse interpelados por fuerzas dispositivas toman posición y conservan un margen táctico de maniobra.

Ahora bien, siendo la salud un ámbito eminentemente relacional, tanto las determinaciones de los dispositivos como las tácticas de los sujetos, van a tender a pasar por la relación, ya sea de forma instrumental u hospitalaria en su consideración por el otro, sea este profesional o usuario. Esto quiere decir que nuestro interés va a estar centrado en caracterizar estos distintos tipos de relaciones, sus tensiones, negaciones y visibilidad en el contexto de cambio de la atención.

Para esto hemos dirigido la mirada hacia un conjunto de interacciones empíricas, que presentan una relativa estabilidad en el tiempo lo que permitiría la emergencia de relaciones. Esta comprende la atención de pacientes con enfermedades crónicas y con la voluntad de cambio que una nueva forma de atender trae. Sin embargo, si los relatos de los profesionales se dirigen directamente a este cambio institucional y lo que representa para ellos, los usuarios nos hablan más bien desde la estabilidad de la forma tradicional de atención. No obstante, ambos desbordan los límites de lo que

¹⁴ Embestidas de las fuerzas dispositivas que modifican los escenarios de acción de los sujetos en términos físicos o normativos.

hemos llamado la relación terapéutica, es decir lo que tiene que ver con el curar y el cuidar, dirigiendo muchas veces la mirada hacia la experiencia de uso y de trabajo en un servicio público, es decir la relación de servicio. Así también, nos adentramos en la relación de participación la que se encuentra formalmente instituida e hibridada en diferentes manifestaciones locales.

Como se deja ver, estas tres relaciones, terapéutica, de servicio y de participación, responden a marcos regulatorios, evaluaciones y prácticas de diferente naturaleza, sometiendo a los sujetos a experiencias de inadecuación. No obstante, el dispositivo de servicio parece ocupar una posición dominante respecto al dispositivo terapéutico y al dispositivo de participación dada su capacidad de delimitar cada vez más los espacios y las prácticas propias tanto de los espacios clínicos, de los espacios de toma de decisiones y de los espacios institucionales de participación.

Una investigación desde la práctica

La aproximación al conocimiento en esta tesis viene dada por su origen anclado en la experiencia de ser profesional en el sistema de salud: estar inserto en dispositivos que reúnen a profesionales con usuarios o a profesionales con pacientes. Desde allí, muchas de esa experiencia pasaban por lo fallido; por una suplantación de los mandatos profesionales por ciertos medios burocráticos de la acción pública, por la continua tozudez en que la expertise construye al otro en su ausencia y por la reproducción de las ausencias en las construcciones de los actores del mundo de la salud. Hemos querido mantenernos fieles a este origen y desarrollar un vínculo distinto con el conocimiento: no nos dirigimos simplemente hacia un saber académico sino a un cruce entre ese saber con uno experiencial. Todos los autores que hemos reunido para darle espesor teórico a esta tesis de alguna manera, que hemos tratado de explicitar, contribuyen a superar la relación academicista con el conocimiento.

La exposición de la estrategia metodológica que se presenta a continuación responde a un trabajo de ensamblaje artesanal tanto *a priori* como *a posteriori* del trabajo de terreno. Creemos que el terreno permite poner a prueba la consistencia de las técnicas en cuanto a su capacidad de arrojar luz a las configuraciones subjetivas en el mundo de la salud pública chilena. Así, hemos entrelazado tres técnicas de producción de relatos y de análisis como

son el autoanálisis, el análisis temático y el análisis de la enunciación para darle profundidad a la caracterización y el análisis de los sujetos de la salud.

Esto lo realizamos de forma episódica desde el año 2019, en el fragor del estallido social del octubre chileno, y con los sonidos de las manifestaciones de fondo en más de una entrevista. Afortunadamente, en la gran mayoría de las entrevistas encontramos un momento y un espacio de relativa tranquilidad, para poder conversar con los protagonistas del mundo de la salud pública. La siguiente ronda de entrevistas tuvo que ser postergada por otro estallido, el estallido sanitario del coronavirus. Estos dos acontecimientos dispusieron un contexto especial para la realización del trabajo de terreno que se volvió cuesta arriba. La cuarentena me obligó a postergar mi viaje a Chile sólo pudiendo tomar el avión hacia fines del año 2020. En ese momento y a principios del año 2021 pude realizar el grueso de los encuentros, con usuarios y profesionales de la Posta Rural Las Vertientes y del Centro de Salud Familiar Villa O'Higgins, ambos del nivel primario de la red de salud pública chilena, algunos encuentros fueron presenciales y otros adoptaron la modalidad on-line que se masificaba a partir de los mandatos sanitarios de confinamiento y de distanciamiento social.

En las tablas que se presentan a continuación se puede apreciar la totalidad de entrevistas realizadas tanto de la Posta Las Vertientes como del CESFAM Villa O'higgins.

Tabla2: Entrevistas realizadas en la Posta Rural Las Vertientes

Entrevistado(a)	N°	Rol	Fecha	Duración	Modalidad
Reunión equipo Gabriela	1	5 profesionales y directora Posta las Vertientes	19/10/2020	00:51:46	On-line
Beatriz y Patricio	2	Coordinación posta y coordinación estrategia de salud integral	26/10/2020	02:00:40	On-line
Úrsula	3	Enfermera	02/11/2020	01:10:16	On-line

Javiera	4	Enfermera, encargada programa dependencia severa	09/11/202 0	00:57:3 8	On-line
Sergio	5	Médico	16/11/202 0	00:55:3 5	On-line
Soledad	6	Trabajadora Social, encargada programa acompañamien to psicosocial	23/11/202 0	01:01:0 0	On-line
Roberto	7	Encargado de participación, kinesiólogo	30/11/202 0	01:00:3 0	On-line
Gladys	8	Usuaría, presidenta Consejo de usuarios	25/01/202 1	01:39:1 0	On-line
Reunión sobre casos concretos	9	2 profesionales	12/03/202 1	01:20:0 0	On-line
Camila	1 0	Usuaría, paciente no crónico	05/04/202 1	01:09:2 0	On-line
Evelyn	1 1	Usuaría, ex presidenta Consejo de Usuarios	07/06/202 1	01:28:0 0	On-line
Rosita	1 2	Usuaría	09/04/202 1	01:05:0 0	On-line
Teresa	1 3	Usuaría	08/04/202 1	00:48:1 9	On-line

Tabla 3: Entrevistas realizadas en CESFAM Villa O'Higgins

Entrevistado(a)	N°	Rol	Fecha	Duración	Modalidad
Claudia	14	Nutricionista, Referente técnico programa del adulto y del adulto mayor	11/2019	01:45:00	Presencial
Valentina	15	Médico	11/2019	00:53:00	Presencial
Rodrigo	16	Terapeuta ocupacional, Encargado de participación, coordinador programa MAS	11/2019	01:02:00	Presencial
Isabel	17	Trabajadora social, profesional de participación	11/2019	00:59:30	Presencial
Santiago	18	Usuario, ex presidente Consejo de Usuario	11/2019	02:32:00	Presencial
Mónica	19	Jefa de sector, Nutricionista	23/12/2020	00:54:00	On-line
Renata	20	Nutricionista	23/12/2020	00:55:00	On-line
Patricia	21	Enfermera	30/12/2020	00:49:20	On-line
Tamara	22	Enfermera	29/12/2020	00:58:08	On-line
Bernardo	23	Médico	30/12/2020	00:53:28	On-line

Luis	2 4	Médico	14/01/202 1	00:57:45	On-line
Daniela y Víctor	2 5	Usuarios, matrimonio	28/01/202 1	01:42:02	On-line
Adela	2 6	Usuaría	21/01/202 1	01:40:36	Presencial
Carlos	2 7	Usuario, presidente consejo de usuario	20/01/202 1	01:35:44	Presencial
Marcela	2 8	Usuaría	26/01/202 1	01:21:06	Presencial
Reunión equipo casos concretos	2 9	4 profesionale s	04/02/202 1	01:20:50	On-line

El contacto con los centros de salud lo realizamos a través de los directores de los centros de salud, a quienes conocía desde el trabajo que realicé en el SSMSO, quienes debían estar de acuerdo para que los profesionales se sintieran en confianza de hablar sobre el trabajo que realizan. En el caso del CESFAM Villa O'Higgins, había trabajado asesorándolos directamente en el trabajo que realizaban en el área de participación social por lo que retomar el contacto con ellos correspondía a continuar una relación que había sido grata en lo humano y en lo profesional. Si bien con la Posta Las Vertientes no existía una relación directa previa, mi ofrecimiento encontró una respuesta muy favorable de parte de la directora que buscaba reforzar el trabajo reflexivo de los profesionales del centro, como ella me lo señaló.

De esa forma comencé a conocer las particularidades organizacionales de cada centro y a ponerme en contacto con los coordinadores de equipo y los profesionales de trabajo directo con pacientes con enfermedades crónicas. Ellos hacían parte de equipos que trabajaban con adultos mayores, pero, a la vez eran parte de otros equipos dentro de los centros de salud, siendo esta multi-pertenencia una de las características del trabajo en equipos de profesionales. El agendamiento de las entrevistas requería que la persona a cargo de las agendas profesionales liberara un espacio para poder realizar la entrevista durante la jornada laboral; nunca se planteó la posibilidad de hacer entrevistas fuera del horario de trabajo con los profesionales. La mayoría de los profesionales conseguían un box en el cuál pudieran estar tranquilos para realizar la entrevista que se extendía por al menos una hora.

Algunos de ellos, que por pandemia les tocaba trabajar de forma remota, hicieron la entrevista desde su casa.

En el caso de los usuarios el contacto fue distinto, correspondiendo más bien a un muestreo en bola de nieve de los integrantes de los Consejos de Usuarios de cada centro de salud. Inicialmente fueron los profesionales encargados del área de participación los que me pusieron en contacto con los usuarios, sin embargo, los contactos más fructíferos fueron los establecidos por los propios usuarios al terminar una entrevista sabiendo los temas que se abordaban en la conversación. De esa forma entrevisté prácticamente a la totalidad de los miembros del Consejo de Usuarios del CESFAM Villa O'Higgins, algunos de forma presencial y otros online. En la Posta Las Vertientes fue difícil encontrar a un Consejo de Usuarios constituido formalmente, siendo más bien una "red de mujeres participativas" a la que tuve acceso, de forma remota, después de un intenso trabajo de búsqueda, llamadas y correos.

A través de las entrevistas realizadas hemos accedido a relatos de la experiencia de ser usuarios y profesionales de la salud pública chilena. La gran mayoría de los entrevistados tenían ganas de hablar de su experiencia, algunos inicialmente dubitativos, otros completamente decididos disfrutando de una oportunidad para hablar en medio de los estallidos sociales y confinamientos. Más allá de las coyunturas, hay un disfrute con la conversación que se concreta en los espacios informales que reúnen tanto a profesionales como a usuarios. Esa informalidad es valorada por todos ya que se sabe que es allí donde muchas de las cosas se resuelven. Los encuentros institucionales en la salud pública chilena están cercados y atravesados por el mundo informal de profesionales y usuarios. La situación de entrevista tiene una formalidad que le es propia, sin embargo, debe movilizar elementos para lograr asemejarse a un espacio informal de conversación. De esa manera, el relato y los juegos de la enunciación cobran riqueza analítica.

Los análisis tienen una primera versión individual en la que cada relato es analizado como una unidad en sí misma, permitiendo acceder a la configuración subjetiva del usuario o del profesional. Enseguida estos análisis se van entrelazando para subir en generalidad en un análisis de la constitución de los sujetos de la salud pública chilena. Esta constitución de sujetos se analizará a partir de los dos centros de atención primaria que serán tomados como dos casos. En cada uno de ellos se darán configuraciones locales tanto de los escenarios como de las políticas de la relación.

El análisis de caso será una de las estrategias para realizar el análisis transversal. No obstante, hay otra manera también de generalizar el análisis y es a través de las figuras de los sujetos de la salud: profesionales y usuarios o pacientes. Estas configuraciones, que se pueden dar a través de estamentos profesionales o tipos de pacientes, nos hablan de algunos elementos transversales de su experiencia en los dispositivos terapéutico, de servicio y de participación. Por supuesto, en estas configuraciones de sujetos estaremos particularmente atentos a lo que se forja en la relación entre ellos, en otras palabras, la relación entre profesionales y usuarios de la salud pública será otro hito del análisis transversal.

A continuación, presentaremos una revisión detallada de cada una de las técnicas de análisis que hemos destacado en este relato sobre nuestra metodología.

a. Autoanálisis de la experiencia de trabajo del investigador

La primera fase en la producción y recolección de material de análisis consiste en un autoanálisis de la experiencia de trabajo del investigador en el Departamento de Participación del SSMSO. Esta experiencia se realizó en torno a los dispositivos de participación en los que los usuarios dejaban ver preocupaciones y malestares vinculados al ámbito terapéutico. En paralelo dejaban ver ciertas discontinuidades entre su identidad como pacientes y su identidad como usuarios. Esto motiva la decisión de tomar, también al dispositivo terapéutico como terreno de análisis. Dentro de la diversidad de interacciones que se dan en estos dispositivos la experiencia de los pacientes con enfermedades crónicas parece prestarse mejor para el establecimiento de un vínculo frecuente, o el menos sostenido en el tiempo, entre un paciente y un centro de salud.

Para valorizar esta experiencia de trabajo dentro de esta investigación es necesario realizar un análisis del propio proceso de subjetivación del investigador como lo señalaba Bourdieu (Legrand, 1992, p. 512). El reconocimiento de la propia posición en la interfaz social de la salud pública chilena puede aportar, en primer lugar, a la construcción de la problemática de investigación, y en segundo lugar a la comprensión de lo que está en juego en las relaciones de participación, y en menor medida, en las relaciones terapéuticas. Seguiremos en lo medular la adaptación propuesta por Legrand (1992) del socioanálisis propuesto por Bourdieu caracterizando la relación

del investigador con los actores y fenómenos involucrados en la investigación.

El investigador producirá un documento que describa su trabajo como asesor técnico en participación ciudadana en salud resaltando aspectos de fuerte involucramiento emocional. Estos se tomarán como síntomas de tensiones en el rol profesional y en la subjetivación. Una vez producido el documento se le solicitará a una antigua colega, que trabaja en el mismo departamento donde trabajó el investigador, de leerlo y realizar sesiones de análisis a partir de las inquietudes y comentarios que ella se formule. Este regreso al relato a través de la interpelación de un tercero permitirá que el autoanálisis adquiera densidad, obligando al investigador a explicitar su reflexión sobre aspectos del trabajo que no le eran evidentes.

b. Análisis temático

El material que hemos recabado desde el terreno corresponde fundamentalmente en relatos. En dichos relatos los sujetos se han referido a una serie de situaciones y realidades, motivados por la pauta de entrevista que les hemos propuesto. Esta pauta ha encauzado la conversación, pero también ha dejado abierta la posibilidad de explorar los temas que espontáneamente han ido aparecido a lo largo de la conversación. Los temas que aparecen en los relatos serán tomados como parte de los procesos de subjetivación, en relación a las posturas de enunciación que adoptan los entrevistados. A continuación, describimos el proceso mediante el cual llevaremos a cabo este análisis.

En términos generales, este análisis opera a través de la identificación de temas y de la documentación de relaciones, como lo señalan Paillé y Mucchielli (2012, p. 236). La identificación de temas, categorías o conceptos, se realizará en un primer momento al interior de cada relato producido en las entrevistas con profesionales y con pacientes. Estos deben ser pertinentes respecto a la pregunta de investigación como, por ejemplo, los que hemos identificado en un análisis preliminar de una entrevista con una coordinadora de equipo y una usuaria. En ellas, emergieron tres categorías directamente vinculadas con la relación entre profesionales y pacientes: sentir, escuchar y decir. Si bien son bastante generales, estas categorías hacen parte de la experiencia vivida de los pacientes y los profesionales en los dispositivos terapéutico, de servicio y de participación. Las posibilidades de análisis a partir de ellas son múltiples pudiendo ser identificadas otras

categorías en su interior, o bien otras categorías en su mismo nivel de abstracción, complementarias o en divergencia con ellas.

La segunda función implica el trazar relaciones y divergencias de forma transversal entre categorías provenientes de diferentes relatos los que se agruparán en función de su pertenencia a colectivos, como son los consejos de usuarios o los equipos profesionales. El análisis temático que proponemos busca mantener un equilibrio entre una naturaleza reflexiva y una cercanía con el material empírico.

La naturaleza reflexiva la entendemos como propia al proceso de análisis que requiere de la interpretación del investigador, que dé cuenta del sentido implícito en el material analizado y también de una postura disciplinaria, teórica y una epistemología post-positivista.

“The aim of coding and theme development in reflexive TA (thematic analysis) is not to “accurately” summarize the data, nor to minimize the influence of researcher subjectivity on the analytic process, because neither is seen as possible nor indeed desirable. The aim is to provide a coherent and compelling interpretation of the data, grounded in the data. The researcher is a storyteller, actively engaged in interpreting data through the lens of their own cultural membership and social positionings, their theoretical assumptions and ideological commitments, as well as their scholarly knowledge. This subjective, even political, take on research is very different to a positivist-empiricist model of the researcher” (Braun et al., 2019, p. 6)

En ese sentido el análisis reflexivo resulta complementario con el análisis fundado en el material de campo, en el que se cautela desarrollar un primer nivel de análisis exhaustivo y fiel a lo expresado por los entrevistados para, en un segundo momento, darle sentido a esos primeros conceptos emergentes desde las relaciones que forman entre ellos y desde la pertinencia teórica que mantengan con nuestra pregunta de investigación.

Es importante considerar que el análisis comienza en el mismo trabajo de campo, a través de la familiarización con el material. En esta etapa uno está sumergido en situaciones y encuentros que no cumplen con el orden de lo planificado, con el orden de manual. Es en el mismo terreno en donde uno comienza a experimentar en persona las dinámicas y normas que modelan el trabajo de profesionales y de usuarios de la salud. A esta fase le sigue una fase de distanciamiento y acercamiento, ahora desde una mirada más analítica.

“Practically, familiarization includes listening to audio data, watching video data, and/or reading and rereading textual data, “noticing” interesting features, and making notes about individual data items, as well as the whole dataset. These notes should be shaped by your research question(s), as well as broader questions about what is going on in the data” (Braun et al., 2019, p. 10)

Después de la etapa de familiarización viene la etapa en la que le damos sentido al material lo que se hace iniciando el proceso de codificación.

“Generating codes moves to more detailed and systematic engagement with the data. We sometimes suggest familiarization could be done with a glass of wine, but coding needs coffee (or a good cup of tea). The coding phase in (our) TA is about focused attention, to systematically and rigorously make sense of data. If the familiarization phase could be considered a somewhat “loose” route into engaging with the data, the coding phase is about succinctly and systematically identifying meaning throughout the dataset” (Braun et al., 2019, p. 11)

Para Charmaz, uno comienza con una codificación inicial, abierta y apegada al material para, posteriormente ir profundizando o puliendo los códigos que le darán forma a las categorías las que, a su vez, permitirán avanzar hacia la integración teórica (2006, p. 46)

Si bien múltiples aspectos del material, como acciones, revelaciones, explicaciones, contextos, puntos de vista, etc, pueden pasar a ser un código, podemos agruparlos en función de su estatus cognoscitivo. Un primer grupo de códigos “semánticos” serán superficiales o muy apegados al “sentido literal y al lenguaje del participante” (Braun et al., 2019, p. 11). Dentro de este nivel semántico encontramos los “códigos in vivo” (Charmaz, 2006, p. 55) que son tomados de expresiones particulares y literales de los entrevistados y que cuentan con la capacidad de sintetizar o integrar aspectos relevantes de la experiencia de los sujetos. Luego nos movemos hacia un nivel más latente de códigos (Braun et al., 2019, p. 11) cuyo sentido no es tan directo, siendo más abstracto depende más directamente de la interpretación del investigador en función de las nociones teóricas de la subjetivación.

Si bien con la codificación latente comienza el trabajo de interpretación teórica es en la construcción de temas o categorías en donde se alcanza la primera síntesis interpretativa. En este sentido las categorías son una etapa intermedia entre la codificación del sentido literal del relato hacia la

elaboración de un texto interpretativo, en otras palabras, de una primera teorización a partir del material de campo. Como lo señala Dey, las categorías serán “el esqueleto teórico del análisis al que después se le dará cuerpo en un trabajo de identificación de relaciones y propiedades” (Dey, 2007, p. 168)

“Themes are built, molded, and given meaning at the intersection of data, researcher experience and subjectivity, and research question(s). Because themes do not emerge fully- formed from the data, the process of constructing them is akin to processes of engineering or design. Prototypes (or candidate themes) are developed from the analytic work of the earlier phases, and “tested out” in relation to the research question/dataset overall.” (Braun et al., 2019, p. 12)

La arquitectura de las categorías está dada por la pregunta de investigación y las nociones teóricas que hemos relevado. Sin embargo, el diseño se adapta a las relaciones de sentido que los sujetos van tejiendo en sus relatos, es decir hay un diseño de sentido propio de los sujetos con los que hemos realizado el trabajo de campo que también tiene lugar en el diseño final del entramado de categorías. Toda categoría contendrá en sí conceptos o relaciones provenientes del sentido literal de los relatos y, a la vez, de la interpretación teórica del investigador. Evidentemente, algunas de ellas serán más fieles al terreno y otras más fieles a la interpretación teórica, pero lo importante es que la arquitectura interna esté realizada en función de los principios de similitud de los conceptos y de relevancia teórica, para así evitar los sesgos de trabajar sólo con uno de ellos (Dey, 2007, p. 170).

Finalmente, algunas categorías que han sido bosquejadas no pasarán la prueba de pertinencia empírica o pertinencia teórica y serán descartadas, mientras otras pasarán a formar parte de una red de categorías. Si bien la clarificación de las relaciones entre categorías es relevante antes de pasar a la elaboración del texto interpretativo, es preciso señalar que no todas las categorías estarán necesariamente conectadas. Este es un principio fundamental derivado de la teoría de la subjetivación, en la que las discontinuidades pueden convivir en los modos de subjetivación y de la misma forma en los relatos de los sujetos. En otras palabras, si la categorización tiende a establecer e identificar relaciones en los relatos, al mismo tiempo reconoce las contradicciones y discontinuidades que en ellos

aparece. De esta forma se busca evitar el sesgo de una visión romántica y reconciliada del sujeto en sus relatos¹⁵.

A esta altura del análisis la mesa está servida para la redacción del texto interpretativo sobre las categorías del discurso de los sujetos. Si bien, es cierto que el análisis temático por sí mismo puede ser objeto y fuente de teorización, este debe enriquecerse con un análisis de la enunciación que realizaremos sobre el mismo material por lo que es el sujeto, individual y colectivo, en dónde se entrelaza la posición de enunciación y el contenido de los relatos.

c. Análisis de la enunciación

“Como las herramientas, los proverbios, o discursos diferentes, están marcados por los usos; presentan al análisis huellas de actos o de procesos de enunciación, denotan las operaciones de las cuales han sido el objeto, operaciones relativas a situaciones que se pueden considerar como modalizaciones coyunturales del enunciado o de la práctica; de manera más amplia, indican pues una historicidad social en la cual los sistemas de representaciones o los procedimientos de fabricación ya no aparecerían como cuadros normativos, sino como herramientas manipuladas por los usuarios.” (de Certeau, 2000, pp. 25–26)

Siguiendo a de Certeau, creemos en la posibilidad que abre el análisis de la enunciación para encontrar en el habla o en los discursos las huellas del sujeto, esa forma propia de entrar en la enunciación y tomarla como marca del uso que hace de la palabra. Los sujetos son, en ese sentido, usuarios de la palabra.

Nuestro dispositivo metodológico nos ha permitido encontrarnos con profesionales y usuarios de la salud pública en situaciones de entrevista tanto individuales como grupales. En estas situaciones el elemento articulador de los relatos ha sido el habla individual, la enunciación, y es en ella dónde vamos a rastrear la constitución de los sujetos de la salud. Como lo señala Benveniste « l'enonciation est cette mise en fonctionnement de la

¹⁵ Distinto es si en un relato aparece la tendencia a presentarse como un sujeto sin contradicciones, lo que debe hacer parte de un análisis de la enunciación.

langue par un acte individuel d'utilisation » (1970, p. 12). El locutor le da un uso al lenguaje que habla de él mismo, de su subjetividad, de su subjetivación. De esta forma la enunciación, o la transformación del lenguaje en discurso, requiere de un proceso de apropiación del lenguaje (Benveniste, 1970, p. 14).

El análisis que realizaremos se centra en las condiciones de producción de lo que ha sido dicho, en el sujeto de enunciación; esto permite poner las palabras en su equilibrio subjetivo, poniendo luz a las intenciones o las emociones del sujeto al momento de hablar. El material en el que nos basaremos corresponde al cuaderno de terreno, las anotaciones sobre las condiciones de entrevistas, las impresiones que le quedan al investigador una vez terminada las entrevistas, sobre el estilo o ritmo de la comunicación. Sin embargo, también en lo dicho, en los relatos propiciados a lo largo del trabajo de terreno, es posible descifrar algunos aspectos del sujeto de enunciación: en el discurso el sujeto se va mostrando, va dando luces de su constitución, de su posicionamiento en el mundo. Esto lo identificamos en las referencias a su propia persona y a los vínculos sociales así como también a través de algunos hitos verbales en el discurso.

« Pour le chercheur, l'instrument privilégié pour ne pas se laisser prendre à la trop belle histoire qu'il entend, est le repérage de contradictions dans le discours. Elles lui indiquent l'existence de logiques différentes qui, une fois mises en évidence, lui donneront une marge de manœuvre considérable, une clé d'interprétation : il pourra grâce à elles, déconstruire le récit et donner un sens précis à ses diverses composantes. » (Kauffman, 2011, p. 98)

La invitación de Kauffman es a realizar un análisis reflexivo de las intenciones del entrevistado a través de la identificación del nivel latente de enunciación a través de expresiones particulares o “dichos”¹⁶, contradicciones o expresiones recurrentes. Estas últimas, por ejemplo, son banales en apariencia pero revelan una estructuración social en el nivel de lo implícito (2011, p. 96). Rastrear la constitución del sujeto en su discurso requiere de un análisis en distintos niveles de la enunciación y más allá de ella¹⁷. Así, nos podremos acercar a aquello que le es valioso a los sujetos respecto a su constitución en las relaciones terapéutica, de servicio y de participación.

¹⁶ Entiéndase proverbios o refranes

¹⁷ De aquí la justificación de los análisis del contenido y de las historias de vida colectivas.

Una segunda propiedad de la enunciación, siguiendo a Benveniste, es que siempre se orienta hacia un destinatario, a un otro que puede ser real o imaginado.

« Ce qui en général caractérise l'énonciation est l'accentuation de la relation discursive au partenaire, que celui-ci soit réel ou imaginé, individuel ou collectif [...] Comme forme de discours l'énonciation pose deux figures également nécessaires, l'une source, l'autre but de l'énonciation. C'est la structure du dialogue. Deux figures en position de partenaires sont alternativement protagonistes de l'énonciation. Ce cadre est donné nécessairement avec la définition de l'énonciation » (Benveniste, 1970, p. 16)

En este sentido, si el investigador es quien propicia esta situación de interlocución con el entrevistado, la interlocución muchas veces rebasa el diálogo con el investigador trasladándose hacia un diálogo imaginado con otros actores que hacen parte de sus experiencias como profesionales de la salud o como usuarios y pacientes; resultando clave reconocer esos desplazamientos y posicionamientos del sujeto para analizar su subjetivación. Con esto no queremos evadir el lugar que le cabe al investigador en la interlocución, en las posibilidades de emergencia y posicionamiento de un discurso. Es por ello que hemos realizado un autoanálisis que da cuenta de la posición que el propio investigador tuvo y tiene en las relaciones sociales que investigamos. Ahora bien, en la propia situación de entrevista el investigador asume el rol de interlocutor acompañando al entrevistado en el tejido de su discurso, es decir propiciando la emergencia de su enunciación, pero quedando siempre en un rol secundario.

“Celui qui parle ne se limite pas à livrer des informations : en s'engageant, il entre dans un travail sur lui-même, pour construire son unité identitaire, en direct, face à l'enquêteur, à un niveau de difficulté et de précision qui dépasse de loin ce qu'il fait ordinairement » (Kauffman, 2011, pp. 60–61)

En este sentido Kauffman destaca que los entrevistados tienden, en general, a tomar una postura defensiva de su unidad y coherencia como sujetos o una postura de autoanálisis y de interrogación en la situación de entrevista. Sin embargo, este nos parece más bien un caso entre una multiplicidad de posturas de enunciación o de tipos de discurso lo que nos lleva a la necesidad de comprender de forma más acabada la estructuración o dinámica de los relatos que da indicios de posturas de subjetivación. En este nivel macro de estructuración se puede hablar de análisis lógico o secuencial del discurso

(Bardin, 2013, p. 231). Un discurso puede tener un estilo lineal o, al contrario, confuso y repetitivo; puede estar basado en afirmaciones sin dejar lugar a cuestionamientos; ser dubitativo o reflexivo. Las ganas de hablar de sí mismo es otro aspecto distintivo en los relatos de los entrevistados. Algunos se muestran muy animados y abiertos a compartir sus vivencias mientras otros se limitaban a contestar escuetamente la pregunta que se les había formulado sin pretensiones de profundizar o de explayarse. Estos son elementos que dan cuenta de la posición que toma el sujeto a través de su discurso.

La propia relación que se establece entre el entrevistado y el entrevistador es muy relevante dentro del análisis ya que encarna nuestra unidad empírica de interés entorno a la subjetivación: la relación. Por supuesto que no se trata de asimilar la relación entrevistado-entrevistador con la relación entre profesionales y usuarios, sin embargo, a través del autoanálisis hemos situado la posición y recorrido las emociones del propio investigador en las relaciones que como profesional tuvo en el mundo de la salud pública chilena. De esta forma, el investigador se transforma en una suerte de caja de resonancia frente a profesionales y usuarios que se posicionan frente a él estableciendo una dinámica de la relación con lógicas de alianza, de desconfianza, de crítica, de catarsis, etc. En ello, es necesario considerar qué hace el investigador con las lógicas establecidas, es decir en preguntarse cómo moviliza estas relaciones en la investigación y más allá de ella. Esto hace parte de un análisis de la propia enunciación del investigador en situación de entrevista lo que puede ser considerado como complementario al autoanálisis realizado, pero rebasa los márgenes de esta tesis.

Hasta ahora hemos abordado la enunciación en la situación dialógica entrevistador-entrevistado, siendo ahora necesario subir un nivel para describir la articulación interpretativa de las diferentes figuras de sujeto que de allí emergen. Una de las primera y más evidentes articulaciones subjetivas son las correspondientes a usuarios y profesionales o también a las relaciones terapéutica, de servicio y de participación, no obstante, estas son muy generales y además portan con la impronta del rol y posición que les asigna la institución. Es por esto que planteamos ir más allá de las lógicas institucionales en la reconstitución de los modos colectivos de enunciación, tarea que difícilmente puede realizarse a priori: siendo lo encontrado en el material lo que permitirá configurar las figuras de la subjetivación. Ahora bien, los marcadores institucionales: profesionales, usuarios, dispositivos terapéutico, de servicio y de participación, nos ayudarán a marcar la inscripción institucional de las figuras de subjetivación emergentes.

Finalmente, la forma de articular este análisis también es importante de destacar ya que iremos construyendo un texto interpretativo de los sujetos de la salud partiendo desde los estilos individuales de enunciación hasta llegar a una exploración analítica y consolidación teórica (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 191) transversal sobre la subjetivación en la salud pública chilena que será complementada con los otros tipos de análisis presentados en este capítulo.

“En fin, en estos cuentos mismos, los efectos, retruécanos y "figuras" de estilo, las aliteraciones, inversiones y juegos de palabras participan también en la recopilación de estas tácticas. Son asimismo, pero más discretamente, los museos vivientes, marcas de un aprendizaje. La retórica y las prácticas cotidianas se pueden definir igualmente como manipulaciones internas en un sistema, el de la lengua o el del orden construido. Los "giros" (o "tropos") inscriben en la lengua ordinaria los ardides, desplazamientos, elipsis, etcétera, que la razón científica ha eliminado de los discursos operativos para constituir sentidos "propios". Pero, en estas zonas "literarias" donde los han rechazado (como en el sueño en que Freud los reencuentra), permanece la práctica de estos ardides, memoria de una cultura. Estos giros caracterizan el arte del habla popular. Tan vivo, tan perspicaz para reconocerlos en el narrador y en el merolico, el oído de un campesino o el de un obrero sabe descubrir en una manera de expresar una manera de tratar el lenguaje recibido. Su apreciación divertida o artística se refiere también a un arte de vivir en el campo del otro. Distingue en estos giros del lenguaje un estilo de pensamiento y de acción: modelos de prácticas.” (de Certeau, 2000, p. 29)

ANÁLISIS

V. POSTA RURAL LAS VERTIENTES

Descripción general de la Posta

La posta de Salud Rural de Las Vertientes es el centro de salud principal de la red de postas de la comuna de San José de Maipo, ubicada al suroriente de la ciudad de Santiago. A pesar de esta posición de centro base su tamaño es pequeño teniendo 1694 personas inscritas al año 2018 (Municipalidad San José de Maipo, 2018).

La comuna de San José de Maipo, en la que se ubica el sector de Las Vertientes, destaca por su carácter rural y cordillerano, lo que se traduce en una baja densidad poblacional y en problemas de conectividad. En cuanto al nivel socioeconómico, según la encuesta CASEN del año 2022, un 24% de la población comunal se encuentra en situación de pobreza multidimensional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023). Respecto del nivel educativo podemos señalar que el 33% de la población comunal cuenta con educación básica incompleta o bien no cuenta con educación formal, mientras que se observa una tasa de analfabetismo del 1% (Municipalidad San José de Maipo, 2018).

Las Vertientes una de las localidades más próxima a la zona urbana de Santiago, ubicándose en la entrada del Cajón del Río Maipo lo que ha fomentado ser la ubicación de segundas viviendas de habitantes con recursos de comunas urbanas de Santiago. A la vez, su cercanía con la ciudad hace posible que la gente pueda desplazarse hacia servicios públicos que se encuentran en la ciudad. El sector tiene una composición socioeconómica mixta que queda representada por dos Juntas de Vecinos: la Junta de Vecinos N°2 y la Junta de Vecinos Unión y Progreso de Las Vertientes.

A nivel de los funcionarios que trabajan en la Posta estos presentan una alta rotación en sus puestos, lo que ha sido evidenciado por los relatos de los entrevistados. Los profesionales que trabajaban en el Posta, en el año 2018, eran 12, entre los que se encontraban dos médicos generales, dos enfermeras, un químico farmacéutico y dos trabajadores sociales, entre otros. Además, la Posta contaba con seis técnicos y cuatro funcionarios administrativos (Municipalidad San José de Maipo, 2018).

Una característica subrayada por la directora de la Posta, durante el año 2020, es la baja afluencia de usuarios al momento de ella asumir sus funciones. Esto es confirmado por la antigua presidenta del Consejo de Usuarios que decía que iban a cerrar la posta por falta de usuarios. En términos concretos, en el año 2018, se declara una población bajo control¹⁸ de 407 usuarios en la Posta.

En términos de participación social, las asociaciones que registran mayor interés de la población son las organizaciones territoriales como las Juntas de Vecinos, los Comités de Allegados o los Comités de Aguas. Al contrario, los grupos de autoayuda presentan ínfima o nula participación según la encuesta CASEN 2017 (Municipalidad San José de Maipo, 2018). El Consejo de Usuarios de la Posta si bien tiene una existencia formal, al momento del trabajo de terreno de la investigación, se encuentra desorganizado debido a los confinamientos por la pandemia de COVID19 y por dificultades propias de la comunidad para darle un funcionamiento estable.

LAS USUARIAS DE LA POSTA LAS VERTIENTES

Las usuarias de la Posta entrevistadas se ubican en dos perfiles bastante bien definidos. Por una parte, están quienes se presentan a sí mismas como dirigentes o están directamente involucradas en alguna organización social, como es el caso de Gladys, Evelyn y Camila. Por otra parte, en una postura más de a pie, es decir como usuarias o pacientes que acuden a sus controles médicos y conocen el funcionamiento interno de la Posta están Teresa y Rosita. La mayoría de ellas son pensionadas y ejercieron en su vida activa como profesoras, a excepción de una de ellas quien ejerció como empleada doméstica. Todas han vivido en el sector del Cajón del Maipo desde hace bastantes años teniendo un sentido de pertenencia importante con el territorio.

La gente acude a la señora Gladys para consultarle cosas que ellos no manejan muy bien, reconociendo que ella dispone de un saber, de información sobre cómo funciona el sistema de salud. En esto ella cumple, de cierta manera, una función que le corresponde a los funcionarios públicos, de informar sobre el funcionamiento de los servicios públicos. Sin embargo, al existir un distanciamiento entre los pobladores y los servicios públicos, los

¹⁸ Personas que cuentan con controles de salud en el marco de algún programa en el centro de salud donde está inscrito.

dirigentes se convierten en valiosos puentes de información para las decisiones de los usuarios, es decir, se convierten en actores dentro de la relación de servicio. Su labor se asemeja mucho a la que dice tener Soledad, como trabajadora social, es decir la facilitación para el acceso a la salud.

La señora Evelyn habla desde la perspectiva de la participación ciudadana, dando su opinión sobre las dificultades que existen para que la gente participe y sea responsable en ello. Habla de un tema cultural, de un temor en la gente, de resabios de la dictadura. Ella entiende que las políticas actuales son dictatoriales, no se preocupan de la gente, sino de los que están arriba. Esto le ejemplifica con el funcionamiento de la Corporación Municipal de Salud que se ha cerrado, “son como una monarquía”, no dejando posibilidad para un Consejo de Usuario que funcione bien. No se acercan a la comunidad. Otra dificultad que ella señala es la falta de continuidad de los profesionales. “Se da mucho que los cortan”, dice ella y que los funcionarios llegaban llorando a hablar con ella. Ella destacaba al circo social, en el que se trabajaba con “jóvenes postergados o invisibilizados”, para recalcar lo inapropiado de la decisión de terminar con programas como ese.

La señora Camila dice dedicarse a lo social y a lo político. Tiene una buena impresión de los profesionales que trabajan en los hospitales públicos, pero entiende que la atención es precaria en general porque faltan recursos. Señala que la relación con la Posta es cercana entre otras cosas porque no hay más dispositivos de salud en el sector. Pertenecía a un colectivo de mujeres que tiene por misión el promover a la mujer más allá del ámbito doméstico. Ellas se reúnen, postulan a proyectos municipales, hacen talleres y pintaron un mural que actualmente está en la Posta.

La señora Teresa conoce la posta desde hace mucho tiempo, desde que era consultorio en La Obra. Desde hace unos 20 años que se cambió a Las Vertientes. Señala que “antes era mejor la atención”. Había más personal y atendían al tiro. Por sus años de experiencia conoce muy bien sus tratamientos y los medicamentos que debe tomar. A la posta va cuando es algo leve y cuando está abierta. Dice ser la reglona de la posta. Cuando ella llega los funcionarios se asustan porque ya saben sobre sus crisis respiratorias. Al tener esta relación de larga data ha vivido más de un cambio de personal resaltando, al igual que el resto de las entrevistadas, la complejidad de estos procesos.

En el año 2013 una de las dirigentas le comenta a la señora Rosita que la posta la iban a cerrar sino tenía usuarios. A ella le pareció una buena idea inscribirse ya que se encontraba “en guerra con su ISAPRE que le sacaba una

cantidad fenomenal de dinero”. En la Posta conoció a un grupo de profesionales entregados y conocedores de la comunidad. Comenzó a participar en talleres, de desarrollo personal, tejidos, etc. y fueron armando un “grupo de mujeres pensantes que tratan de cambiar el mundo”. Ellas se comenzaron a juntar por el tejido, pero se dieron cuenta que podían hacer algo más por la comunidad. Lo más importante era aprender a escuchar a mujeres que estaban atravesando momentos difíciles. Para ellas la Posta era un lugar de encuentro: llevaban cosas para compartir y pasaban horas allí. El recambio del equipo profesional significó para ella perder la cercanía con los profesionales.

El vaciamiento de la participación

Entre la desilusión y la crítica

Un sentimiento pesado se deja sentir en el relato de las usuarias, especialmente en aquellas más cercanas al dispositivo de participación. Una de las caras de este sentimiento es la desilusión, por los problemas para hacer participación, por la forma en que funciona la toma de decisiones en el sector público. A lo largo del tiempo esto fue dejando a Evelyn con la sensación que ya no se podían hacer más cosas, por lo que había que dar un paso al costado.

“...Entonces yo, como que me fui, como te dijera, se va uno desilusionando y viendo que no hay por donde, o sea hay que ... la cuestión, o sea ... de todas maneras para mi gusto, vivimos una dictadura. De todas formas, aquí hay una forma dictatorial, la política nuestra es dictatorial, un resabio de hacer cosas no en beneficio de los seres humanos sino en beneficio personal de los que están en el poder en este minuto” ...

“...Entonces yo en el 2014, ya me empecé como a...a saber que ... o sea uno empieza como a pensar que ya es poco lo que hay que hacer y yo no soy, como te dijera, como de personalidad... no voy al choque. O sea, no voy a imponer y a buscar la... cómo te dijera yo... a buscar lo justo. Hacer justicia ¿me entiendes?” (Evelyn, Dirigenta Social)

Interesante es que el análisis de Evelyn pasa desde la crítica del carácter dictatorial de las políticas hacia las cualidades que debe tener un dirigente para poder actuar en dicho contexto. El “ir al choque”, en este sentido,

corresponde a una cualidad necesaria dentro de la configuración cerrada que adopta el dispositivo de participación, a ojos de Evelyn. Ella ejercía su rol de una forma menos confrontacional lo que la llevó a sentir el peso del juego del poder sin que ella pudiera influir en él. Si atendemos en detalle a su intervención ella no limita su mirada a los problemas de los usuarios para acceder a sus atenciones de salud, tema frecuente entre los dirigentes, sino que va dirigida al funcionamiento del dispositivo de participación como arena política.

“...Entonces es muy cerrado el sistema que tiene la corporación¹⁹ [...] el trabajo en salud lo encuentro yo muy cerrado. No dio posibilidades de que hubiera un Consejo de Usuario funcionando digamos. Un consejo de Usuario sí de nombre, pero funcionando, no.

¿A qué se refiere cuando dice que el trabajo de la corporación era muy cerrado?

Cerrado en el sentido que no se acerque a hablar con el usuario o sea no hay conversaciones. Cómo será mijito que yo les llamo ... (risa) ¡Son como una monarquía! Los monarcas como que están siempre lejos del pueblo, porque están en sus palacios. [...] esta monarquía es antigua como la época de Versalles, que se ponen en una estatura arriba y los otros, los que estamos abajo. Una cosa así, digamos. Entonces nunca se acerquen a tener una conversación, de por ejemplo acercarse y decir ¿cómo esta? ¿Qué quiere usted? ¿Qué tenemos que mejorar? ¿En qué creen que entre todos podemos hacer algo? O sea que la tienen a la comunidad también que participe ¿no? En mejorar las cosas, no. No vienen, no hay esa cercanía. [...]

aquí se cerró mucho. Aquí hubo un cierre, de hacer algo muy cerrado entre la pura corporación municipal haciendo todo y a los usuarios dejarlos muy en atención... en atención nomás. (Evelyn, Dirigenta Social)

La señora Evelyn realiza un análisis interesante bajo la mirada que el debilitamiento del dispositivo de participación lleva al centro de salud a limitarse a la atención de usuarios, dejando de lado la cercanía con la gente. Este es uno de los puntos que origina la desilusión de Evelyn, quien ha tenido una vida participativa y “ha estado siempre en lo social”. Su posición como sujeto, queda fragilizada en el contexto de un dispositivo de participación de

¹⁹ Corporación de salud. Entidad encargada de la administración comunal de la atención primaria de salud.

baja intensidad dentro del que las maneras correctas de participar (Charles, 2016) resultan inaceptables a la luz de una historia de vida, de un posicionamiento subjetivo que no encaja con la posición ofrecida por la institución. Como señalaba De Certeau (2000) las maneras de usar tienen una temporalidad, la de la oportunidad al carecer de la soberanía que tiene el andamiaje institucional. El relato de Evelyn reintroduce la dinámica de las tácticas del sujeto en la temporalidad biográfica de la persona. Evelyn estuvo por años encabezando el Consejo de Usuarios, como parte de una larga serie de actividades que dan forma a su posicionamiento de “estar en lo social”, de “estar cerca de los seres humanos”.

“...llega un momento en el que empiezo a ir mal y yo empiezo a ser Fonasa. Entró a la salud pública. Entonces a la entrada de la Salud Pública, me fui a inscribir a mí APS que le llaman al centro de salud preventiva. Y ahí empiezo a escuchar esto de que había posibilidades de hacer este Consejo de Usuario. Empezó también [la ley de] Derechos y Deberes [...] Y ahí entré yo a participar en el hospital. Nos invitaron al hospital a participar los usuarios que quisiéramos y yo dije bueno ... y además que siempre he sido una persona participativa, estuve en la Cruz Roja en los 80-83. Me tocó hacer ... trabajar con los militares despiojando, viendo la pobreza real de la época de la dictadura. No sé, siempre he sido una persona que está cerca de los seres humanos”. (Evelyn, Dirigenta Social)

En el marco de su biografía el sujeto se encuentra con obstáculos y con oportunidades para el despliegue de tácticas frente a las fuerzas dispositivas que enfrenta. La clausura del dispositivo de participación que encontró Evelyn en la Posta la llevó a dar un paso al costado haciendo una reflexión sobre su propia posición en el entramado de relaciones de poder. Permanecer en el Consejo de Usuarios equivalía a prolongar la desilusión de no poder plasmar su ética en las relaciones de participación. Dar un paso al costado puede ser considerada una táctica dentro del margen de acción del sujeto que entiende que la densidad del poder es tan grande que su reafirmación como sujeto en ese territorio corre peligro. Sin embargo ¿puede una táctica del sujeto vivirse como una derrota? El reordenamiento que hace Evelyn de sí misma en su relato deja ver esa desilusión en un proceso de acomodación subjetiva en el paso de la salud privada a la salud pública. Esta última le dio a entender que había un espacio de participación disponible para los usuarios, incluso insinuando la constitución de un espacio ciudadano a través de las nociones de derechos y deberes; sin embargo, en la práctica esa misma institución le mostro que la participación, como ella la entendía no era posible. Lo fáctico era “la monarquía”, la clausura del

dispositivo de participación. El imaginario de lo público no sale ileso de esta desilusión.

No podemos argumentar que los sentimientos de impotencia y desilusión lleven al sujeto a una reafirmación de sí mismo, sin embargo, son parte de su proceso reflexivo y de su diálogo con los ideales éticos por los cuales le da sentido a su acción. La desilusión se hace frente a un ideal no realizado, a un proyecto inconcluso. Si bien ella relata como comenzó a ser reconocida como una persona política dicho proceso de empoderamiento subjetivo se encontró con los escollos que hemos relatado y que la llevaron a la desilusión.

Yo llevo 40 años aquí en la zona, en Las Vertientes [...] harlo tiempo. O sea, a mí me conoce toda la gente, si me dicen tía [...] Tengo hartos sobrinos...bueno siempre me ha tocado estar en lo social [...] entregando comida, entregando ropa, durante 40 años que se suscitan temporales, cosas de otros tipos. Pero en salud, he estado desde el 2011 como te digo. Después lo poco que se podía hacer desde ahí en el sentido de ser una comunidad en que yo le decía a las chiquillas -chiquillas tenemos que organizarnos, tenemos que ver cómo vamos a seguir para adelante, tenemos que ...- imagínate yo hablar así sin estar en la cuestión política cómo es ahora. -La política hay que cuidarla o sea la democracia que hay cuidarla-. Así le decía a la gente pobre. O sea, a la gente de la zona nuestra que es gente del pueblo. Decía que hay que cuidar la democracia. Entonces yo me sentía... chita yo parezco política. (Evelyn, Dirigenta Social)

Evelyn vivió una suerte de auge y caída de su implicación en el dispositivo de participación. El reconocimiento que fue ganando le permitió ganar autonomía, convocar a otras personas, como es el caso de Rosita, usuaria que llegó a atenderse a la Posta motivada por Evelyn. En el proceso de auge se fue conformando un colectivo, especialmente de mujeres, que se instaló en la Posta comenzando a hacer uso de los dispositivos, tanto terapéuticos como de participación.

“...y un buen día Evelyn me dice oye la Posta la van a cerrar-. Yo estaba en ese tiempo en ISAPRE²⁰ -La van a cerrar si no tienen usuarios-. [...]

Me dijo -¿Por qué no te inscribes? [...] y bueno ahí empezamos a participar en unos talleres de una u otra cosa y fuimos haciéndonos un grupo de

²⁰ Sistema privado de financiamiento de la salud en Chile

mujeres pensantes, tratando de cambiar el mundo y nos hemos mantenido, seguimos en esa misma línea. Más o menos tenemos las mismas formas de mirar la vida”[...]

...7 años acá, uno va conociendo a toda la gente. Más todavía que nosotros, y prácticamente un día por medio, estamos en el consultorio porque había un señor, Don Nelson, que vivió muchos años en Inglaterra [...]Y dijo -ya, yo puedo hacerles un taller de inglés. - Ya listo vamos. Nos compramos los cuadernitos y todo y nos juntábamos 2 veces a la semana para hacer las clases de inglés [...]

Hicimos gimnasia también con los kinesiólogos, formamos un grupo de baile. Nos presentamos en una actividad en Puente Alto (risa) dónde estaba, creo que hasta el ministro de Salud, no sé, pero había gente (risa) y nosotros bailando ahí Cachimbo (risa)”. (Rosita, Usuaría)

Lo que se puede desprender de este pasaje es que, para Rosita, el ingresar a la Posta venía asociado a una guerra con la salud privada y a una suerte de misión de salvar la posta, de impedir su cierre. Esto último siendo parte de un movimiento colectivo de mujeres

La constitución de la posta como un espacio público encuentra en el relato de Rosita una fuerza importante. Esta forma de usar el centro de salud requería de un sujeto colectivo, así como de sujetos individuales que ofrecían sus servicios a la comunidad. En esta dinámica, La Posta se convertía en un lugar de encuentro, en el que se desarrollaba una participación convivial. Es sintomático que precisamente, Rosita y Evelyn sean las que más agudamente sintieron la crisis del cambio de profesionales en el centro. Ellas eran parte de este espacio social, de esta utilización del dispositivo de participación, que las llenaba de sentido, que las llevaba a verse como “mujeres pensantes que querían cambiar el mundo”.

Sin embargo, la desilusión tenía que ver con los obstáculos que se encontraban en ese camino de querer cambiar el mundo, porque para eso era necesario pasar a un nivel de organización que ya no fuera tan solo recreativo sino ciudadano, en el que las relaciones de poder se dejan ver con y sin maquillajes. El posicionamiento de Teresa, usuaria de la Posta, deja clara la desafección que existe con lo ciudadano y la cercanía con los espacios recreativos.

“...de repente me decían -que vaya para allá-, no, lo que sí estaba en la posta en un taller cardiovascular, íbamos a tomar tecito, hacíamos cosas, llevamos queque, kuchen, estábamos dos horas ahí con la nutricionista,

nos pasaban películas, o sea esas cosas ¿Cómo se llamaban? de persona enferma, qué sé yo, del mismo problema que tengo yo, de obesidad, cosas así, eran dos horas que estábamos ahí super bien, lo pasábamos super bien, nos juntábamos hartos viejitos, porque era para el adulto mayor pero, bueno también iba gente joven, pero con la pandemia se terminó, no se puede...” (Teresa, Usuaría)

La desafección con el dispositivo de participación encuentra en Teresa una expresión más radical. Sin banderas de militante o de dirigente, ella da cuenta de un abandono tanto de parte de las autoridades comunales como de las Juntas de Vecinos, las que “valen hongo²¹”. Teresa se atiende en la Posta y eventualmente asiste a talleres. Esa es su manera de usar el centro de salud. Dice que la convencieron de ir a un taller cardiovascular en el que disfrutó de un momento de distensión. De igual manera señala ir a un club deportivo, al casino del club, también para distraerse y no estar todo el día en casa. La participación ciudadana no encuentra eco en su relato, sino que es un ánimo de compartir, ánimo que convoca a la mayoría de quienes participan: en este caso la ética es más bien del compartir.

“¿Usted conoce a la Junta de vecinos?

Sí. Y tenemos dos por acá.

Entonces hablan temas de la posta, de salud.

Sí, las dos valen hongo, entre las dos no hacen ninguna.

¿Y por qué?

No sé, no sé, no hacen nada.

[...] Igual que el alcalde, el alcalde hace cuántos años que no viene acá, hace unos 5 años. Viene cuando lo invitan a una cena de gala, a eso viene...Pero de como mucho tiempo que dejó de ayudarnos aquí en las Vertientes.

¿Están un poquito olvidados ahí en las Vertientes?

Sí, nos dejaron de lado todos”. (Teresa, Usuaría)

Evelyn siente esta falta de interés por la participación ciudadana. A pesar de estar apoyada por la red de mujeres, las Tejedoras y otras, su posición es parcialmente solitaria. Ella tampoco logró encontrar los apoyos necesarios

²¹ Chilenismo para expresar desprecio o no valer nada.

en la institución como para lograr usar, en términos de Certeau, el dispositivo de participación. Como vemos en la cita aquí abajo, al momento de hablar de la organización Evelyn habla desde el “yo” y no desde el “nosotros” lo que es sintomático de la falta de apoyos horizontales en la comunidad y de la dificultad que existe para que la comunidad participe.

En el caso nuestro, acá en Vertientes, hay mucho problema de la gente en participar. La cultura de la participación digamos en, no sé si es en Chile, yo digo en Vertientes, pero me parece que está generalizado en Chile ¿no? Le cuesta a la gente participar y ser responsable en una participación ciudadana o sea pienso que tienen como un complejo de no sentirse persona con opinión ¿me entiendes? Me costó mucho hacer que los usuarios nos organizáramos. Que hicimos reuniones, que mejoraremos la forma, por ejemplo, de comunicación entre los usuarios y los funcionarios de la Posta acá. Costó mucho porque en el fondo (suspira) como te dijera, las personas tienen temor hablar lo que le está pasando [...] Yo creo que para mí es un resabio del terror que fue la dictadura. Esa es mi opinión: que la gente quedó como trunca de no querer hablar de sus cosas ... (Evelyn, Dirigenta Social)

Este pasaje también deja ver la importancia del decir, de la voz, una dimensión que hemos destacado en esta investigación. El temor que muestra la gente “para hablar de sus cosas”, de lo que le está pasando se manifiesta en los espacios públicos, como lo es el Consejo de Usuarios, pero también en los dispositivos de servicio y terapéutico. Estos dos últimos los analizaremos en la sección siguiente bajo las figuras del usuario y del paciente.

Regresemos ahora a los apoyos de Evelyn. Ella tenía vínculo con un grupo de profesionales del área clínica, que dejaron sus funciones en el marco de un proceso de recambio del equipo bajo la conducción de la nueva directiva de la posta. Para ella esto representa en primer lugar la pérdida de apoyos en personas que eran de su confianza y, en segundo lugar, la pérdida de espacios que estaban en sintonía con su ética de la solidaridad, que promovían la inclusión de los jóvenes “invisibilizados” según su opinión.

“Entonces antes a los funcionarios los tratan de traidores, llegan llorando a contarle a uno -¿pero cómo me dejaron sin pega?- ¿Y uno como usuario que puede hacer? No tiene ni un arma más decirle que -chita que lo siento-. Me duele y también sentirte como que te despojaron de algo en lo que tú tenías confianza [...]

...porque ni siquiera los funcionarios podían participar con el usuario porque el sistema ... y bueno esto se ha ido generalizando ¿no? El sistema que hay aquí es que todo el funcionario no es contratado, boletea que le llaman. Todos los años, los cortan y los contratan de nuevo”. (Evelyn, Dirigenta Social)

Este funcionamiento es otra de las vertientes de la desilusión de Evelyn. Respecto al Consejo de Usuarios, que en ese momento iba a incluir profesionales, este perdió fuerza y Evelyn entendió que debía dar un paso al costado. Esta crisis de la relación es apuntada con el mismo énfasis por la usuaria Rosita, para quien es inconcebible que “de la noche a la mañana” la dejan sin el médico con quien ella tenía cercanía y confianza. Lo que evidencia esta crisis, por una parte, son los límites de la participación al no tener el Consejo de Usuarios injerencia en las decisiones sobre las contrataciones o desvinculación del personal, siendo ese un ámbito decisional reservado a quienes ejercen la gestión. Por otra parte, muestra la gravitación que tenía el vínculo con los profesionales del área terapéutica con quienes se había desarrollado una relación de cierta estabilidad en el tiempo y en quienes este grupo de usuarias se apoyaba.

“Disculpe, quería preguntarle ¿en qué momentos cambian los profesionales?

Cuando cambian a quién dirigió el consultorio, porque me acuerdo que había un doctor [...] estupendo, excelente, buenísimo! Además, que había sido amigo de un exalumno mío y por coincidencia terminamos conversando de mi exalumno que también es médico, que estudiaron en Cuba. Kurt, Kurt, Kurt. El nombre era Kurt. Y de la noche a la mañana y yo digo -Oye ¿y qué pasa con el Kurt? ¿se fue? – Si. Se fue, porque se fue hacer un internado en cardiología-. Esa fue la explicación”. (Rosita, Usuaría)

Lo que deja entrever Rosita es que dichos vínculos se apoyaban en la pertenencia a una red social que ligaba más allá de la atención de salud a estos profesionales con algunos de sus usuarios. Esa ligazón permitía la existencia de un clima social propicio para que estas usuarias se sintieran acogidas con hospitalidad en la Posta. Sin embargo, el idilio de esta relación terminó abruptamente con la nueva dirección de la Posta generando, por supuesto, un gran pesar en este grupo de usuarios. Esto se vive como una injusticia de la cual se responsabiliza a la dirección de la Posta. Si bien Evelyn hace matices en dicha responsabilización, apuntando a que este es un

funcionamiento recurrente en el sector de la salud, su emoción va dirigida contra “la monarquía”, contra la administración comunal de salud.

“También, por ejemplo, un tema que cuesta mucho en diciembre, que la gente entienda... yo le digo, -bueno mira, este problema es un problema estructural, no tiene que ver con la Posta. - Cuando por ejemplo dice que van a quedar, no sé, 25 funcionarios sin empleo. Entonces oye la posta está echándolos. Yo trato de que en la conversación de explicar que el problema no es la Posta echando 25 funcionarios, el problema es que, es estructural. La forma de cómo se administra la salud [...] Por eso te digo que, si la gente tuviese esa claridad, podría ser el planteamiento de manera más correcta. Entonces el problema no es la Posta que se le acaba el programa y no tiene recursos. El problema es cómo se concibe la salud pública en el país ¿Cómo el Estado de Chile la concibe? ¿Cómo la considera? ¿Cuáles son los recursos que están asignados? ¿Cómo los garantiza? ...” (Gladys, Dirigenta Social)

Como vemos Gladys, confirma lo señalado por Evelyn, pero va más allá apuntando a que esto no es un capricho de la dirección de la Posta. Gladys marca su posición señalando que no es un tema de conflictos personales sino de como estructuralmente funcionan los programas de salud. En sus palabras, este sería un ejemplo de no “saber hacer la diferencia” ya que, al focalizar la atención en el conflicto personal entre la dirección y algunas usuarias, se invisibiliza la fuerza que ejerce el mecanismo de contratación, en el fondo de cómo funciona el sistema de salud pública.

Aquí encontramos un efecto paradójico de la cercanía en la relación que al teñirse con emociones negativas le pone obstáculos a la reflexión sobre el panorama general del dispositivo, sobre cómo ese dispositivo interactúa con otros y sobre cómo se comportan las fuerzas que actúan en él. La personalización de los conflictos constituye, en este sentido, una de las vías de determinación del sujeto quien se ve cercado por el juego de la culpa. Como iremos revisando en adelante la relación, el vínculo entre profesionales y usuarios tiene la facultad de abrir los espacios de lo posible para los sujetos ante la acción de las fuerzas dispositivas. Sin embargo, la relación parece tener una doble faz; cuando esta se empantana en reproches recíprocos lo que era posible abrir se cierra de forma dolorosa. Que el conflicto estalle por esta vía, juega un papel de catalizador que pone a resguardo al dispositivo enfrascando los conflictos en un espacio privado. Por esta senda, el dispositivo de participación también se vacía de lo público.

Recapitulando, la primera modalidad de vaciamiento de la participación está representada por el posicionamiento crítico y a la vez desilusionado de Evelyn, quien sintió la clausura del dispositivo de participación por el hecho de que las autoridades no se acercaban a la comunidad y porque la misma comunidad mostraba desinterés en ocupar los espacios de participación. La participación se apoyaba en lazos de confianza con los profesionales del área terapéutica de la Posta, en una cercanía cuyo origen se encontraba en la pertenencia a redes sociales comunes, no teniendo tanto que ver con la intervención profesional misma. La crisis relacional estalla por el recambio abrupto de este grupo profesional y por un sistema de rotación de los profesionales que impedía el afianzamiento de los vínculos necesarios para cimentar la confianza. La relación de cercanía muestra su doble faz, al desviar la atención de los sujetos desde lo público hacia lo privado. Por supuesto, los confinamientos producto de la pandemia jugaron el rol de precipitar el vaciamiento que apuntamos, pero esta lógica de la desafección es anterior a dicho acontecimiento.

La incongruencia de los registros de acción en el marco de los procesos de reconfiguración de la modernidad (Dubet, 2006) se dejan ver directamente en este vaciamiento, que no es sólo del dispositivo de participación, sino que también del dirigente como actor social. Como veremos también en el posicionamiento de Gladys, la sucesora de Evelyn como presidenta del Consejo de Usuarios, la incomodidad frente a la configuración institucional y social en Las Vertientes hace retroceder la autonomía del dirigente social para desplegar su acción. La clausura (o reducción) del dispositivo de participación dificulta el acceso a los apoyos institucionales a los que los dirigentes pueden recurrir para reafirmar su posición en el contexto de una cultura de la participación debilitada. Es necesario remarcar que la subjetivación de los dirigentes se realiza en distintos dispositivos o escenarios de la participación, que a lo largo de su vida han ocupado, por lo que la desilusión respecto al dispositivo de participación en salud puede venir dada por la distancia que su naturaleza tiene respecto a otros dispositivos en los que se han forjado las trayectorias biográficas de los dirigentes. En este sentido, un dispositivo de participación abierto se puede entender como aquel que acoge esta forja diversa del dirigente permitiéndole desplegar sus herramientas o, en otras palabras, facilitando su asentamiento en el dispositivo institucional sin imponerle, a priori, un ethos.

En esto la fuerza dispositiva de la expertise muestra una tibieza que deja ver el lado más burdo del juego del poder. A pesar de que existan profesionales de la participación social, estos no tienen una fuerte investidura de expertos,

tal como la que tienen los profesionales del área terapéutica, quedando siempre su legitimidad, y de paso la del dispositivo de participación, en la relación que las autoridades establecen con los dirigentes. La configuración reducida, que empíricamente adopta este dispositivo en la Posta, revela la relación directa que existe entre la directiva del Consejo de Usuarios con las autoridades de turno, pudiendo esta relación adoptar la figura de la alianza o de la disputa. La verticalidad y la personalización de estas relaciones le quita terreno a la reconstrucción de vínculos comunitarios y a la misma idea de participación como innovación democrática ya que nos lleva de regreso a la tradición de la adscripción y cooptación política (Delamaza, 2015). La proximidad de esta relación corresponde a la manifestación tradicional de los espacios políticos a nivel local, lo que podemos enmarcar también en lo que llamábamos privatización de la participación. El vaciamiento de la participación, o la imposibilidad para darle cuerpo al dispositivo de participación, atenta en las formas que hemos revisado con la promesa de la participación como espacio de deliberación pública.

Lo posición de dirigente social está sometida a una tensión permanente entre una política local tradicional de vínculos verticales entre autoridades y dirigentes y, por otra parte, un contexto de políticas públicas que operan con una racionalidad gestionaría ajena para los dirigentes sociales de la salud, adultos mayores en su gran mayoría, que han sido forjados en las matrices de la beneficencia, el sindicalismo, el apoyo mutuo, entre otras. Sin embargo, las mismas políticas públicas los han vuelto imprescindibles para el cumplimiento de metas de la gestión. Finalmente, en el marco de una cultura asociativa débil, la existencia (obligatoria por ley) de los Consejos de Usuarios en la red de salud pública ejerce una nueva presión subjetivante sobre la forma de ser dirigente quien debe saber resistir la desilusión y escoger muy bien sus batallas como pasamos a ver ahora.

Escoger muy bien sus batallas

A pesar de que el acercamiento a lo social tiene otra configuración en el relato de Gladys, este también representa un distanciamiento crítico respecto al dispositivo de participación. Un posicionamiento similar adopta Camila quien se mantiene alejada del Consejo de Usuarios manteniendo una vida asociativa activa.

Gladys en su relato señala que debe escoger muy bien sus batallas porque ya ha visto “como terminan las cosas”. Esto deja ver la sensación de que es muy fácil perderse en batallas estériles, olvidar qué es lo importante en la labor de dirigente social o caer en la desilusión. Así, rescata la labor de los dirigentes que ayudan a quienes no saben cómo acceder a los servicios públicos. Lo hace resaltando el valor que esta labor tiene frente a una cierta inoperancia de los dispositivos institucionales, tanto hacia los usuarios como hacia los mismos dirigentes.

Gladys habla de la participación con un sentimiento de impotencia, un sentimiento cercano a los de Evelyn. Muchos encuentros, capacitaciones o conversatorios, señala, no responden a una necesidad sentida por algún vecino, vienen más bien motivados desde la institucionalidad, desde el dispositivo de participación. Esto es desenmascarado por Gladys, quien incrédula señala que “son un poco mula”. Ella describe una cierta precariedad de la participación, en la sociedad, pero también como un fenómeno local, de su sector. A pesar de que la gente reconoce e identifica las dificultades que tiene en los servicios de salud, eso no los lleva a creer que el diálogo vaya a solucionar algo. El decir y el escuchar han perdido credibilidad en las decisiones concretas. La debilidad de la participación Gladys la ve relacionada con el funcionamiento por metas sanitarias, al efecto que genera en el trabajo de los profesionales de la participación el deber cumplir las metas, por ser evaluados en función de ellas. Esto manifiesta una colonización del espacio de participación por las fuerzas dispositivas del dispositivo de servicio.

“En el espacio local del Concejo usuario ¿Cuál es el mayor logro que ha tenido el Concejo usuario mientras que usted ha estado?”

Lo primero que yo diría con todas las críticas u observaciones que puedan tener otras personas. Porque la evaluación se hace desde lo que yo quiero y desde lo que yo pienso, no desde lo colectivo. Yo creo que unas de las cosas, lo mayor logro es el nivel de comunicación que tenemos con la autoridad de salud, eso es lo principal. Y en función de aquello, se han ido instalando algunas preocupaciones y algunas mejoras, cierto...” (Gladys, Dirigenta Social)

Ante la pregunta del mayor logro del Consejo de Usuarios, que ella preside, su primera reacción es protegerse frente a las críticas de otros, dejando claro que lo que ella entiende como logros es una evaluación personal de su gestión al frente del Consejo de Usuarios. Esto deja en evidencia la dificultad de la dimensión asociativa: lo colectivo aparece como problemático. Gladys,

con cautela y responsabilidad, habla desde su persona sin representar al colectivo de la participación ciudadana en el CESFAM, que en el tiempo de la entrevista está fragmentado. Ella adopta una táctica, que ella llama “saber hacer la diferencia” y que le permite ejercer el cargo sin dejar de lado sus intereses, lo que para ella es relevante.

Para poder hacerlo ella debe mantener una cierta distancia. Si bien esto está presente en el relato de todas la entrevistadas, cada una de ellas adopta distintas modalidades de este ponerse a distancia. Sin embargo, parece haber un elemento transversal que caracteriza el entramado social de esta pequeña localidad rural que es la familiaridad que existe entre sus habitantes. Esta cercanía tiene dos caras según Gladys.

“Acá el trato es más cercano. Hay mucha gente que se conoce por situaciones familiares y todo eso tiene dos aristas. Una que lo hace más cercano, y por otro lado... que puede que haya un mito, pero que puede ser realidad... en decir -oye yo no reclamo porque si no, me van a atender pésimo. Eso se da mucho acá” (Gladys, Dirigenta Social)

Dicha familiaridad no se traduce en la constitución de confianzas para generar participación ciudadana. Todo lo contrario, a opinión de Gladys, ya que “la gente se conforma con la chimuchina. Eso es lo que pasa”. En esta expresión ella da cuenta de que la gente en lugar de asociarse para levantar demandas sociales, se queda en el reclamo entre pares, en el conventilleo de lo que no funciona. Esa exterioridad molesta a Gladys quien aspira a actuar en el campo político. Para ella, la actitud de la gente tiene mucho de irracional, representa un cuestionamiento ciego frente a cualquier cosa que venga del municipio “sin hacer el tamizado”. Nuevamente ella se posiciona como quien ha aprendido a hacer la diferencia: puede ser contraria a la autoridad municipal, pero sabe diferenciar si hay un aspecto positivo en su gestión, como es la salud comunal.

La posición de Gladys podría parecer solitaria, por la toma de distancia que hace tanto de la comunidad, de otros dirigentes y de las autoridades. A pesar de ello, ella “rescata” a ciertas personas de ambos mundos, de la administración y de la sociedad civil. De este último ella destaca a un grupo de mujeres “Las tejedoras de Vertientes” como un grupo importante dentro de su red asociativa. Esa red no pasa por el padrón oficial de inscritos en el Consejo de Usuarios. Del mundo de la administración ella rescata a la persona que estaba a cargo de la salud comunal, que le imprimía un sello más humano a la gestión. Como vemos, el mantenerse a distancia no significa

romper los vínculos sino hacer una selección reflexiva de las relaciones que le permiten sostener su posición.

Esto corresponde a la táctica de saber hacer la diferencia, o como ya hemos dicho, escoger muy bien sus batallas. Esto significa no desgastarse allí donde el dispositivo la ubica, sino de guardar un poder de decisión sobre cuáles van a ser los escenarios en los que ella se va a implicar subjetivamente.

“...yo a mí, en general, no respondo a las convocatorias que hace el Servicio [...] porque me parece cuestionables algunas de las convocatorias [...] Alguien vino en nombre del presidente y del Ministerio del Interior [...] a hablarnos de violencia de género. ¡A hablarnos de violencia de género! [...] yo se lo dije, - A mí me parece una falta de respeto que usted venga a hablarnos de violencia de género y además adjudicarse [...] la ley Gabriela²², se la adjudicaron como, cierto como - mira cómo este gobierno²³ está preocupado, cierto, de las mujeres y hace justicia respeto a las mujeres, hemos avanzado con la promulgación de la ley Gabriela. Cuando ellos no tuvieron ninguna participación en la ley Gabriela [...] y desafortunadamente, la gente a veces no alcanza a darse cuenta que es un poco... que es utilizada en esa dirección digamos” (Gladys, Dirigenta Social)

La toma de distancia crítica que hace Gladys, respecto de las actividades a las que son convocados por el servicio de salud, se funda en la falta de legitimidad de las autoridades para ubicarse en el lugar de expertos, en el lugar de quienes van a capacitar a los dirigentes. Esto muestra que el dispositivo de participación funciona también como un espacio de formación que puede adoptar una lógica vertical, desde las autoridades centrales hacia los dirigentes locales. La formación como fuerza dispositiva adopta un carácter especial dentro del dispositivo de participación dada la dificultad que tiene la expertise para legitimarse en este dispositivo. Aquí podemos apreciar la relación que existe entre formación y expertise: siendo ambas fuerzas dispositivas, se acoplan en su acción sobre los sujetos de tal forma que cuando la expertise carece de un conocimiento sólidamente constituido sobre una materia, la formación se mostrará también frágil en su legitimidad frente a los sujetos.

²² Ley que amplía la definición del femicidio, promulgada el año 2020 tras el doble femicidio de Gabriela Alcáino y Carolina Donoso

²³ Gobierno de Sebastián Piñera

“...Por ejemplo, las capacitaciones que hizo la matrona de la Posta tenía mucho más valor que las capacitaciones que pudo hacer un equipo del Ministerio Salud, ya. Porque ella planteó cuestiones super completas, por ejemplo, al tema de cáncer de mama, el tema del cáncer cervicouterino, con cuestiones complejas, que la gente puede utilizar para su vida cotidiana, la puede transmitir, por cierto, a su vecina, su hija, su nieta, etc. Pero, eso tiene mucho más valor que una capacitación más del sistema, más de la institucionalidad superior por decirlo de alguna forma.” (Gladys, Dirigenta Social)

Sin embargo, que el problema de la legitimidad cobre vigor en este dispositivo no parece ser algo casual. Mientras en otras instancias la expertise opera de forma fáctica aquí, desde la posición del dirigente social, esta es cuestionada en su autoridad. La forja política de los dirigentes sociales los pone en alerta con mayor facilidad que a otros sujetos frente a los intereses movilizados en los dispositivos institucionales. Por decirlo así, hay una sospecha que les es inherente, en otras palabras, una capacidad para tomar distancia, para saber hacer la diferencia, identificando lo que es relevante para la comunidad de lo que es relevante para la institucionalidad.

“...Y no lo digo de este gobierno nomás, lo digo del gobierno pasado también. Y las capacitaciones son bien particulares. Porque las capacitaciones son el marco de lo que yo quiero capacitar y como lo quiero capacitar, y donde pongo los énfasis...” (Gladys, Dirigenta Social)

El “énfasis” que pone la institución en estas capacitaciones representa esa voluntad de forjar al otro en un sentido determinado. Si Gladys sabe hacer la diferencia, según su análisis, habría otro grupo de participantes que recibe más pasivamente esas formaciones. Hacer esta diferencia, filtrar lo que la institución propone es una habilidad clave ya que constituye a dos clases de dirigentes: los que saben hacer la diferencia y, por tanto, pueden dirigir su acción hacia temas que “valen la pena”, y los que no hacen la diferencia y terminan siendo “dirigentes de cartón”.

“Señora Gladys, entiendo lo que me dice, hay una figura de algún dirigente, así como de cartón

Yo diría, a mí me complica mucho, pero porque en algunos casos es literalmente así, y en otros, hay mucha gente que es muy valiosa, muy valiosa, tiene un trabajo, tiene un sacrificio y tiene una disposición, pero que, sin embargo, con todo eso son utilizados pa esto otro, digamos [...]

O sea, cuando yo lo único que pongo en valor es ... hemos avanzado como organización porque logramos comprar [...] una ambulancia más. O sea, no hay nada detrás, lo que significa trabajo social, no hay nada. [...] Yo creo que dirigentes como los que tuvieron en ese momento en ese proceso, con todo el respeto que me merecen como persona, son útiles al sistema porque aparecen ante el Servicio que también le acomoda, cierto, que como que todo está bien, tenemos la comunidad tranquila. Entonces, con eso nosotros cumplimos la meta y en definitiva no hay, no hay. Porque no hay atención de casos sociales, no hay real vinculación con la población que hace uso del servicio. Eso, la verdad..." (Gladys, Dirigenta Social)

Los "dirigentes de cartón" que le son útiles al sistema, que no realizan trabajo comunitario, que no hacen verdadero trabajo social, sino que simplemente comunican nuevas adquisiciones, haciendo pasar logros materiales como logros comunitarios, debilitan la autonomía de la asociación promoviendo un uso del dispositivo de participación que recubre la gestión en salud con un carácter democrático. El problema radica menos en que el dispositivo de participación pueda ser utilizado para legitimar un proceso como democrático, sino que esto se haga a costa de un vaciamiento del carácter reflexivo y anclado en la comunidad de los dirigentes sociales.

"Sra Camila usted, bueno me contaba que participa de este colectivo, que ha estado involucrada en el mundo de las decisiones, sociales, comunitarias, políticas también ¿Nunca tuvo interés en participar en el Consejo de Usuarios usted, de la posta?"

En algún momento participé, pero esas organizaciones son poco efectivas, en el sentido de que, no sé, ahora el Consejo de Usuario yo considero que se anduvo dispersando, pero no son... no accionan. No accionan frente a las problemáticas, son como organizaciones de fachada. Es como por ejemplo, no se po, esos consejos, esos consejos que hay en el colegio [...] en donde participan los apoderados, los alumnos, los profesores y la dirección. Y que se supone que tiene un poder de accionar en término de las políticas en el colegio que tienen algún de injerencia de lo que pasa en el colegio, lo mismo pasa en el Consejo de Usuarios [...] Pero son como organismos que tienen que estar porque la ley los obliga. Porque es parte de la cosa administrativa, pero más allá no tiene injerencia." (Camila, Dirigenta Social)

La señora Camila apunta que el Consejo de Usuarios hace parte de un tipo de organizaciones de fachada, ya que debe su existencia a la obligatoriedad consignada en la ley. Es un organismo que hay que mantener vivo a través

de los criterios y verificadores que establece la ley. Esa gramática de la burocracia constituye el ecosistema de los dirigentes de cartón apuntados anteriormente por Gladys. Camila, conociendo los síntomas de las organizaciones de la sociedad civil, en su sector, carece de interés en participar en estas organizaciones de fachada porque no tienen poder de injerencia. En ella es claro el diagnóstico sobre el tutelaje institucional que convierte al Consejo de Usuarios en un espacio más de la gestión administrativa.

Sin embargo, en la búsqueda de la realización de su ethos Camila, como una persona activa en la comunidad conoce de cerca la inconstancia de las organizaciones. La fragmentación del tejido social tiene una de sus manifestaciones en la falta de continuidad en el tiempo de las organizaciones, que atraviesan diversas crisis, como la que representó el confinamiento en pandemia, que impidió reunirse por, aproximadamente, dos años a muchos Consejos de Usuarios. Sin embargo, hay una inconstancia de las organizaciones sociales, una falta de compromiso que es anterior a la pandemia.

“(en nuestro colectivo) siempre nos reuníamos y eso nos ha dado continuidad. ¿Qué es lo que pasa con las organizaciones acá? Que se juntan para cosas puntuales, hay un evento y te convocan, pero cuando tú dices: mire sabes qué juntémonos- que esto, lo otro, no pasa nada. Entonces si no te juntas, si no puedes crear un lazo afectivo, solidario, leal con el otro con la otra, comprometido con la otra, no pasa nada, o sea yo no me siento comprometida, entonces no voy no más. Que como voy a ir: mira sabe que la municipalidad va a hacer una actividad para los niños con discapacidad, llevemos a nuestros hijos, lo llevo, pero para mí eso no tiene ningún sentido. O sea claro, los niños se diviertan un rato, pero en el término de incidir en la política, incidir en cambios en políticos no va a pasar nada y a eso nos hemos (Camila, Dirigenta Social)

La inconstancia que apunta Camila tiene que ver con la falta de compromiso, una disposición subjetiva, una dificultad con la conformación de sujetos colectivos desde la ciudadanía. La debilidad del dispositivo de participación, que convoca a los usuarios a actividades “puntuales”, encuentra también una debilidad en la organización autónoma de los vecinos. El “Colectivo Vamos Mujer”, que ella anima y del cual es fundadora, ha logrado generar un lazo que agrupe y movilice a sus miembros. Para ella, la falta de compromiso tiene que ver con la falta de lazo social, es la debilidad de la relación entre los mismos vecinos la que impide el desarrollo de la participación ciudadana.

Como vemos para ella, al igual que para Gladys, es muy importante escoger bien sus batallas, capacidad que implica tener un cierto capital asociativo, una cierta autonomía en la posición de dirigente, que permita tener la posibilidad de escoger.

Para Gladys el espacio institucional de la participación ofrece la posibilidad de desarrollar un tipo de ayuda valiosa para la comunidad. Esta ayuda que puede prestar el dirigente lo acerca a la figura del funcionario, al pasar a cumplir un rol de enlace entre las necesidades sociales de las personas y la oferta de servicios sociales y de salud institucionales, haciendo una gestión del caso a caso que permite sortear los obstáculos que encuentra la gente.

“Yo prefiero que... yo digo que tiene mucho más valor en poder ayudar a un vecino y una vecina que no sabe cómo acceder al sistema o que necesita, no sé, una atención en particular porque, resulta que su ... un caso que una usuaria me llama, me dice -sabes que yo tengo un adulto mayor en mi casa muy muy mayor pero no es postrado. Como no es postrado, no cae la visita de domicilio. Entonces le dije -déjame ver que podemos hacer- [...] el equipo [...] generó el espacio para atender a la vecina con la situación de su papá adulto mayor que no lo podía sacar de la casa. Entonces, ese tipo de cosa tiene mucho más valor que, como te digo, en estar en esos encuentros, en esas capacitaciones, en esas cuestiones que yo, sinceramente encuentro que son un poco mula, por decirlo (risa) en término coloquial.” (Gladys, Dirigenta Social)

En este pasaje Gladys apunta una idea presente en el auto-análisis, sobre mi propia experiencia de trabajo en un servicio de salud. La “ayuda que tiene valor” es una ayuda cercana que responde a una necesidad sentida por un vecino, alguien a quien uno conoce, o alguien que acude a pedir ayuda. Es una ayuda que repara un mal funcionamiento de los dispositivos de servicio y terapéutico, de la categorización de personas y de los procesos para acceder al servicio de salud. Por ende, actúa como un suplemento hacia los procesos que la expertise de servicio no ha sabido resolver. Gladys, puede sentir desilusión, pero entiende que no puede bajar los brazos y debe transformarse en una terapeuta del servicio público, una dirigente que hace trabajo social y que conecta a las personas con los servicios y los recursos de las instituciones. Esto lo logra mediante la escucha de los malestares de los vecinos.

“Señora Gladys, entonces a usted llegan... a sus oídos ciertos casos o situaciones difíciles de vecinos. Y usted hace la gestión, si ese vecino

necesita que le atienda, no sé, en la posta, hace la gestión para que eso ocurra ¿Es un poco parte del trabajo que usted hace?

Si, claro sea, si lo primero uno ... Yo atiendo a las llamadas, la preguntas de rigor -¿Usted está inscrito ? ¿Dónde está inscrito?- Ya. Porque hay respuestas que les puede dar por sí sola. -Mira yo vengo del CESFAM [...] - Para que tú puedas ser atendida tienes que hacer esto, esto y esto.- Y ya partir de ahí o sea si ... yo, voy a estar honesta, a ver. Yo... no es que mi labor esté absolutamente centrada en el Consejo de Usuarios y en estar intermediando entre vecinos y vecinas y la Posta. No es así [...] si salimos entregar solidaridad y en esa entrega de solidaridad en cualquier localidad, si surge una situación, yo la cojo y la canalizo. Y ahora si me llaman por teléfono porque la gente te empieza a ubicar [...] Y yo le dije ok ¿De qué se trata? Es eso digamos, es esa dinámica. Es teléfono abierto para quien necesite.” (Gladys, Dirigente Social)

Siendo parte del mundo de la salud uno se ve inevitablemente expuesto a la angustia de un paciente o de un vecino que busca solución a su problema. La gravedad puede ser inmediata, o bien lenta y desgarradora, cuando se espera por años dejando que el problema crezca y se acerque a lo irreversible. Acoger estos casos, como dice Gladys, tiene que ver con practicar una escucha sin resignación. Porque hay una escucha que puede ser empática, pero que entiende que el drama social o de salud de una persona queda fuera de su competencia, que la ayuda debe canalizarse por las vías institucionalmente definidas, resignando la acción a los límites de la competencia técnica. Esta táctica relacional consiste en vestirse de funcionario administrativo, entrar en el dispositivo de servicio y prestar una ayuda concreta a los vecinos. Si el dirigente busca formar organización, incidir en la política pública, ese es un camino largo y sinuoso. En cambio, el camino de la ayuda concreta es directo: en él se puede encontrar satisfacciones al alcance de la mano, ver y sentir el apoyo hacia las personas que lo requieren. Hacer odios sordos a estas situaciones equivale a la clausura del acompañamiento dentro de la relación de servicio, a limitarse por resignación a una escucha terapéutica, con la esperanza de que en la catarsis el otro se consuele.

Construcción del otro: La comunidad fragilizada

Como vemos, la posición de las dirigentas sociales es una posición intermedia entre el mundo institucional y el mundo comunitario. La presentación del sí

mismo y del otro se hace desde esta posición que agrupa elementos tanto de la institución como de los usuarios. En estos últimos se reconoce una cierta fragilidad que viene dada por diversas condiciones, o pesares, que se padecen en la comunidad. Ahora bien, esta construcción del otro muestra una cierta porosidad con la construcción del sí mismo. Esto se debe a que varias de las entrevistadas también son usuarias de la Posta y de la salud pública. Por ello la fragilidad de la que hablan no es un constructo teórico sino un fenómeno que también han sentido en primera persona, en la experiencia de enfermar y de usar los centros de salud. Sin embargo, su posición como dirigentas les permite tomar cierta distancia respecto de aquellos pacientes y usuarios que sólo se relacionan con la Posta a través de los dispositivos terapéuticos y de servicio. Si estos dos últimos dispositivos tienen una presencia factual en la atención de salud, el dispositivo de participación permanece más bien en latencia. A la luz de lo que hemos visto hasta ahora, ocupar todo el espectro dispositivo (los tres dispositivos descritos) se revela como una ventaja relacional que permite acceder a otro conocimiento y adoptar otras tácticas frente a la institución y frente a los pares.

La comunidad fragilizada es una imagen del otro que tensiona a las dirigentas sociales. Por una parte, le da sentido a su labor solidaria de trabajo social, pero por otra parte le resta fortaleza a las organizaciones comunitarias al carecer de un ethos ciudadano extendido en la población. Esto último es justamente lo que encontramos en los relatos de Gladys y de Evelyn. La primera identifica una fragilidad por el repliegue de la comunidad en la “chimuchina”, mientras que la segunda identifica una fragilidad en la distancia de los usuarios con la institución de salud. No obstante, una tercera forma de fragilidad emerge desde el relato de Camila que caracteriza como una experiencia de abandono de las personas en sus atenciones de salud cuando aún no se cuenta con un diagnóstico.

Evelyn apunta que la fragilidad de la relación con la institución se debe a problemas internos de esta última y con un tipo de “usuario invisibilizado” que ella ejemplifica con el caso de los adolescentes. La invisibilización que padecen sería el resultado de la falta de constancia del vínculo que se propone desde la institución de salud.

“...ha visto que los adolescentes venían de los colegios a participar en este espacio amigable después de clase tipo 4 de la tarde. Bueno eso se suspendió. Se suspendió, se fue este psicólogo, nunca volvimos a encontrar un psicólogo con esa expertise, digamos de psicólogo de Circo

Social. [...] Porque aquí en Chile hay jóvenes que son postergados y no son tomados en cuenta. Yo les llamo “los invisibilizados”. Nadie le toma cuento. Y este chiquillo como te cuento, en este Circo Social, para mí fue impactante [...] Llegó otro psicólogo, que no busca motivar a los chiquillos, a reencantarlos, por ejemplo. Los jóvenes hay que reencantarlos o sea no puede ser un ratito y después ... hay que seguir en el tiempo. Entonces ya después no había psicólogo, no permaneció en el tiempo. Y nunca se volvió a tener este espacio amigable que fuera en el tiempo no.” (Evelyn, Dirigenta Social y Usuaría)

La desazón de Evelyn se genera por la escasa valoración, por parte de la administración municipal, de aquella experiencia que mostraba potencial para generar interés en los más jóvenes, lo que reafirma en el tiempo el desinterés de la institución por este grupo de la población. Para Evelyn, el problema de fondo es la rotación de personal en el centro de salud. En ese sentido la comunidad fragilizada es también resultado de una institución fragilizada, que padece una torpeza relacional. Sin embargo, ella también identifica responsabilidad de parte de los usuarios “no desarrollados”.

“Siempre esta discontinuidad en la que uno ... en este lugar como la Posta es difícil ser usuario y siempre encontrándote con gente nueva o sea bueno se puede ser siempre que fuera un usuario desarrollado o sea desarrollado en el sentido que ... o sea que eres sociable. ¿Me entiendes? Es decir, un usuario sociable, van cambiando las personas, pero tú eres sociable. Siempre está juntándote al otro pero cuando no eres así, cuando las personas son de corto y todavía no son desarrollado, encontrarse con un extraño es como que limita cierta confianza por así decirlo, no sé si me entiendes? (Evelyn, Dirigenta Social y Usuaría)

La fragilidad de la comunidad pasa por una falta de confianza, por una dependencia con las relaciones cercanas y familiares lo que, dada la alta rotación de personal, entorpece la relación con el centro de salud. Lo que remarca Evelyn, conociendo a la comunidad del sector rural donde se emplaza la posta Las Vertientes, es la necesidad de pasar desde una confianza exclusiva en las personas cercanas hacia una confianza en la institución.

Gladys, desde su posición de presidenta del Consejo de Usuarios, realiza una crítica del vínculo que establecen los usuarios con la institución. Este sería un vínculo frágil por la falta de conocimiento de cómo funciona el sistema, lo que deja al descubierto la debilidad de la formación del -buen usuario- dentro del dispositivo de servicio. Dentro de la lógica de servicio Gladys

identifica a un tipo de usuario que ante cualquier dificultad que presente el sistema público prefiere irse al privado, siendo una suerte de usuario-consumidor que hace uso de su facultad de elección. Es interesante destacar que lo que critica Gladys es una táctica que realiza un tipo de usuario que, dentro de su margen de maniobra, decide saltar de un sistema a otro buscando la mejor solución a sus necesidades. En cuanto a las formas de usar el dispositivo de participación, Gladys critica a un tipo de usuario que está dispuesto a participar sólo a cambio de algo, que entendería la lógica de la participación como una transacción. Al contrario, el tipo de usuarios ideales para ella, tienen una postura más ciudadana, demostrando reflexión, asociándose y realizando propuestas.

Una tercera forma de entender la fragilidad de la comunidad se relaciona con una soledad y desorientación de la persona que se siente mal y que no cuenta con un diagnóstico, en otras palabras, la persona que, aquejada de cierta sintomatología, percibe alterada su salud sin encontrar interés de parte de los funcionarios de los centros de salud por descubrir la causa de su malestar. Es en este sentido un exiliado del dispositivo terapéutico. Esta fragilidad se encarna en un tipo de usuario que no va a insistir, que se va a conformar con lo que le dicen a pesar de su malestar. “...por ejemplo, si tú no tienes la fuerza o la capacidad para alegar, para solicitar...te tratan mal. O sea, si yo me enojo...porque hay mucha gente que dice -si yo me enojo no me van a atender, no me van a atender. Me van a dejar para el último” (Camila, Dirigenta Social y Usuaria). Si bien esta fragilidad se asienta sobre la dificultad para entrar en una relación de “cuidado” y de tratamiento, lo que queda en entredicho es la capacidad que tiene el usuario de cumplir su ethos, es decir demandar activamente la intervención de la institución sanitaria. Sólo algunas personas tendrían los apoyos necesarios como para no sentirse incómodas con los trajes del usuario, o sentir que dichos trajes no le traerán desgracia.

La colisión de fuerzas dispositivas queda en evidencia, la forja del usuario desde las normativas, y desde la capacitación, se enfrenta a una fuerza dispositiva que no hemos nombrado pero que podemos caracterizar como la falta de hospitalidad: la dureza, el “abrutamiento”, la indiferencia, el hacer la vista gorda. A fin de cuentas, esta es una fuerza dispositiva de la saturación, de la deshumanización del servicio, del empantanamiento del sujeto cuando sus arenas se vuelven irreconocibles.

Conclusión sobre el vaciamiento de la participación

En La Posta Las Vertientes, la suspensión de las actividades de participación, durante los confinamientos ligados a la pandemia, y especialmente la distancia que existe entre las dirigentas y el centro de salud han llevado a que el dispositivo de participación se muestre vaciado o, en el mejor de los casos, haya derivado en formas opacas de participación. Debemos entender esta opacidad, como el carácter menos evidente de seguir las normativas ministeriales de la participación en salud y la retirada de los sujetos del dispositivo de participación por no lograr identificar en él un espacio que les permita reconcerse.

El desplazamiento que se evidencia está representado en la capacidad de *saber hacer la diferencia* que fue destacada por Gladys. Ella resistía como la única dirigente en un Consejo de Usuarios despoblado. Su posicionamiento crítico resultaba interesante ya que implica un *mantenerse a distancia*, tanto de la comunidad como de la autoridad comunal. Ella “hace el tamizado” y rescata personas de ambos mundos tratando de no dejarse capturar por los discursos o prácticas reinantes en ellos. Esto representa un ejemplo de reflexividad, a la que hemos posicionado en nuestro entramado teórico, como una condición para tener un margen de maniobra propio, en otras palabras, para dejar abierta la posibilidad de auto-subjetivación.

A su manera, Camila también toma un posicionamiento crítico semejante al de Gladys, ubicándose en este terreno intermedio entre la comunidad y la autoridad. Si bien este es el posicionamiento clásico de los dirigentes sociales, el registro crítico de Camila y Gladys coinciden en el *mantenerse a distancia*. Para Camila, la participación ciudadana, a nivel local, carece de un sujeto colectivo que la sostenga. En este sentido, la debilidad del dispositivo de participación de La Posta no es sino la consecuencia de un fenómeno mucho más amplio, como también lo destacaba la señora Evelyn. Sobre los sujetos colectivos, Camila apunta la *inconstancia de las organizaciones*, es decir la falta de compromiso y la corta expectativa de vida de los colectivos de organización autónoma. Al hablar del poco compromiso de la gente, es que se deja ver una constitución subjetiva que no está determinada por el espacio normado de la participación ni por una táctica propia que pudiera considerarse como ciudadana. La figura del ciudadano aparece abandonada en su dimensión activa, quedando sólo el ejercicio de la representación política, el que también evidencia un proceso de desgaste importante como lo evidenció el estallido social de 2019.

Para Camila, el Consejo de Usuarios constituye una “organización de fachada”, es decir no hay una implicación subjetiva autodeterminada en quienes hacen parte de ese espacio. Como ella lo señalaba su existencia se debe a la “obligatoriedad de la ley” lo que no calzaría con la voluntariedad de las personas. Sin embargo, esta última tampoco ha logrado cuajar en formas organizativas sostenibles lo que profundiza el vaciamiento de la participación. En la misma línea Gladys hacía la crítica de un tipo de dirigentes que resultan “útiles al sistema”, gracias a quienes los dispositivos de participación en salud mantienen un funcionamiento institucionalmente tutelado. El *dirigente de cartón* carece de trabajo social que para Gladys constituye uno de los pilares del ethos de todo dirigente social.

Esta posición reflexiva, como hemos evidenciado, se muestra solitaria, teniendo que buscar a nivel local ciertos apoyos tanto institucionales como comunitarios. Este posicionamiento, a medio camino entre la institución y la comunidad, representa una modalidad de búsqueda de autonomía, que no se realiza dentro del dispositivo institucional de participación sino en los márgenes que este comparte con el dispositivo de servicio, o derechamente fuera de la órbita de La Posta. Es que *la ayuda que tiene valor*, esa que permite destrabar algunas de las manifestaciones más violentas de la *indiferencia institucional*, convierte a Gladys en una trabajadora social informal. Atendiendo a De Certeau, no podemos aseverar con plena facultad la soberanía de esta posición subjetiva sobre un territorio o espacio. Ella se realiza en los propios espacios que dejan los dispositivos, pero probablemente no en los espacios que han sido concebidos inicialmente para ello. Esto queda de manifiesto en el rechazo al tutelaje institucional sobre el Consejo de Usuarios, en el no asistir a las reuniones del Servicio de Salud, en cuestionar la lógica de las actividades a las que se los invita. Restarse, o *mantenerse a distancia*, representa esa capacidad de autonomía.

El vaciamiento de la participación puede verse desde el cambio de estado que esta evidencia en La Posta. Si normativamente la participación debía estar circunscrita a las relaciones formales entre el Consejo de Usuarios, los profesionales del área de participación y los funcionarios de la dirección de La Posta, eso no fue lo que encontramos en el terreno. Por las razones que hemos esgrimido la participación había cambiado de estado, había cambiado de dispositivo. Esto es un proceso en el que las coyunturas han jugado un papel importante, así como también los posicionamientos de los sujetos frente a esas coyunturas. Quizás la coyuntura más marcadora es la fractura entre el mundo comunitario y La Posta. Esto no fue siempre así. En la etapa en que la señora Evelyn encabezaba el Consejo de Usuarios había una

cercanía entre dicha agrupación y los profesionales que ya no trabajan en La Posta. Es la etapa que recuerda con añoranza la señora Rosita, usuaria del centro, quien participaba de este “grupo de mujeres pensantes” que habían encontrado en La Posta, y en un círculo de profesionales y vecinos, un espacio de sociabilidad. Esta táctica de uso del centro de salud como lugar de reunión bien puede ser considerada como otra modalidad de auto-subjetivación que implicaba la formación de un sujeto colectivo. Probablemente, al centro de este colectivo estaba el grupo de “Tejedoras de Las Vertientes”, pero incluía una serie de articulaciones con otros vecinos y la realización de actividades de diversa naturaleza. Lo que allí se daba era un espacio convivial en el que se compartía y se pensaba, porque ellas también “querían cambiar el mundo”. Pues esa modalidad de auto-subjetivación se encontró con un escollo insalvable en el momento en todo un grupo de profesionales del centro de salud dejan sus funciones. Los profesionales brindaban apoyos, que muchas veces iban más allá de sus funciones, porque estos tenían conexiones de vecindad con las usuarias. Si bien carecemos de antecedentes empíricos sobre la densidad de aquella red, lo que podemos sacar en limpio para nuestra tesis es la constitución de un sujeto empoderado a tal punto que se impone a sí mismo la misión de “salvar La Posta”, es decir, de no dejar que la cierren por falta de usuarios. En dicho sentido, *usar el centro de salud* equivale a darle vida a un dispositivo en crisis.

Ser tomado en cuenta

Hasta ahora destacamos dos modalidades de posicionarse desde la figura de dirigente social, desde la desilusión o la resistencia. Ambas hacen frente a un vaciamiento de la participación, es decir a la debilidad de las relaciones de participación tanto en el marco institucional de la Posta, como en el marco comunitario de la localidad de Las Vertientes. Desde la vereda de los usuarios y los pacientes, dos posiciones subjetivas muy relevantes en el mundo de la salud, la posibilidad de desilusionarse o de resistir debe hacerse generalmente bajo la necesidad de atenderse con los profesionales que trabajan en la Posta, o bien, arreglárselas para ir a buscar salud más lejos. En los relatos de las entrevistadas se encuentra principalmente la primera de estas tácticas.

Como veremos a continuación estas tácticas se basan en un conocimiento experiencial sobre lo que es atenderse en la salud pública. Dicha experiencia comprende, en general, sentimientos negativos, como la falta de acompañamiento apropiado frente a síntomas que no tienen un diagnóstico certero, dificultades para poder agendar hora con un profesional determinado o tratos indignos durante las atenciones. No obstante, lo anterior no significa, necesariamente, que no existan las experiencias positivas, como el trato privilegiado que obtiene Teresa al llegar a la Posta en donde todos conocen su complicación respiratoria. Lo que yace en el fondo de esta catarsis experiencial es la dificultad para ser tomado en cuenta en medio de las atenciones, en donde las usuarias dejan sentir un vacío en la escucha y una dificultad en el decir. Si el reclamo emerge como respuesta, frente a las experiencias de injusticia y falta de dignidad, este se perpetúa en un espacio paralelo de oralidad: “la chimuchina” que apuntaba Gladys, sin resignarse completamente a desaparecer del espacio público.

Tomemos el caso de Teresa, quien justifica su opinión de que en la Posta la atención ha sufrido un deterioro por la falta de personal para la atención clínica, lo que la ha movilizado, sin éxito, a reclamar hablando con la Junta de Vecinos o con sus mismos familiares.

“...porque había más personal, había no sé... no había tantas enfermedades me imagino yo, pero era mucho mejor, antes ibas y te atendían al tiro. Pero ahora no, hay más problemas, que los doctores no están, que andan por allá, que andan en Volcán, que andan por otro pueblo. Entonces hay puras chivas nomás. [...] Usted llega y -ah no, es que no hay médico. -No, es que espere la va atender el médico. -No, es que venga mañana. -No el médico hoy día está en tal parte. -El médico está con licencia o la doctora no vino. Cosas así y se van para adentro, porque ahora están cerradas las puertas. Entonces no dejan entrar, le hablan de la reja. Así que usted ahí queda, no puede preguntar nada más, -no, no está la doctora-. -Vengo al dentista. No, no está el dentista, no está trabajando. Con laboratorio menos. Entonces, eso yo digo que es una mala atención”. (Teresa, Usuaria)

La indisponibilidad que relata Teresa se agudizó durante la pandemia durante la cual primaba el distanciamiento social que se mezclaba con la descarnada falta de hospitalidad. El tiempo anterior se añora por una relativa tranquilidad sanitaria y relacional, donde no se estaba constantemente expuesto al contagio y existía una libertad para entrar tanto en el espacio de físico como en el contacto con los funcionarios. Si prestamos atención lo que

se repite una y otra vez en el extracto anterior es la indisponibilidad. “Vuelva mañana; puertas cerradas; la doctora no vino; no dejan entrar; no puede preguntar nada más...” entre otras expresiones que dan cuenta de una violencia institucional que arroja al usuario hacia una espera incierta. Esto promueve un espacio de relatos entre cercanos en donde se narran experiencias y se planifican acciones

“...Sí, la misma gente de acá, los vecinos, hablamos con la Junta de vecinos de repente, entre familiares, decimos vamos a hacer tal cosa, vamos a ver con tal persona van a hablar, pero nunca dan una solución. No hace nada el alcalde, los concejales ni las personas que tienen que hacer algo no lo hacen. Entonces ¿A quién le vamos a reclamar? (Teresa, Usuaría)

Estos relatos no se limitan en la narración de las experiencias de injusticias, sino que conectan con el deseo de manifestar el descontento. Es en ese paso donde se vive una segunda frustración: la falta de acogida del descontento frente al cual “nadie da solución”. Hay un claro sentimiento de abandono en la pregunta sobre a quien le van a reclamar. A pesar de que el reclamo tiene una vía institucional, las solicitudes ciudadanas, estas son raramente utilizadas por los usuarios. Su uso se considera excesivo ya que vulnera al mismo tiempo la cercanía con los profesionales y el espacio autónomo de “la chimuchina”. Sin embargo, este distanciamiento es el resultado de la falta de incidencia que dicho mecanismo demuestra tener. Veamos esto ejemplificado en los relatos de Evelyn y de Gladys.

Evelyn, ante la ausencia de gasa en la posta, lo que ella señala como algo básico en un centro de salud, presenta un reclamo por la vía institucional. Si bien recibe respuesta, está la pone a una distancia que ella entiende como una pérdida del espacio de confianza que ella se ha esforzado en generar.

“...No había gasa. Entonces esa experiencia también me marcó mucho, me dolió. Porque no había gasa para atenderme. En el caso mío era un hueso, pero si hubiera ido una persona que va con una curación de varices qué es indispensable la gasa, en una curación de varices. Entonces yo reclamé. Reclamé y cuando me dieron el reclamo me lo contestaron. Fue muy fría la contestación. O sea, me dijeron bueno -no había gasa, porque tenemos pedida las gasas hace mucho tiempo y el despachador de la fábrica, o sea el despachador o la farmacéutica que tenía que darle no lo había mandado-. Entonces le echaron la culpa al que no le habían despachado las gasas [...] ni siquiera una disculpa. Porque hay confianza, yo soy una persona conocida, sino que fríamente, echándole la culpa a la

farmacéutica que no había despachado la gasa. No haciendo una *mea culpa*, decírselo fue disculpa [...] por eso te digo son casi una monarquía ¿Me entiendes? [...] esas cosas me fueron como molestando...” (Evelyn, Dirigenta Social y Usuaría)

La vía institucional del reclamo cercena el relato de los usuarios emitiendo una respuesta desprovista de cualquier ética de la relación, tan sentida e importante para Evelyn y para las otras usuarias. La respuesta se opone a lo que Evelyn considera importante en salud que es “hablar de corazón a corazón”. Con algo de resignación ella reconoce que “gente de la salud es media abrutada” apuntando a una falta de hospitalidad en el trato hacia los usuarios.

Gladys, al ponerse en sus zapatos de usuaria de la salud pública, hace referencia a una situación de mal uso de recursos públicos por parte de los médicos y a un mal trato por parte de un profesional de la salud. Estos casos los cita para argumentar que las vías institucionales del reclamo no tienen la capacidad de incidir en la solución al problema; en su lugar funcionan como un mecanismo de legitimación en el cumplimiento de la gestión a través de los reportes cuantitativos de las solicitudes ciudadanas efectivamente respondidas.

“...ese tipo de cosa pasa. Los dirigentes lo expresan, pero nadie te pesca. Nadie te pesca. Pasa eso, pasa cotidianamente [...] El punto es que nadie le pone el cascabel al gato. Entonces, además si tu quiere hacer algún reclamo, esas cuestiones quedan ahí ... por ejemplo, yo hace varios años, sufrí maltrato de una psiquiatra infantil de ahí del ... Yo hice la... (risa) que mis hijos me bromean conmigo porque dice que creen que soy la única que usa la OIRS²⁴... (Risa)

Yo hice los reclamos, y toda la presentación, todo, y jamás me respondieron, jamás me respondieron. Nunca, nunca, nunca, nunca, nunca. Nunca. Ya quizás ahora con eso de los derechos de los pacientes sea distinto, pero... pero en general, la respuesta también es formal. Veremos su caso, haremos el esfuerzo para que eso se solucione, hasta luego Señor-, esa es la respuesta. Y con eso después las estadísticas dicen cuántos emplazamientos, no sé cómo se llamará, ¿tenemos? 10. ¿Cuántos contestamos positivamente? 10. Entonces, el resultado es cero, estamos bacán. Y así opera. Así opera. (Gladys, Dirigenta Social y Usuaría).

²⁴ Oficina de Reclamos Informaciones y Sugerencias

Este mecanismo de rendición de cuentas asociado a los reclamos de los usuarios es un reflejo de un dispositivo de servicio que progresivamente ha dotado a su gestión de distintos discursos y prácticas modernizantes. Uno de ellos es la participación, que es tomada más bien como un componente de la calidad de la gestión que como un espacio público de incidencia política. Como vimos, este es uno de los malestares relatados desde la posición de dirigentes, pero que ahora vuelve a emerger en las situaciones en que los usuarios se sienten menospreciados. Frente a ello, los usuarios comprenden no sólo que no hay solución a sus quejas, sino que tampoco hay construcción de colectivo que aspire a la transformación del dispositivo de servicio. Gladys es la más directa en este sentido al posicionarse en un paradigma de transformación societal. La modalidad del reclamo que se presenta en la Posta, no permite la constitución de un discurso colectivo (Freire, 2015) ni tampoco situar temas de interés en el espacio público (Appadurai, 2004), sino que relega la queja a una estandarización en su procesamiento y en su respuesta quitándole todo componente afectivo, volviéndola un objeto discursivo irreconocible para los usuarios.

“... Entonces, hay como... la gente hay pa quedarse, cierto para reclamar, pero no lo suficiente como para levantar una demanda. Una demanda en el sentido de una demanda de política pública. No digo una demanda jurídica. Eso hace que la gente se conforme con la chimuchina, porque eso es lo que pasa. Entonces, en vez de preguntar cierto por qué, por ejemplo, se cambió... voy a poner un ejemplo, al médico que atendía al adulto mayor, en vez de preguntar porque, cual tiene razón, si es parte de alguna mejora, si es parte de algún programa que terminó. Nos quedamos en decir -oye te das cuenta como echan a los funcionarios, no dando una explicación. Porque los echan, porque ahí cada uno hace lo que quiere-. Y en esta dinámica cree la comunidad y con eso se sienten... yo de alguna manera siento que esa catarsis, como que no se, a lo mejor los deja satisfechos, tranquilos, pero de ahí a ser capaz de decir -bueno yo no estoy de acuerdo y me voy a organizar para, de manera muy correcta, y muy respetuosa, voy a preguntar, porque la comunidad requiere de una explicación- esta parte no está considerada.” (Gladys, Dirigenta Social y Usuaría)

Desde la idea de transformación del dispositivo, “la chimuchina” carece de sentido, ya que no pretende modificar la estructuras que están en el origen de los malestares. La catarsis es un espacio discursivo que permite apropiarse de un momento, es una modalidad de uso del dispositivo, como lo entiende de Certeau, que no sólo incomoda las pretensiones de totalidad de los

dirigentes más políticos, sino que también incomoda en los espacios instituidos de la participación, ya que se deja sentir de forma indirecta reservándose un micropoder de acción: una suerte de corrosión lenta de la legitimación que la gestión busca a través de sus mecanismos instituidos. En lugar de ello, lo que se genera es un distanciamiento táctico de los usuarios, respecto al dispositivo de servicio, y la conformación de este espacio del decir. No obstante, este no es un discurso, dado que carece de los mecanismos para validarse como tal; permaneciendo siempre cerca de la voz de los usuarios conservando la agilidad en su emisión.

Esta táctica tiene sus debilidades que regresan hacia los usuarios en forma de malestar, especialmente hacia aquellos que tienen menor participación en redes comunitarias, es decir, que experimentan de más cerca la soledad y el aislamiento. La crítica de Gladys tiene que ver exponer la paradoja del distanciamiento de los usuarios. Ella entiende que existe una dependencia de parte de las personas respecto a la institucionalidad de salud y su lucha se ubica dentro de estos márgenes en la noción del derecho a la salud. Como hemos mencionado, ante el vaciamiento de la participación, ella se posiciona como un enlace entre las atenciones de la red pública, no sólo de salud, y las necesidades de los vecinos de su sector.

Pero, regresemos a la experiencia de Teresa que nos permite caracterizar una segunda táctica de los usuarios frente a la indiferencia institucional.

“...sí, sí, incluso llegué a poner un reclamo, pero después no... porque me dejaron afuera, no me dejaron entrar. Hace poquito sí fue con... porque yo no llevaba la mascarilla, entonces me dejaron afuera. Pero unas niñas que yo pregunté y eran nuevas, así que no pasa nada. Me cerraron la puerta. [...]

Y después me mandaron a hacer una radiografía al pulmón y hay que atravesar de una sala a otra y hay que salir al frío, y también después volví con la radiografía y me volvieron a dejar afuera y ahí tuvimos un encontrón si, las mandé a la punta del cerro. Igual reclamé y no sé en qué habrá quedado. Igual no las he visto devuelta a esas niñas, dijeron que eran nueva y que no sabían”. (Teresa, Usuaría)

El sentimiento de injusticia, de agravio, Teresa lo conecta con una falta de vínculo con las profesionales. En el contexto de una indiferencia institucional hacia las demandas y solicitudes de los usuarios tener vínculos cercanos con los profesionales se convierte una táctica de acceso importante. Esto que

podemos llamar el desafío de hacerse ver, es decir, de ser tomado en cuenta por los distintos profesionales de la Posta, tanto a nivel de las relaciones de servicio como terapéuticas, es algo que caracteriza a la posición de usuarios y pacientes en la Posta.

Los usuarios despliegan distintas modalidades para ser tomados en cuenta. Teresa, desde su condición de paciente crónica con EPOC, se considera experta en el uso tanto de la posta como de la urgencia del Hospital de San José de Maipo. En base a esa experiencia de larga data ella mantiene una relación cercana con la posta. A ella no la hacen esperar, “pasa altiro”, como ella señala es “la regalona²⁵ de la posta”.

Cuando va, ¿le toca esperar en la sala de espera o pasa directo?

No, me pasan al tiro. Porque yo paso de urgencias, aparte que yo soy la regalona de allá.

No, yo llego y se asustan. Como que me conocen todos así que no, -que viene la Teresita, que viene la Teresita-. Así que al tiro -que la clínica y el oxígeno- al tiro. Es que yo voy allá al último, cuando ya estoy ya (cuando se encuentra mal de salud). (Teresa, Usuaría)

Esto da a entender que ella no es una usuaria anónima para la primera línea de atención: el dispositivo de servicio la reconoce en su condición singular de paciente, de vecina del sector y de sus crisis respiratorias que ameritan una atención rápida. Esta es la forma en que ella se hace ver en la posta y en el hospital. Dejar de ser un usuario anónimo, en el caso de Teresa, responde a haber creado en el tiempo una relación con los funcionarios que la atienden. Ser la “regalona” significa, en este sentido, tener un trato preferencial.

“Es como una relación bien cercana esa.

Sí, sí.

Es bueno eso, me imagino que en otros lados...

Sí, se agradece eso porque tienen buena voluntad, aparte que ya me conocen hace tantos años, ellos saben el problema que yo tengo, entonces corren a atenderlo. Así que me cuidan, cuando es muy complicado me mandan a San José de Maipo, en ambulancia”. (Teresa, Usuaría)

El sentimiento de ser cuidada cuando lo necesita reconforta a Teresa quien, si bien reclama cuando ha sido tratada indignamente, reconoce un cariño de parte del personal de la posta. Su historia como usuaria marca un camino

²⁵ Chilenismo para caracterizar a alguien muy querido y consentido.

hacia el reconocimiento como paciente en la posta: a ella no se le puede negar la atención, no se le puede ignorar. Si bien esto podría ser un simple efecto de la gravedad de su condición de salud y del tiempo que lleva atendiéndose en la posta, hay una dimensión interaccional importante que permite ser vista, permite dejar de ser igual al resto de los pacientes.

Rosita apunta a este fenómeno desde otro ángulo.

“...No sé yo creo que también aquí en Chile todavía existe o aquí en las Vertientes, que como te ven, como hablas, te tratan. Porque si yo voy (*con una voz débil*) oiga que XX. - No! No hay nada, que váyanse-. Pero si uno va con otro tono de voz, es increíble que la atención varía mucho”. (Rosita, Usuaría)

Aquí queda más en evidencia la relevancia de la dimensión interaccional en la relación que se establece entre funcionarios y usuarios. La presentación de uno mismo tiene un efecto performativo en la atención que reciben los usuarios. Si queremos ser precisos esta táctica relacional tiende a estar determinada por el estatus social de la persona. Sin embargo, dicha determinación es relativa. Teresa, de orígenes humildes, logra “hacerse ver” desde sus crisis de salud, desde una puesta en escena activa y desde un vínculo con los profesionales que trabajan en la Posta. Bajo estas condiciones, no todos los usuarios logran conjugar los aspectos necesarios para ser tomados en cuenta.

Es lo que nos ilustra Camila, en su posicionamiento de usuaria, a través del desafío de arreglárselas como uno pueda. Esencialmente, este desafío es una experiencia de abandono en el tránsito por los servicios públicos que, según ella, existe en distintos tipos de servicios. En otros términos, ella apunta a una configuración del dispositivo de servicio que se vive como un maltrato por parte de los usuarios que se ven obligados a librar una batalla para ser tomados en cuenta.

“Porque no sabes a quién dirigirte. Por un lado, o sea no hay una entidad que diga que hay... sabes que hay un problema o quieres que te diga esto, no hay visiblemente digamos, no hay visiblemente donde uno te diga mira me paso esto... ahí cada uno se las arregla, como ha sido todo en este país, cada uno se las está arreglando como puede, ha sido una cultura una relación social que se instaló en este país que si tu no exiges no te movilizas no pasa nada. Y por otro lado están las personas que... por ejemplo si tú no tienes la fuerza para o la capacidad para alegar, pedir, para solicitar te tratan mal. O sea, si yo me enojo, por ejemplo, hay mucha gente que dice:

que si yo me enojo no me van a atender, no me van a atender me va a dejar para el último [...]

...y sobre todo la gente más humilde. O sea, es terrible. A ese nivel doméstico de poder... ahí es donde se cruza el problema, porque cuando tu entras al hospital, ya la cosa es diferente, estás declarado enfermo o enferma hay y los mecanismos se activan y funcionan bien, no tengo nada que decir en ese sentido, por ejemplo cuando me operaron fue una cosa así super rápida, super bien atendida, ni un drama, nada y cuando mi marido estuvo, bueno cuando tuvimos el episodio de llegar a la posta, de urgencia ahí en la posta, un desastre, pero ya ahí cuando te entran a una cama, ahí la cosa va cambiando.” (Camila, Dirigenta Social y Usuaría)

Los matices que introduce Camila permiten profundizar la descripción de una táctica del usuario que requiere de un elaborado trabajo de su parte. La figura del usuario incorpora este componente de tener que “arreglárselas como puede”. Este esfuerzo personal, para acceder a los servicios de salud, en general requiere de apoyos de otros y de un acompañamiento en el tiempo que, según los relatos de las entrevistadas no son fáciles de encontrar. Para Camila este es un drama que se vive a menudo por muchas personas, siendo las personas más humildes las que lo padecen con mayor inclemencia. Este es el desafío de saber enfrentarse a los grandes vacíos que deja la institución, a la falta de acompañamiento en los procesos que requieren las personas que acuden a los centros de salud. El desfase entre los tiempos de la institución y los tiempos del paciente es importante, siendo esta experiencia la que realza la ayuda que tiene valor, es decir la acción de enlace o trabajo social que realizan algunos dirigentes, como lo señalaba Gladys.

“Si, mira, empecé yo a tener no dolores, pero malestar. Era como una contracción, entonces fui, bueno, previo a eso yo me hice exámenes. La mamografía, el papa Nicolau, esos rutinarios que uno se hace cada cierto tiempo, y bueno me hicieron todo eso, todo estaba bien, no había problema. Me hicieron una ecotomografía uterina o algo así que era del bajo vientre y no tenía nada, pero yo seguía sintiendo una molestia. Así que insistí y le pedí que por favor me hicieran otros exámenes más específicos. Y, ahí la matrona, bueno ahí me atendí con la matrona, bien ningún problema, y ahí me mandaron a hacer un examen intravaginal, una ecotomografía intravaginal y esa me la tuve que hacer de forma particular, porque ellos no tenían convenio para eso, era demasiado específico. Entonces tuve que, me dieron la orden y yo hice por mi cuenta el examen. Me hice el examen, después se lo llevé a la matrona y la matrona claro, yo

también sabía de antes, porque dice ahí se dice en el examen y tenía un tumor como de 15 cms que era harto grande y bueno, y afortunadamente las matronas y las chiquillas ahí, activaron altiro el programa GES.” (Camila, Dirigenta Social y Usuaría)

Hay un último aspecto que se deja ver en el relato de Camila. Ella apunta un momento en que la institución se hace cargo del problema del paciente. Cuando “se activa el programa” o “cuando te entran a una cama”. Esto tiene repercusiones importantes tanto a nivel de los pacientes como de la política pública de salud: La experiencia de espera es una de las dimensiones del sentir del sujeto frente a la acción dispositiva. Es tarea del usuario alterar la temporalidad de la respuesta que requiere para sus necesidades. Como señalaba Agamben (2011) una de las características del dispositivo es imponer un sentido de inmediatez. Dicha inmediatez centra la acción dispositiva en algunos puntos dejando otros sumidos en el letargo o en la indiferencia, es decir, en su periferia. Para el sujeto, esto se vive como lo describía Camila, con un desconsuelo por no contar con los apoyos para desplazarse y activar proceso tanto de servicio como terapéuticos. En términos de la política pública, lo que se genera es un vacío en el ámbito de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad ya que en dichas áreas los sujetos, tanto usuarios como profesionales, carecen de las urgencias que los llevan a movilizarse.

“Sí, mira, yo creo que el servicio, los médicos, tienen buena voluntad y todo lo que tú quieras, de hecho a mi me paso un hecho bien complicado ahí. Porque resulta que, los médicos, si tu le dices: me duele el oído -a ver no, no tiene nada- (inintendible). Pero nunca buscan la razón de por qué te duele el oído, no van más allá. De hecho, cuando yo me hice esto del tumor, como tu dices, yo tuve que decir: sabes que todavía sigo con el problema, no es que me duela, pero no es normal. Entonces ya, ahí te mandan.... Lo mismo me pasó ahora con la cosa del estómago, que yo me empecé a sentir, me dolía el útero y resulta que me mandaron a hacer esta ecotomografía abdominal y me dijeron que me iban a llamar, que ellos tenían un convenio con una clínica, con un centro médico en Puente Alto, pero que ellos me iban a llamar, en una semana más o en 15 días. Pasaron los 15 días y nunca me llamaron, nunca me llamaron. Entonces, yo tuve que ir de nuevo, mire sabe que ya pasó el periodo, yo sigo con mi problema al estómago y necesito que me den la orden.” (Camila, Dirigenta Social y Usuaría)

Camila identifica una cierta dificultad de los profesionales “para ir más allá”, es decir para hacer un trabajo más en profundidad con los pacientes, buscando las razones de ciertos síntomas. La experiencia de su marido, quien falleció de cáncer, y la suya propia la han llevado identificar el diagnóstico como una puerta estrecha, de difícil acceso para recibir los tratamientos. El profesional, la institución en general, necesitaría de un diagnóstico para facilitar los procesos de los pacientes. Antes de ese momento, la batalla es del paciente. Esto nos deja frente a una figura profesional que demarca su ámbito de acción, su expertise, especialmente sobre fenómenos tipificados sobre los que haya evidencia, protocolos, guías o flujogramas. Así, el ámbito pre-diagnóstico son tierras más inciertas en las que una parte de los profesionales prefiere no aventurarse.

“...a mi marido le paso exactamente lo mismo, mi marido empezó mal, mal, mal, le hicieron exámen del covid y ya se juntaron las semanas y él empezó a sentirse muy muy mal y mi cuñada lo llevaba a la posta porque yo no podía ir, como estoy con mi hija que no la puedo dejar sola. Lo llevaba y yo le dije un día: mira Juan, sabes que pídele al médico que te haga exámenes, todos los exámenes, porque esto no es normal lo que te está pasando, él le tuvo que pedir, que le hicieran los exámenes. Entonces no se, una vez que te declaran la enfermedad ni un rollo. Ahí no tengo nada que decir, porque yo cuando ya sabía que tenía el tumor, todos los mecanismos se empezaron a mover y rápido. Porque me hicieron los exámenes, me hicieron el escaneo total, los exámenes de sangre, de orina, de todo y fue muy rápido y muy eficiente. Pero antes de eso, si tu no insistes te mueres en la casa. Sin ningún tratamiento, entonces ahí donde está [...] lo fome...” (Camila, Dirgenta Social y Usuaría)

A modo de conclusión, ser tomado en cuenta reúne el desafío que las usuarias relatan de la indisponibilidad de horas de atención, de la escucha de profesionales, del acceso a exámenes, etc, con las modalidades tácticas que ellas articulan para enfrentar esta situación. Como señalábamos, a propósito del posicionamiento de Camila, los usuarios se sienten abandonados a la hora de transitar por los centros de salud, entendiendo que cada uno tiene que arreglárselas por sus propios medios. En este contexto una de las modalidades tácticas de los usuarios es el reclamo, el que es presentado en diversas instancias de la institución. Frente a la indiferencia que encuentran, por parte de las autoridades y una vía institucional que vuelve irreconocible la vivencia, algunos usuarios realizan un distanciamiento creando un espacio del decir autónomo, que corroe los mecanismos institucionales que

legitiman la gestión. Sin embargo, la dependencia que existe respecto al conocimiento experto en salud hace que el distanciamiento sea siempre parcial. Las urgencias o las enfermedades crónicas hacen regresar al usuario al contacto con los equipos de salud. En esta relación emerge otra táctica de uso que consiste en hacerse ver, es decir romper las barreras de la indiferencia institucional. Una primera modalidad para concretar esto tiene que ver con la puesta en escena del usuario frente a los funcionarios, en la que una mezcla de factores estatutarios y de presentación del si-mismo influyen en los resultados de la interacción logrando, en algunos casos hacer la diferencia. Una segunda modalidad, tiene que ver con la insistencia de ir una y otra vez, transformándose en un promotor y abogado de su propio caso de salud y de sus particularidades por las cuales debería ser tomado en cuenta.

Construcción del otro: El bueno y el malo

Ser tomado en cuenta comprende una construcción de los profesionales, una identificación de quienes son más accesibles y las diversas formas que existen para llegar a ellos. Pero quizás lo más relevante de este fenómeno es el juicio que se forma del otro a lo largo de la interacción o, como lo hemos descrito en esta tesis, a lo largo del sentir, decir y escuchar. En dicha relación las usuarias se hacen una idea de la ética que mueve a los profesionales, lo que las lleva a diferenciar entre el profesional ideal y su contrario.

El buen profesional

Resulta evidente la fractura de la relación que existía entre las usuarias entrevistadas y la Posta. Como lo hemos señalado, esta tiene que ver con la salida de un grupo de profesionales que habían desarrollado una relación cercana con los usuarios, trabajando en la posta desde que esta inició su funcionamiento.

“...Y, además que había gente de mayor edad que trabajaba ahí, y suspendieron a mucha gente entonces ahí empezó a haber menos personal, y están trayendo gente joven entonces no son muy activos, digamos, una cosa por decir algo así”. (Teresa, Usuaría)

Esta es la primera figura de profesional que encontramos en los relatos: un profesional cercano, que no hace esperar a los pacientes, que tiene experiencia, pero que ya no está en la posta.

“Pero una vez que me hice todo acá, empecé acá y nunca más visité a mis médicos de Santiago. Nunca más, nunca más porque acá los médicos: excelentes, muy, pero muy buenos. El único problema que, en un comienzo, los médicos eran estables. Entonces ya pasábamos a ser amigos, entonces uno iba, -Hola señora Rosita ¿Cómo está? - Bien, me he sentido bien - ¿Cómo se ha sentido con las pastillas? - bien. Está no, me hicieron mal, no me las puedo tomar, me duele la cabeza. -Ya vamos a ver otra-. Etc. Pero hoy en día, uno va y la atiende pura gente desconocida. Todos son desconocidos...” (Rosita, Usuaría)

El buen profesional está, hasta cierto punto, encarnado en aquellos profesionales que ya no están. Esta nostalgia por el “buen” profesional perdido se construye en contraste con una figura negativa de profesional, más joven, nuevo en la posta, que “no sabe todavía”, que “son buenos para sacar la vuelta²⁶” y que no tendrían buena voluntad o ganas de trabajar.

“Y ¿ha cambiado mucho el personal en la posta?”

Sí, bastante. Es que están trayendo gente nueva entonces no saben mucho.

¿Cómo qué cambios ha notado usted?

Los han trasladado, los han cambiado a otros hospitales. Traen gente nueva, gente que no sabe todavía... Eso también, que sacan la vuelta.

¿Sacan la vuelta?

Cuando pueden, son buenos para sacar la vuelta, si. Usted va y no hay médico, no hay dentista. Ahora tenía que ir al dentista, pero tengo que ir a las 7 de la mañana [...] porque a las 8 comienzan a dar número y dan 4 más encima, y si alcanzan los número bien y si no, no lo atienden”. (Teresa, Usuaría)

Hay otra perspectiva en la pérdida del buen profesional, una que deja ver la vulnerabilidad de los profesionales expuestos a una alta rotación de personal. Esto trae consigo un malestar, un duelo, en quienes se resienten al ver partir a los profesionales que conocen, como ya mencionamos. Este desarraigo profesional, aparece en los relatos de usuarias que están

²⁶ Chilenismo para expresar perder el tiempo y no hacer el trabajo.

conectadas de forma más horizontal con los profesionales, ya sea desde la relación de participación o desde redes comunitarias.

“El Consejo Usuarios tiene que trabajar con los funcionarios también. No puede ser un Consejo Usuario que trabaje aparte del centro de salud ¿Me entiendes? No puede ser porque somos usuarios, ahí nos atienden, pero las personas que nos atienden también tienen que ser acogedora, estar con nosotros también, hacer cosas que, en un momento... por ejemplo, celebrar por decirte la Navidad en una mesa linda todos juntos. La mayor cantidad de usuarios más los funcionarios en una linda mesa de Navidad, ya sea una once. Eso no nunca logramos hacer una ... de buscar esos espacios que fueran en común. [...]

No se logró ¿Y no se logró por qué? Porque te digo yo, por esta rotación de los funcionarios. [...]

¿Me entiendes? Porque el funcionario va rotando entonces no alcanza a crear lazos como por así decirlo [...] - no, el próximo año ya no estaremos. Ya no había próximo año ya con estos funcionarios con un kinesiólogo, con el mismo psicólogo no había próximo año. Son todos tiempitos cortos. Entonces no se hacen lazos en el tiempo corto por mi gusto por lo menos”. (Evelyn, Dirigenta Social y Usuaría)

De cierta forma, en esta relación de participación se busca el establecimiento de una simetría en la relación con los profesionales que desborda la formalidad del dispositivo de participación. La radicalidad de esta simetría lleva a revertir la dependencia que pueda existir de parte de los pacientes, dada su condición de salud vulnerable, con los profesionales.

“El sistema que hay aquí es que todo el funcionario no es contratado, boletea que le llaman. Todos los años, los cortan y los contratan de nuevo. Y a veces a mitad de año, que nosotros mismos: - vengo hablar con ... y - oh no, anda en capacitación. Eso significa que le han dado el corte para (problema de conexión) no contratar... de esto de los contratos cortos que le hacen a la gente para no tenerlos contratados, digamos por tiempo, no sé ... Los contratos son cortos, ¿me entiendes? Por 6 meses, por un año, ... Todos los años se renueva la personal [...]

Entonces antes a los funcionarios los tratan de traidores, llegan llorando a contarle a uno -¿pero como me dejaron sin pega?- ¿Y uno como usuario que puede hacer? No tiene ni un arma más decirle que -chita que lo siento-. Me duele. Y también sentirte como que te despojaron de algo en lo que

tú tenías confianza (problema de conexión) por ejemplo con una kinesióloga, me pasó eso.” (Evelyn, Dirigenta Social y Usuaría)

Evelyn, como dirigente social, desde su conocimiento cercano de la realidad de los profesionales de la Posta, señala que ellos están sometidos a una condición laboral muy inestable bajo la cual rotan constantemente. Algunos profesionales han llegado llorando a hablar con ella al momento de ser desvinculados. Ella se siente sin poder para hacer algo frente a esta situación: es uno de los motivos de su desilusión. Bajo esta perspectiva el desarraigo del profesional es una condición de vulnerabilidad.

“Disculpe quería preguntarle en qué momentos cambian los profesionales?”

Cuando cambian a quién dirigió el consultorio porque me acuerdo que había un doctor - ah como se llama este cabro, estupendo, excelente, buenísimo! Además, que había sido amigo de un ex alumno mío y por coincidencia terminamos conversando de mi ex alumno que también es médico, que estudiaron en Cuba. Kurt, Kurt, Kurt. El nombre era Kurt. Y de la noche a la mañana y yo digo -Oye ¿y qué pasa con el Kurt? ¿se fue? - Si se fue, porque se fue hacer un internado en cardiología-. Esa fue la explicación”. (Rosita, Usuaría)

Como expone Rosita, las razones de la rotación de los profesionales pueden ser políticas o técnicas. La figura de un profesional de la salud desarraigado y vulnerable por una decisión política, de la dirección del centro de salud, como lo ilustraba Evelyn, se contrapone a una partida por razones técnicas de formación en alguna especialidad médica. La formación de la expertise reclama un desarraigo profesional, al menos en la etapa formativa de los médicos que, como condición para acceder a una formación de especialidad, deben trabajar por un período en centros rurales o de atención primaria.

“...este problema es un problema estructural, no tiene que ver con la Posta. - Cuando por ejemplo dicen que van a quedar, no sé, 25 funcionarios sin empleo. Entonces oye la Posta está echándolos. Yo trato de que en la conversación de explicar que el problema no es la Posta echando 25 funcionarios, el problema es que, es estructural. La forma de cómo se administra la salud, cierto indica que prácticamente esto es como un concurso. Entonces, los centros de salud tienen que postular a los programas y los programas te ponen limitaciones. [...] El problema es cómo se concibe la salud pública en el país ¿Cómo el Estado de Chile la

concibe? ¿Cómo la considera? ¿Cuáles son los recursos que están asignados? ¿Cómo los garantiza? ...” (Gladys, Dirigenta Social y Usuaría)

Entre las razones técnicas del desarraigo Gladys menciona la forma en que está concebida la salud pública, sacando el tema de una decisión personal y llevándolo a un ámbito estructural. La forma en que están formulados los programas dificultaría la continuidad de los profesionales. Ahora bien, a través del relato de Gladys entendemos que el desarraigo de los profesionales es sentido por los usuarios como una injusticia, una sensación a flor de piel. Son las consecuencias emotivas, sentidas en la relación, de procesos estructurales.

En consecuencia, la dinámica de rotación y estabilidad laboral de los profesionales no sólo hace parte de su propia subjetivación como sujetos de la salud, sino que, a la vez, hace parte de la subjetivación de los usuarios, por el impacto que puede tener sobre la relación que ellos mantienen con el equipo humano que trabaja en el centro de salud. No obstante, este efecto en los usuarios está determinado por una experiencia de cercanía, de familiaridad entre profesionales y usuarios que puede no estar dado de antemano en todos los centros de salud. Incluso. Siendo más específico, el desarraigo profesional puede ser un factor subjetivante de distinta naturaleza dependiendo si la expectativa del usuario está centrada en la relación o en la eficiencia del servicio, es decir en el acceso a un diagnóstico, tratamiento o medicamento.

El mal profesional

Por otra parte, la construcción negativa del profesional se desarrolla en un contexto social sacudido por acontecimientos sociosanitarios importantes: el estallido social y, sobre todo, la pandemia de COVID19 en la que las atenciones se redujeron de forma importante. A su vez, la misma puesta en marcha de la estrategia de atención integral puede también influir en esta construcción del profesional ya que cambió la forma de atención y segmentó la atención para los pacientes “más enfermos” y los “no tan enfermos”. En cualquier caso, en la explicación de estas figuras profesionales contrapuestas interviene decisivamente el factor temporal, es decir la estabilidad y la rotación de los profesionales.

Sin embargo, la construcción negativa del profesional no se hace sólo en función de ser joven y recién llegado a la posta. Hay otra dimensión que

ver con el lado humano del profesional. Refiriéndose a las escasas posibilidades de hablar de corazón a corazón en el mundo de la salud, Evelyn describe a quienes considera “gente abrutada en la salud”. Ellos son caracterizados a partir de su falta de sensibilidad frente al dolor del otro, limitándose a ejercer una tarea técnica sin ver la cuestión social que hay más allá. Esto representa una negación de la realidad del otro, de sus condiciones de vida, así como una toma de distancia respecto al rol que le cabe a un profesional de la salud la asistencia social. Esta figura de sujeto vulnera la ética humanista que Evelyn defiende.

“Sentir lo social”, es decir tener la capacidad de sentir el dolor del otro aparece como otra figura de sujeto, quien representa el compromiso que se tiene desde el mundo de la salud con ese contexto más amplio, que muchas veces no cabe dentro de los límites estrechos de lo terapéutico. En contraposición a la figura “abrutada”, el médico ideal es acogedor, cercano, empático, es decir manifiesta una disponibilidad subjetiva que deja entrar la cuestión social en la relación.

**“¿Cómo es para usted, como debería ser un buen profesional de la salud?
[...]**

Bueno, para empezar, ser acogedor, ser empático, darse cuenta de lo que está pasando contigo o sea ser cercano, no sentarse así con una postura como de, sino que ponerse en el lugar de uno, ¿no? [...] Que el médico sea la persona que lo sientas cercano, no que te ... y ahora tenemos el problema esto o sea que los médicos no te miran a los ojos, están mirando el computador. Entonces esa cuestión, en este minuto, es delicado. Es delicado. Porque está mirando el computador, es lógico en el computador está mirando toda tu historia. Pero eso uno no lo sabe. [...]

Bueno, yo creo que, si va a dar eso, bueno hay doctores que ya lo están haciendo, que primero te saludan y te miran y después se van al aparatito donde ellos miran todo. Eso está mejorando, o sea ahí los doctores están más cercanos. Y bueno tenerlos a mano, también el doctor pasa a los siguientes que tú vas a la consulta, pero si tú tienes un problema en tu casa y quieres preguntarle doctor mire como es la dosis de esto y no tenía acceso ahí. [...]

No cierto ... quedas solitario ¿no? Uno es que el doctor te da el remedio y queday solitario. Quedas ahí sin doctor, quedas ahí a tu casa con tu remedio y no tiene acceso a preguntarle digamos, de cómo te sientes con

el remedio o sea no hay más comunicación.” (Evelyn, Dirigenta Social y Usaria)

Ella señala que ese ideal se ha estado tratando de concretar a través de un programa institucional, sin mencionarlo, se refiere al “protocolo de atención al usuario”. Sin embargo, el problema está en lo humano “el médico no te mira, sino que mira el computador”. Con ello evidenciamos que el desafío de ser tomado en cuenta se construye frente a la indisponibilidad, en principio de horas de atención, pero más relevante para nuestro análisis es la indisponibilidad subjetiva encarnada por el mal profesional. El profesional que no se conmueve con el dolor, así como el profesional que no escucha son enjuiciados por carecer de compromiso social. Pero esta crítica por la falta de una ética se hace bajo el entendido de que la interacción entre usuarios y profesionales es un escenario que debe permanecer abierto en términos subjetivos, tanto para la escucha como para el decir.

LOS PROFESIONALES DE LA POSTA LAS VERTIENTES

Quien encabezaba el equipo directivo fue la persona que se interesó por llevar a cabo esta investigación en la Posta. Gabriela respondió rápidamente a la invitación para ser parte de esta investigación mostrando interés por mejorar el trato hacia los usuarios, profesionalizar el trabajo y reforzar la inquietud intelectual de los profesionales. De fondo, lo que estaba en juego era el recambio de todo un grupo de profesionales de larga data en la Posta y con un fuerte vínculo con una parte de los usuarios. Gabriela estaba interesada en mostrar el trabajo que se llevaba a cabo en el marco de la Estrategia de Atención Integral y, por supuesto al equipo de profesionales jóvenes encargados de ello. Dicho grupo se había constituido como resultado de un proceso de selección interno en base a un perfil de paciente crónico con baja autoestima, pesadez emocional y deprivación económica. “Este equipo parte de la empatía, de no maltratar al otro”, señalaba ella.

En términos de la gestión misma, Gabriela señalaba que sacar la lógica de los programas había sido muy difícil. La estrategia misma era considerada un programa y costó dejar de nombrarla así. El problema de fondo en ello, lo que determina la complejidad de la atención primaria, está en la parcelación de la atención en programas. Gabriela nos explicó que el origen de la estrategia surge dentro de la Dirección de Salud Comunal, donde se definió una caracterización de la población cardiovascular. En paralelo el SSMSO comenzaba a implementar una estrategia de multimorbilidad en las comunas urbanas. Así, el proyecto local y la propuesta del SSMSO coincidieron y la posta se sumó a este cambio en la forma de atender a los pacientes con patologías crónicas.

El grupo de profesionales se distingue entre ellos en términos de sus funciones y, a nivel general, se distribuyen en, al menos, tres roles diferentes. Por una parte, quienes hacen parte del equipo directivo, en segundo lugar, quienes trabajan en intervención clínica y, finalmente, quienes hacen parte del área social de la Posta.

El equipo directivo se compone también por una matrona y un químico farmacéutico, quienes son parte de esta generación de profesionales jóvenes que toman el relevo en la Posta. Beatriz, señala que ella se entusiasmó con el trabajo en la Posta porque se estaba llevando a cabo un plan de mejoras que involucraba constituir un equipo. El cargo de dirección técnica que asumió lo calificaba como un experimento a nivel comunal ya que no existía anteriormente. Destaca que tanto los éxitos como los fracasos se han vivido

en equipo y ella se ha sentido siempre “apañada” por el equipo. El orgullo de ser parte de una nueva generación de profesionales tiene también un lado oscuro, ya que por su juventud no se han sentido siempre validados. Ella dejó el cargo de coordinación entendiendo que había llegado a un tope y necesitaba más herramientas para hacer el trabajo de gestión. Es Patricio, químico farmacéutico de profesión, quien al momento de la entrevista se estaba capacitando para tomar el relevo en la coordinación. Dice que los farmacéuticos están amarrados a temas de gestión, pero que es el trabajo clínico el que le motiva. Esta afirmación también estaba presente en Beatriz, lo que habla de que la gestión es un peso adicional para estos profesionales que no necesariamente se han formado para ejercer dichas funciones.

Patricio señala que anteriormente la atención era integral porque el equipo era reducido pero que ahora la diferencia es que se pretende escuchar lo que el paciente quiere, una integralidad desde el paciente y no desde las limitaciones del equipo. El equipo de intervención clínica está formado por dos enfermeras, una trabajadora social y un médico. Javiera, recalca que sus labores como enfermera se reparten en distintos frentes. Hace un poco de todo, poniendo énfasis en que hace muchas visitas domiciliarias lo que le permitía crear vínculos con los pacientes. El hecho de que la mayoría sean abuelitos postrados motiva en ella una compasión especial por su situación. Ella ha aprendido a hacer la diferencia entre los pacientes a los que no les puede decir que no y quienes pueden esperar.

Tanto Úrsula como Soledad comparten la experiencia de haber comenzado trabajando en labores administrativas en la Posta para luego pasar a ejercer como profesionales. Hay una movilidad importante que caracteriza a este equipo en etapa de formación. Esa movilidad se manifiesta tanto en el hecho de cumplir diversas funciones como en el hecho de tener la oportunidad de formarse y pasar a ejercer como profesional.

Sergio, el médico del equipo, nos señalaba respecto a su formación profesional: “te forman para ser un médico de sala de urgencia”; “el sistema de formación en Chile deja de lado a la salud pública y primaria”; “no me dieron las bases para manejarme en atención primaria”. Él entiende que su trabajo consiste en adaptar los protocolos a la realidad de cada usuario. Sin embargo, al principio el médico debe aprender de memoria los protocolos para, con el tiempo, llegar a poder adaptarlos. “Uno con la experiencia va tomando más criterios que normas”.

Finalmente, el encargado de participación, kinesiólogo de profesión, comenzó trabajando en la posta en el área de rehabilitación, haciendo

diversas funciones desde lo musculoesquelético hasta lo respiratorio, así como en el programa Elige Vivir Sano. Su cambio hacia participación respondió a una proposición desde los directivos del centro de salud quienes consideraron su buena llegada con la gente y su perfil de trabajo en rehabilitación con base comunitaria. Señala no estar conforme con el trabajo realizado en participación hasta el momento de la entrevista, el que además tuvo que lidiar con el confinamiento originado por la pandemia.

El buen profesional

Una de las cosas que saltan a la vista durante las entrevistas con los profesionales es cuando mencionan la gran cantidad de equipos de los que hacen parte. Esta dispersión del trabajo en distintos equipos hace que la pregunta sobre cuál es el equipo que trabaja la nueva forma de atender pierda relevancia. Los profesionales que trabajan en ella también son parte de otros programas, pero han sido parte de un proceso de selección interna para dedicar parte de su jornada al trabajo de la estrategia de atención integral.

“Yo creo que dentro de todo aquí siempre se dan oportunidades a todos los funcionarios de realizar labores. Ya. Aquí la mayoría de los funcionarios no solamente hacen una cosa. Yo, por ejemplo, trabajo en la estrategia, veo los pacientes, hago los seguimientos telefónicos. Pero en algún momento, el año pasado, yo recuerdo que cuando entré en primera instancia, el gestor de caso era Sergio, el médico. Ya. Y luego de eso, yo pasé como gestora de casos. Y luego de eso volvió Sergio. Entonces, como que igual han habido oportunidades que se nos han entregado. Yo además de la estrategia, soy coordinadora clínica. Estoy encargada de MAIS, que es el modelo de atención integral en salud de la comunidad. Estoy encargada de los convenios de resolutividad de imágenes diagnósticas. Estoy como coordinadora del ciclo del adulto mayor y ahora estoy como coordinadora de la UAU, que es la unidad de atención al usuario. [...]

Entonces yo creo que estas actividades quizás no se las podían entregar a todos. Porque yo creo que a todos se dan las oportunidades y mientras que uno vaya respondiendo con esto y vaya realizando también los productos [...] Ahora la atención primaria siempre tiene un área administrativa y un área clínica. Yo creo que en ninguna atención primaria usted se va a pillar con una enfermera que haga la clínica y que no haga

nada más”. (Úrsula, Enfermera y Coordinadora Clínica)

Úrsula describe de esa forma la dimensión colectiva de los profesionales, los que no sólo trabajan en más de un programa, sino que también asumen funciones en los ámbitos clínicos y administrativos. Ella se posiciona desde esta diversidad de labores, entendiéndolo como una oportunidad y como un valor dentro del ethos profesional.

Ella comenzó trabajando como administrativa y estudiando en paralelo, camino por el cual llegó al puesto profesional que desempeña en la Posta. Más allá de su caso, una de las características del trabajo profesional en atención primaria es tener que asumir labores administrativas y de gestión, lo que genera un cierto malestar en algunos profesionales por no poder centrarse en el trabajo clínico. Mientras para uno las funciones en el dispositivo de servicio son una oportunidad, para otros representa una pérdida, una sobredemanda profesional propia de la atención primaria en salud. Esto deja ver la tensión que existe dentro de la expertise y que revisaremos un poco más adelante.

“Yo me dedicaba solo a los pacientes. Yo tenía, por mi experiencia, 12 pacientes sola, con un técnico. Esos eran mis 12 pacientes con un técnico. Entonces yo me enfocaba solo a mis 12 pacientes, solo a mis 12 pacientes. A diferencia de acá en APS, tenemos trabajo administrativo, tengo gestión, tengo clínica, cumpla todas las áreas de la enfermería. La enfermería tiene muchas áreas: investigación, gestión, administrativa, ... Entonces, en el hospital no lo cumplen o sea quizás los años de experiencia te hacen cumplirlo después, pero al tiro no, era solamente clínica. Y acá, se hace gestión, administrativo, investigación, de todo”. (Javier, Enfermera)

Ser un buen profesional en atención primaria demanda cruzar varias fronteras, el estar dispuesto a hacer de todo, lo que se muestra más bien como una necesidad por la falta de recursos, y no como una carga laboral equilibrada en distintas funciones. Para ser buen profesional hay que saber lidiar con esta alta carga de trabajo, lo que empuja a cada profesional a desplegar sus propias tácticas para dar abasto en todas sus funciones. Sin embargo, los sentimientos encontrados parecen distribuirse según la ascendencia profesional o administrativa de cada funcionario.

“Sí. Lo que pasa es que bueno, yo trabajé y estudié. Trabajaba de día y otras veces salía como secretaria y me he desempeñado diferentes empresas como secretaria durante el día para poder pagarme los estudios de la noche. O sea, estudio en la universidad de noche, vespertino. Y

cuando estudiaba, estuve trabajando como secretaria varios años... hice practica en un programa de SENAME que ya no existe este programa, que era un programa comunitario en ese tiempo. Y como yo hice práctica allí, cuando se abrió este programa que trabajé, que era un programa nuevo en la comuna, empezó a trabajar como técnico social. Y después cuando terminé de estudiar, estuve un año como trabajadora social y después ingresé a las Postas.” (Soledad, Trabajadora Social)

Quienes vienen del ámbito administrativo parecen posicionarse desde la oportunidad de movilidad que la existencia de múltiples equipos para ellos representa. Esto implica que no sólo se puede pertenecer a distintos programas a la vez, sino que, en el tiempo se puede cambiar de función y ganar el estatus profesional. La inscripción simultánea, como profesional en distintos equipos, parece tener mayor influencia desde la fuerza de tecnificación, al ser una necesidad de la lógica de programación, al contrario, el paso de funciones administrativas hacia otras profesionales tiene un sentido biográfico más profundo alimentando el orgullo, como el que Soledad siente de poder apoyar a su comunidad desde una labor profesional. Distinta es la situación para el encargado de participación que debe repartir sus horas de trabajo entre labores de rehabilitación como kinesiólogo, actividades de participación y algunas de coordinación.

“Un poco de ver como la libertad que uno ... no la libertad, la confianza que uno le entregó a la persona, si, si. Ahí quizá hubo un manejo no tan adecuado (risa) porque yo di mi teléfono. En realidad, todos tienen mi teléfono. Entonces, yo le dije ya llamé, y voy a tratar de ayudarla ... que bueno ... eso entiendo yo como encargado de participación, donde podemos conectarnos de cierta forma porque no es solo que pregunten porque necesitan una hora con el médico. Aquí tiene que ver con ... -Pucha sabe que necesito...- no sé, hay una vecina acá que pertenece al CDU, y me dice mira Pablito necesito identificar a la persona que necesitan ... porque tiene 20 canastas con alimentos con qué sé yo, y necesito que me la puedan ... yo poder distribuirla la persona que corresponda-. Entonces eso me implica a mi yo tener que ir a hablar con la trabajadora social, es decir, identificar a la persona que quieren ser ayudadas y eso es una hora cada... o más que me ocupo de otras cosas y no de la otra pega. Entonces... y después me vuelven a llamar, y otras que son si por temas más domésticos de la posta -que si puedo ir porque me duele el hombro-. Así que manejo un poco ... quizás a lo mejor no fue adecuado dar mi teléfono personal, si. Yo siento que también pudo haber sido por ahí. Pero si no es por teléfono es por correo”. (Roberto, kinesiólogo, Encargado de Participación)

Los cruces de funciones en general se dan entre los dispositivos terapéutico y de servicio. Sin embargo, en el caso del encargado de participación esto se dio desde lo terapéutico hacia participación. Como vemos en su relato se deja ver un desborde del vínculo, con los dirigentes y con la comunidad que, se instala como un malestar en su experiencia de trabajo. El canal de comunicación que abre termina siendo una caja de resonancia de los malestares de los propios usuarios quienes, ante la negación de la escucha con otros profesionales, es decir ante la indiferencia institucional, terminan haciendo un uso masivo del vínculo con el encargado de participación, quien entiende que su trabajo consiste en “tratar de ayudar” y “estar conectado” con la comunidad. Finalmente, sin un equipo de trabajo en participación y sin las competencias del trabajo social su posicionamiento no puede sino estar marcado por una cierta angustia.

“El trabajo de participación como que lleva a eso, como a desbordar un poquito los límites parece; de la atención como en salud que está todo estructurado.

Es super amplio. Entonces, y el tema del trabajo con equipo también. Si la pega solo depende de uno, a veces es más fácil, cierto. Entonces cuando tu pega depende de otros equipos por trabajar con la comunidad, y depende de un otro, depende de una otra organización dentro de la política en la comuna acá, que no hay tanto compromiso por ejemplo ... Donde todo me ha pasado en distintas oportunidades ya, por al menos 3 veces donde me contacto con una persona que tiene que ver con Junta de Vecinos, con toda el Junta de Vecinos de la comunidad. -Por favor ayúdame para hacer una reunión con toda el Junta de Vecinos-. Y llega el día, le recuerdo, llego, y estoy solo (risa), y no llegó nadie y estoy así como chuta”. (Roberto, kinesiólogo, Encargado de Participación)

Ser un buen profesional parece una tarea imposible para Roberto, quien destaca el rol que tienen que cumplir una serie de actores para que él pueda desempeñar sus funciones. Ellos no hacen parte de un equipo de trabajo, formalmente hablando, sino que son los dirigentes y vecinos que mantienen distancia, como lo hemos visto, con las actividades de la Posta. La multiplicidad de equipos se da en el ámbito terapéutico lo que deja ver la centralidad de este dispositivo dentro del centro de salud siendo, en pocas palabras, el giro del negocio. En el ámbito de la participación hay una soledad dado que la mayoría de las coordinaciones deben realizarse hacia afuera del centro de salud, hacia redes comunitarias o ciudadanas.

Una de las consecuencias de la multiplicidad de roles es que la institución tiene que necesariamente establecer formas de coordinar el trabajo. Para esos fines se implementan una serie de protocolos de atención, entre los que está incluido el protocolo de la estrategia de atención integral.

“...facilita el trabajo porque igual como tú dices si hay protocolo para diferentes tipos de acción entonces te facilita el trabajo, te clarifica el trabajo. Entonces si se ve mucho porque te da como los puntos específicos porque nosotros bueno en la Posta hay muchos ... En la salud se trabaja con muchos protocolos para abordaje de situaciones para programas en específico. Nosotros tenemos hasta protocolo por intervenciones en crisis, para abordar situaciones en crisis. Entonces si te da como las directrices con algunas situaciones.

¿Y te ha tocado ser parte de las modificaciones de los protocolos?

Trabajamos en el eje MAIS en modificación de protocolos, sobre todo nosotros para el tema de eje familia. Para el tema de eje familia se trabaja con el tema de la modificación de los protocolos, de actualización de protocolos. Específicamente más que nada en el eje de familia” (Soledad, Trabajadora Social)

Soledad destaca la gran presencia de protocolos en el trabajo en salud realizado en la posta y la capacidad que estos tienen para ordenar y facilitar el trabajo. Los protocolos actúan como directrices que orientan la acción de los profesionales, quienes deben conocer estos instrumentos de coordinación. La modificación de algunos de estos instrumentos puede ser realizada de forma local. Así, vemos como lógica de la clasificación también bosqueja los límites de los profesionales en el centro de salud. Los bordes como sujetos se traslapan con los bordes de la relación que establecen entre ellos como equipo: ser parte requiere cumplir una función. Como hemos señalado, al momento que se comienza a implementar la estrategia se generó una resistencia interna que decantó en una división de quienes estaban dispuestos y motivados a llevar adelante un cambio de la relación terapéutica y quienes preferían mantener sus bordes profesionales intactos. El protocolo coordina, pero antes de lograr dicha coordinación informa, da a conocer la estrategia en medidas concretas al conjunto de profesionales.

“...yo sé un poco así de grandes rasgos para qué sirve un protocolo, pero ¿cuál es la función que cumple este protocolo ahí en la Posta?

O sea, en primera instancia cómo guiarte en cuanto la atención de la estrategia y también a dar a conocer al equipo de salud, en qué consiste,

cómo difundirlo. Ya, porque un equipo de salud que a lo mejor como lo hablamos en otra reunión, era un equipo joven, pero a la vez que habían muchos funcionarios que eran de edad que están como para jubilarse, que venían también con otra herramienta, con otro tipo de herramienta. Entonces este protocolo lo que da a entender es para que conozcan que es/era la estrategia, en ese entonces era el programa de multimorbilidad. Con el tiempo, por supuesto cambia a la estrategia y dentro de este protocolo están como los criterios de inclusión y qué usuarios pueden participar en este, dentro de la polifarmacia, de patologías crónicas, descompensación de salud mental o de salud mental. Lo otro es el equipo, por ejemplo, hay una descripción dentro de ese protocolo de qué tareas hace el médico, que tarea hace la trabajadora social, el Químico Farmacéutico, el técnico de enfermería y la enfermera. Pero en el estricto rigor, igual esta estrategia es como transversal para todos porque tuvo que aprender hasta la administrativa y así como todos los profesionales, ya. En cuanto no sé, las derivaciones que uno realizaba por la estrategia, a la matrona, a la psicóloga, al kine porque era tan importante a lo mejor ver un usuario con artrosis, ya. Entonces al final todos se fueron involucrando”. (Úrsula, Enfermera, Coordinadora Clínica)

El ser buen profesional depende también del seguimiento, o la asimilación, de protocolos que definen y distribuyen funciones en los equipos de trabajo. La identidad profesional se encuentre en la intersección de una serie de protocolos que definen lo que se espera de ellos en términos técnicos, pero también en la intersección de las relaciones que ellos establecen tanto con sus colegas de trabajo, como con los usuarios. Es en estas últimas en las que se dejan ver las tácticas de los sujetos para usar los dispositivos, las que en sí mismas portan también definiciones prácticas de los apoyos que esperan del resto de los actores que encuentran en el paisaje dispositivo.

No sentirse preparados

Esta intersección pone a los profesionales en una situación incómoda que tiene una de sus manifestaciones en la sensación de no sentirse preparados. Analicemos esto con detención. Por una parte, no sentirse preparados da cuenta de un desafío para cuyo abordaje no se tienen todas las competencias o herramientas necesarias. En segundo lugar, se hace una crítica de la inadecuación de las herramientas disponibles. En este caso, no es que

simplemente se trate de falta de especialización, sino que dicha formación se encuentra concebida para ciertas figuras ideales de la intervención en salud que no cuadran con la realidad que los profesionales encuentran en el trabajo concreto que ven día a día en la Posta.

Los profesionales que formaron parte de la investigación hacían parte del equipo a cargo de la implementación de la estrategia. En general, se trataba de profesionales jóvenes que llevaban poco tiempo en sus cargos, lo que les da la posibilidad de tener una visión particular sobre el trabajo en salud. La estrategia era enarbolada como un dispositivo que venía a legitimar una forma distinta de trabajar en salud.

“yo creo que el sistema de formación en Chile deja muy de lado a la atención pública y primaria en general. No hay mucha intervención de las escuelas de medicina en la atención pública en general. Entonces, yo en mi universidad pasé muy poco en la atención primaria, 6 meses, que es lo que te piden como para ser médico general. Entonces, cuando estuve mi primer día como médico general, vi que en la universidad me enseñaron muchas cosas de especialidad, muchas cosas hospitalarias, pero no me dieron mucho las bases para poder tener las herramientas completas para poder manejarme en la atención primaria” (Sergio, Médico general de zona)

Para Sergio, uno de los médicos del equipo, la formación universitaria le entregó pocas herramientas para trabajar en la salud pública, al haber estado alejada de las necesidades de los usuarios de la salud pública y también de los protocolos importantes de la salud pública chilena, como los del GES-AUGE. Esta formación teórico-científica obliga al médico a forjarse en el ejercicio de la atención en el sistema público con una sensación de no haber sido preparado para ello. La práctica clínica toma un rol primordial, ya que es ella la que va exponiendo a los profesionales a lo imprevisto y, de esa forma, va forjando la experiencia de trabajo.

“Claro, por ejemplo, algo tan básico como el GES o el AUGE, por ejemplo, no sé a uno te pasan la materia de hipertensión pero no te enseñan la prestación que uno le puede dar a la persona con hipertensión, qué medicamentos les curen, cada cuánto son los controles en atención primaria, qué medicamentos no están, toda esa guía de protocolos que se ocupan en atención primaria pero, que tú en la universidad, te enseñan los protocolos de la sociedad americana de cardiología, de la asociación europea, los últimos *papers*, pero no te enseñan cuál es la realidad chilena.” (Sergio, Médico general de zona)

La formación parece estar más inclinada hacia un paciente abstracto, un paciente de hospital, determinado por intervenciones terapéuticas protocolizadas. Roberto, el encargado de participación, señala que el trabajo en atención primaria permite conocer a la persona y sentir, de cerca, la incongruencia entre el ideal y la realidad del trabajo en salud. Esto motiva un cuestionamiento sobre la formación que, como fuerza dispositiva, modela vastas áreas de las identidades profesionales.

“Yo venía ... Siempre uno sale de la universidad y quiere ir trabajar al hospital, quiere una UCI, así. Pero cuando entiendes este del modelo de rehabilitación en base comunitaria, ves cual es la importancia de la atención primaria. Porque es tan importante que esta persona que está... esta señora o este caballero que esta con un dolor de rodilla, tiene que participar, tiene una familia, tiene una labor, tiene un contexto de trabajo, de donde vive, y si yo veo solo la rodilla, le voy a tener toda la vida aquí, toda la vida la voy a tener a trabajar aquí. Si finalmente la idea no es de sacar a esta persona y de hacer que no vuelva a la sala de rehabilitación, o si no mi trabajo no tiene ningún sentido” (Roberto, Encargado de Participación)

Junto con apuntar la inadecuación de la formación, los profesionales evidencian la apertura de nuevas líneas de formación que se muestran más apegadas a las realidades de las comunidades. La juventud de los profesionales los ubica, a veces, como quienes son portadores de estos nuevos paradigmas en salud, o bien predispuestos a adoptar nuevas herramientas en su trabajo. Como veremos más adelante, esto marca una diferencia con otra forma de ser profesional, marcada por una resistencia al cambio.

“...y eso a mí jamás me lo enseñaron en mi pregrado, que esto yo fui porque hicimos convenio con algunas universidades, que ahora me llegan internos. Por lo tanto yo he ido un poco aprendiendo esta nueva unidad, igual que después me salieron capacitación y todo, pero mi primera aproximación a esta forma de trabajo fue con los alumnos, con los internos de kinesiología que me dijeron -no profe-, yo decía -hágame un diagnóstico kinésico- y me hacían un cuadro tremendo que me pareció super interesante y por supuesto lo adopte. Y trabajé con ellos, le agradezco siempre a los internos que me hayan puesto esta forma de verlo...” (Roberto, Encargado de Participación)

Los contextos de cambio dejan ver tanto rigideces como flexibilidades, pero lo más interesante es que obliga a una toma de postura que parece no tener

espacio para pasar inadvertida. La nueva directiva de la Posta lo que hace es precisamente evidenciar dos figuras profesionales marcadas por su disposición al cambio. Esto no significa que no haya buenas razones para estar en cualquiera de los dos lados de la frontera.

Si bien en atención primaria no hay especialidades médicas en estricto rigor, en el caso de las enfermeras, se había normalizado la atención de un tipo de pacientes bien definido en los últimos años: el paciente cardiovascular. La llegada de la estrategia representa la necesidad de “prepararse mejor” ya que se diversifica el perfil del paciente que atienden. El rol profesional adopta los contornos del tipo de pacientes con los que trata.

“...por ejemplo en una atención podemos ver en personas con hipotiroidismo, depresión, etc. Por ejemplo, en el control cardiovascular, la enfermera se enfoca en patologías cardiovasculares. En la estrategia de salud, nosotros tenemos que enfocarnos en otras patologías. Entonces nosotros en estricto rigor, tenemos que prepararnos más en eso, en qué tipo de alimentación puede tener el paciente. Y allí entre los profesionales vamos complementando también con materias, teoría. Entonces la educación quizás puede ser de algún modo estar un poco más completa, ya. Porque, por ejemplo, yo no veo pacientes con artrosis, ya, en el cardiovascular. Pero, por ejemplo, en la estrategia yo sí veo pacientes con artrosis.” (Úrsula, Enfermera, Coordinadora Clínica)

Este es un movimiento contrario a la especialización, es una diversificación. Siendo el sentido último de la estrategia integral de atención, el reunir las atenciones del paciente en pocos profesionales, la especialización como forma de trabajo pierde sustento. El profesional se ve obligado a trascender sus propias fronteras de expertise para pasar a tener competencias transversales y una mayor vinculación con un equipo. Si desde una posta rural se evidencia este movimiento, esto no quiere decir que en los otros dispositivos de salud de mayor complejidad se asista también a esta diversificación profesional. Por el momento es pertinente señalar que la hegemonía de la especialización permanece inalterada, pero en el contexto de una atención primaria cuyos dispositivos terapéuticos dan señales de cambio hacia la diversificación o interdisciplinariedad profesional. En dicho contexto, una de las críticas que se oye con mayor fuerza en los relatos de los profesionales se dirige a la fuerza dispositiva de la expertise.

Tener buen ojo clínico

El ideal de los profesionales que trabajan en el dispositivo terapéutico se centra en una capacidad que evidencia la tensión entre especialización y diversificación. Si los cambios evidencian modificaciones en el posicionamiento de los sujetos, como lo hemos analizado, hay algo que permanece inalterado y es la capacidad de “tener buen ojo clínico”.

“...Por ejemplo no sé, yo le digo que ... aquí por ejemplo han llegado adultos que en la entrevista yo ya los veo como un poco desorientados, qué tiempo espacio. Yo digo algo está pasando, pero igual uno ya va teniendo quizás como un ojo clínico para ciertas cosas. Entonces yo por ejemplo cuando veo algo que yo siento que está mal, los deriva al médico. Por ejemplo, alguna sospecha de demencia, entonces ahí vamos indagando más qué pasa en la familia, visita domiciliaria”. (Úrsula, Enfermera, Coordinadora Clínica)

El ojo clínico es una habilidad profesional que se desarrolla a través de la experiencia de trabajo y que permite interpretar la sintomatología, solicitar los exámenes y las derivaciones indicadas para llegar a un diagnóstico y tratamientos certeros. Úrsula hace un análisis interesante al contrastar el conocimiento teórico que un profesional pueda detentar con el interés por el paciente, por su caso particular. Esto último requiere un esfuerzo adicional, un involucramiento activo del profesional que despliega una serie de capacidades técnicas y otras relacionales para atender al paciente. Entre estas últimas la escucha aparece como una de las más apreciadas por los pacientes.

“¿Y eso te lo da la experiencia, la formación universitaria, qué ..?”

No sé la verdad, no le sabría decir. Pero yo creo que igual ... Creo que la universidad entrega ciertas herramientas, no todas ya [...] Entonces, yo por ejemplo no sé... no pescara el computador y empieza a leer, no sé, papers o empezar a bajar algunos estudios, quizás no tendría tampoco el conocimiento o la forma de atender a un paciente porque eso también va con la proactividad que tiene uno como profesional. Ya. Y es el interés que también uno crea con el paciente, porque todos los usuarios son un caso distinto.” (Úrsula, Enfermera, Coordinadora Clínica)

Ahora bien, cuando los pacientes cuentan con un diagnóstico y se encuentran en tratamiento el interés del profesional hacia su caso puede ser reemplazado por el seguimiento de protocolos. El buen profesional de

atención primaria debe lidiar con un espacio prediagnóstico en el que la incertidumbre es más elevada por lo que se requiere de lo que hemos llamado la diversificación del profesional. Por el contrario, la especialización, como dominio de intervención está mucho más expuesto a la pérdida de autonomía por parte del especialista quien está más centrado en sus competencias técnicas, en el desarrollo de un trabajo descrito en los manuales.

Finalmente, el “buen ojo clínico”, en el contexto de trabajo de atención primaria, no sólo depende de los conocimientos teóricos o las competencias técnicas. En esta se requiere del interés por el paciente, siendo la clave para disminuir la indiferencia institucional sentida y dejada de manifiesto por los usuarios. Una de las demandas frecuentes que realizan los usuarios es la presencia de especialistas en la atención primaria, lo que se hace, en general asimilando el “buen ojo clínico” a las competencias técnicas del especialista. Sin embargo, no se le presta la misma atención al interés que el profesional tenga por el paciente, es decir al manejo integral en su atención. Sin esta capacidad, el profesional tiene pocas probabilidades de generar un vínculo con el paciente que conduzca a un trabajo clínico efectivo.

La noción de interés del profesional no se dirige solamente hacia el paciente o, mejor dicho, es un interés que posee distintas capas. Una de estas capas es la seducción que produce el marco organizacional de trabajo para los profesionales. Dentro de este ellos hacen la diferencia de aquellos marcos rígidos en los que les toca cumplir funciones bien definidas, de otros marcos en construcción. La idea de construcción, crecimiento o mejora genera entusiasmo, entre los profesionales jóvenes de la Posta, ya que se le asocia con los desafíos personales que se están asumiendo.

“...si bien decidí, en su momento, afortunadamente quedarme en San José, porque creí que San José tenía más desafíos para mi persona. San Bernardo era como un lugar donde estaba todo armado todo definido, y acá era un equipo más bien que estaba trabajando en un proceso de plan de mejora, entonces a mí me entusiasmó hacerme parte del proceso del crecimiento de un área de salud” (Beatriz, Matrona, Coordinadora Posta)

La idea de movimiento, que hay detrás de este entusiasmo, hace parte de la definición que ellos se hacen del buen profesional. Esta imagen comprende a quien está siempre en proceso de aprendizaje, quien es empático y tiene consideración en hacer bien su trabajo para los usuarios de la salud pública. Estas son las cualidades que permiten no “achancharse en el puesto”, que es el polo opuesto y representa a quien ha perdido el interés por sus pacientes

y se dedica a repetir siempre lo mismo, sin ánimo de mejorar, sin ánimo de aprender. Esto representa a un mal profesional, alguien que se muestra en resistencia a los cambios.

“Porque también, va esta cosa de que ves que la gente se va achanchando en los puestos y que es complejo, porque es la salud pública, y la salud pública es para la gente más vulnerable, y es para la gente que más lo necesita, porque también en las circunstancias sociales, la gente que lo pasa más mal también” (Beatriz, Matrona, Coordinadora Posta)

Esa consideración por la gente que “lo pasa mal” se erige como una misión dentro de esta figura de sujeto, haciendo parte de la nueva ética profesional que no puede ser indiferente y que, por lo tanto, tiene que valorar el vínculo con los usuarios. Como hemos mencionado, integrar esa ética con la formación de la expertise es un desafío para los profesionales. Este ejercicio que intenta tomar en cuenta al otro se traduce, en términos del dispositivo terapéutico como la incorporación de “lo que el paciente quiere”, siendo el gran desafío para ser un buen profesional en este proceso de transformación de la atención.

“Nosotros teníamos una forma más integral por esta situación de atención en un marco rural, donde que teníamos un médico que abordaba todo, y finalmente como el equipo es reducido, en general los abordajes, los requerimientos sanitarios del paciente eran integrales en todas las atenciones que se otorgaban. Pero ahora el proyecto también viene a dar fuerza a lo que el paciente quiere para sí mismo, metas, anhelos, creencias, las preocupaciones que él mismo trae, y para sacar un poco el efecto netamente biomédico, obtener la meta, obtener resultados clínicos, que el paciente esté bien. Clínicamente incorpora también lo que el paciente quiere, eso es como lo que viene a fortalecer este modelo y también a articular de mejor forma la red sanitaria y local que nosotros tenemos, para poder fortalecer este trabajo también transdisciplinario de todos los actores clínicos” (Patricio, Químico Farmacéutico)

La estrategia de atención integral, como discurso, permite sostener este nuevo ethos profesional pasando desde la mitificación de un trabajo con pocos recursos hacia un plan de acción para considerar los intereses de los pacientes en sus tratamientos. La no fragmentación del otro depende de dicha consideración y de la adopción de un enfoque transdisciplinario que cuente con todas las miradas disciplinarias pertinentes.

Tácticas relacionales

El buen profesional del ámbito terapéutico tiene su prueba de fuego a la hora de intentar acercarse a sus pacientes. En este ámbito se mezclan determinaciones que la relación le impone al profesional y sus intentos por modelar la relación bajo el nuevo paradigma de atención. Sin embargo, el desafío relacional es tan antiguo como estas profesiones mismas, es por eso que en la descripción de las maneras que ellos se acercan a los pacientes se encuentra una parte importante de la definición propia de lo que es ser un buen profesional.

Como analizaremos más adelante las representaciones del otro ayudan a forjar el carácter de la relación y de las situaciones de encuentro porque, si bien las disposiciones objetivas, tanto organizacionales como materiales, juegan un rol determinante en la relación, no alcanzan a cubrir todo el ámbito relacional. Hay un espacio indeterminado que el sujeto encuentra y aprovecha para actuar, a pesar de las emociones pesadas que pueda sentir. Este es el espacio de la táctica que, en este oficio relacional, se orienta muchas veces hacia el otro, hacia el desciframiento del misterio del otro, a veces dentro de la misión profesional, a veces en una suerte de ética del cuidado que desborda los diques de la profesión.

“Y ese punto de desarrollo del vínculo, es algo que ¿De dónde viene ese interés? ¿Como de tu formación profesional, de ti, de la estrategia? ¿De dónde viene ese interés en desarrollar ese vínculo?

Viene un poco de mi pasada por el hospital, o sea, yo siempre he sido un creyente de una cuestión de casi formación de valores, de crianza de las personas que tiene que ser vista como persona y, no como un pedazo de carne que está caminando y uno eventualmente debería siempre tratar de vincular con esta persona más allá del saludo. Yo, bueno, soy nacido y criado en el campo y este, en el campo nos enseñan que tenemos que conocernos entre todos, súper aclinados, y también pasa por un poquito de esta perspectiva que veo en el hospital de que los pacientes son tratados como un pedazo de carne, si uno lo quiere decir de una forma bien burda, donde les arreglas el problema y después si vuelves mañana ni siquiera me acuerdo tu cara. Eso para mí no, no tiene razón de ser y ahí

es por qué incorporo este elemento trascendental de vincular con los pacientes”. (Patricio, Químico Farmacéutico)

El foco de generar vínculo con el paciente encuentra, en Patricio, un sentido de crítica y resistencia frente a una deshumanización, además de una reafirmación de la identidad personal. Hay una forma de maltrato en la relación con los pacientes que es evidente para estos profesionales jóvenes, quienes sienten tener una misión frente a ello. Sus tácticas se orientan en este sentido a no replicar esas prácticas, violentas y desconsideradas, en un desafío por construirse a sí mismos como profesionales con otra ética y otras prácticas. En ese contexto, el respeto por el otro, la consideración en la relación no es sólo un medio, sino también un fin y un ámbito de auto-subjetivación.

“Ok. Y ese paciente que tú ves en la estrategia ¿cómo es la relación que tú puedes establecer con él? ¿Qué relación tienes?”

Ah bueno, la verdad es que yo tengo la cualidad (risa) de que yo hablo mucho y soy sociable. Entonces yo puedo llegar muy bien al paciente. De hecho, durante reuniones anteriores he tenido que presentar casos clínicos donde yo soy capaz de recopilar mucha información del paciente. Información personal donde en algunos casos emocionalmente, psicológicamente, no están bien. Se deriva al psicólogo, a los trabajadores sociales. Y eso, sea, logré establecer una buena relación. De hecho, yo siempre explico que esto es un nuevo ... para no llamarlo un programa, es un nuevo método de acompañamiento, porque acá se va a acompañar, se va hacer su seguimiento, telefónico y porque se crea un plan consensuado. Entonces yo le explico que vamos a crear este plan, esta estrategia juntos, en donde va a tener un acompañamiento y un seguimiento a diferencia de otros programas. Entonces, ellos se entusiasman hartos. La verdad es que la relación y la comunicación ha sido bastante bien, por mi parte.” (Javiera, Enfermera)

Javiera señala que gracias a sus habilidades sociales ella logra descifrar al paciente, dando a entender que esto no es algo que todos los profesionales logren en sus atenciones. Ese posicionamiento en la relación como “alguien sociable” lo presenta como su sello profesional lo que ha valido cierto reconocimiento y validación entre sus pares al presentar casos clínicos basados en su capacidad para comprender al paciente. Para ella la relación se presenta como un espacio de realización profesional a diferencia de los

espacios de gestión, como señaló en otro momento de la entrevista, que le quitan tiempo en el que ella quisiera estar con los pacientes.

“¿Que técnica usas tú para acercarte a ellos en el sentido de poder conversar, lograr cosas y qué técnicas usas también para mantener cierta distancia, de no involucrarte mucho? [...]

Bueno, principalmente ser empático, o sea uno como profesional de la salud y más en un contexto de atención primaria, en general donde el ambiente es un poco más asistencialista, que el paciente requiere ver al médico rápido, el médico lo tiene que atender rápido porque tiene otros pacientes. Entonces hay una dinámica un poco...muy irritable en el ambiente, entonces lo primero es uno tener una buena predisposición para escuchar al paciente y a su familiar, conocer la realidad, preguntar ¿cómo está? ¿cómo vino hacia acá? ¿dónde vive? Conocer bien el contexto del paciente. Porque uno al conocer el contexto, puede saber de qué forma usar herramientas comunicativas y directivas también como médico, también, por ejemplo, con algunos pacientes uno tampoco puede ser tan suave, hay que ser más duro, más firme, los pacientes que son más opositoristas.

Entonces, hay que tener un poco de habilidades blandas, habilidades que uno va aprendiendo en la vida, habilidades que uno adquiere en el contexto personal y que también el Servicio igual nos ha hecho cursos al respecto, de entrevistas médicas asociadas a la estrategia, ya que son métodos que se enseñan, que se pueden replicar, entonces esto mismo que me lo enseñaron en este curso de la católica, yo se lo puedo enseñar a mis colegas que tenían esta misma forma de atención biomédica estructurada. Entonces, ellos cambiaron su chip y se conectan mucho a sus pacientes, de escucharlo, de que haya una retroalimentación de la comunicación, no que haya un interlocutor cerrado de comunicación que cada uno habla un tema y al final no se genera un diálogo. Entonces es como un arte, es como un arte al final el tema de poder entrar en comunicación con el paciente y entenderlo.” (Sergio, Médico General de Zona)

El relato de Sergio deja ver algunas contradicciones que existen entre tres modelos de atención. El primero sería el biomédico, en el que el profesional se presenta cerrado y se limita a repetir una estructura de atención en la que no es necesario conectar con el paciente, el asistencialista, en el que se

atiende a muchos pacientes en poco tiempo para dar respuesta a la alta demanda y, finalmente el modelo encarnado por la estrategia integral de atención, en el que el profesional se interesa por el paciente y sus condiciones de vida a través de un diálogo. Para ser un buen profesional hay que saber conducirse en estos tres modelos. En el de atención integral, es necesario adquirir una cierta expertise en la comunicación, lo que estaba ausente en la formación de los profesionales. Por su parte, el modelo asistencialista le imprime una disciplina fuerte a los profesionales, manifestación del dispositivo de servicio que sobredemanda a los sujetos profesionales con un uso masivo de las consultas médicas. Por una parte, esto representa la dependencia que hay hacia la atención médica, en lo que bien puede ser caracterizado como una histeria por la atención de morbilidad y, por otra parte, es la negación más drástica de la relación que debe ser acotada a unos pocos minutos haciendo muy difícil el establecimiento de cualquier vínculo.

En términos más generales la postura de Sergio es netamente táctica apuntando a que las herramientas relacionales que hay que desplegar van a depender tanto del *setting* en el que se dé la atención, atención primaria u hospitalaria, y de la disposición que muestre el paciente a entrar en un diálogo. Un buen profesional tiene que saber hacer esta diferencia y entender que el encuentro en el box con los pacientes es un escenario crucial.

“Entonces yo digo, yo me convierto en un personaje en ese momento, porque tengo que dejar de lado los momentos malos de la pega, los momentos malos personales tal vez, porque esa persona me requiere ahí al cien, al cien para ella, por ejemplo, este año me tocó el desafío que estoy con internas, entonces les digo a que -a mí, mis pacientes me aman porque yo me convierto en otra persona dentro del box-. Y también eso ha sido adecuar el carácter de alguna manera, porque yo digo, yo soy bien pesada, entonces en la actividad clínica me convierto en otra persona, de verdad que es como un personaje, porque creo que esa paciente requiere lo mejor de mí”. (Beatriz, Matrona y Coordinadora Posta)

Para construir su personaje Beatriz debe dejar de lado sus propios malestares. Con esto ella quiere marcar una presencia, una disponibilidad subjetiva hacia el otro. Esta táctica relacional considera los detalles no terapéuticos de la conversación con los pacientes, es decir, considera una escucha abierta hacia qué es relevante para el otro, llevando eso como una herramienta de vinculación en su trabajo. Sin embargo, resulta paradójico que, al buscar conectar con la persona del paciente, se deba olvidar a la

persona del terapeuta. Si el paciente no está allí para contener al profesional, para escuchar su historia de vida, la pregunta se traslada hacia los espacios institucionales o informales que los profesionales encuentran para contar sus pesares.

Al entrar en relación con los pacientes muchos profesionales, especialmente aquellos que no son médicos, se posicionan desde la educación del paciente intentando corregir hábitos a los que se les identifica como las causas de las descompensaciones de salud en los pacientes crónicos.

“...más que el tema de la educación yo hago refuerzo. Refuerzos porque son pacientes crónicos. Entonces son pacientes crónicos que ya conocen. Son pacientes crónicos que, hay algunos de ellos que saben al revés y al derecho su situación, su sintomatología [...]

¿...los pacientes pueden tener otra forma de hacer cosas? ¿Lo plantean abiertamente?

...si lo plantean. Lo plantean por lo menos conmigo, lo plantean. Como ellos aplican alguna cosa, hasta ellos a veces me educan a mí. Por ejemplo, yo le digo a ver la educación de alimentación usted que está de hipertensa cuénteme qué es qué debe comer, y lo que no. Y de ahí empiezan a hablar, empiezan a hablar, empiezan a hablar, y al final son cosas que ellos ya saben porque lo aprendieron por otra parte o se lo enseñaron de otra manera, y me lo cuentan igual sin problema.” (Javiera, Enfermera)

La educación del paciente se debate entre dos polos: hacer tabula rasa del otro o validar el conocimiento que tenga. En la nueva forma de atender el valor del reconocimiento del otro ocupa un lugar importante por lo que la educación se presenta como una facilitación dentro del conocimiento que los pacientes tienen. Hay un reconocimiento de que la experiencia de tener una enfermedad crónica lleva a la adquisición de un tipo de conocimiento que los profesionales no pueden adquirir a través de su formación. De esta forma, la táctica de dejar hablar y escuchar al paciente, va conformando un espacio de reconocimiento. Sin embargo, esto no es aplicable con todos los pacientes que llegan al box. Cuando los profesionales remarcan la necesidad de entender o descifrar al paciente no sólo tiene que ver con su sintomatología, sino que lo primero es poder entender su disponibilidad subjetiva para entrar en una relación terapéutica.

“... ¿Qué estrategias usas para reencantar a alguien que está así cómo escéptico, que no cree en los dispositivos de salud o los profesionales de salud?”

Lo primero es generar vínculo, conocer la historia de la persona porque si pueden venir o tener patologías crónicas, pero aparte eso, cada uno tiene una historia. Y han pasado diferentes situaciones que esa situación forma parte de su vida y muchas veces no han sido escuchadas, han pasado situaciones bien complejas, gente que han tenido problemas económicos graves, que han perdido todo y han sido ... gente que ha tenido un estatus económico medio, que ha tenido empresa y han perdido todo entonces empezar de cero con ellos generando vínculo, siendo empática, accionando las redes de apoyo. Y como que ahí se van reencantando, van visualizando que hay ... que sí puede mejorar su calidad de vida y que, si hay un equipo que está pendiente de ellos, que está detrás, que pueden contar con ellos. Entonces va generando vínculo y va mejorando su salud también porque se van preocupando, se van acercando al centro, se van sintiendo parte y pertenecientes a. Entonces eso es un trabajo que hay que hacer al principio que nos ha tocado con Sergio y con Paloma [otra médico] realizar”. (Soledad, Trabajadora Social)

Soledad destaca la necesidad de una táctica motivacional para “reencantar al usuario” que ha atravesado una situación de vida difícil. Como veremos más adelante la vulnerabilidad y fragilidad de los usuarios es una fuente de indignación para los profesionales que entienden que la institución de salud es indiferente frente a estas realidades. Para Soledad es necesario escuchar la historia de vida, abrir un espacio de escucha más amplio que dé cabida a los síntomas sociales del malestar. Desde su experiencia de trabajo entiende que a muchos usuarios se les ha ignorado su historia de vida, como personas, y por ello se sienten abandonados. Considerar esa dimensión, según ella, permite generar vínculo y hacerles ver que pueden mejorar, sacándolos del sentimiento de desesperanza.

“¿Qué factores inciden en el vínculo que tú desarrollas con los pacientes?”

Creo que uno de los elementos que incide bastante es que le permite a los pacientes hablar y expresarse desde ellos mismos. Trato de nunca encasillar una atención a revisar lo que tenemos que revisar, y -que esté bien nos vemos en un próximo control- Sino que los dejó aperturarse, ellos empiezan a confiar y a contar su historia, todo lo que traen atrás y empiezo a [...] guardar ciertos detalles que me permitan, después en el fondo, llevar una continuidad... en esta historia. O sea, que no quede que me lo

contaron ahí y después ya no me acuerdo” (Patricio, Químico Farmacéutico)

Al igual que Soledad, Patricio despliega una táctica relacional basada en la escucha, considerar a la persona del paciente permitiéndoles “hablar y expresarse desde ellos mismos”, no limitándose “a lo que hay que revisar”. Esto deja la otra cara de la moneda, es decir una atención que permanece anclada en una figura simplificada, incompleta, del otro que no permite establecer las confianzas necesarias para cambiar la relación terapéutica. Si escuchar la historia de vida permite acercarse a la persona, hay una vocación de acción que conduce ese acercamiento.

“Y cuando tú dices gestionar los casos, porque yo trato imaginarme, pero... pero con la experiencia, en concreto ¿cómo se gestiona un caso?”

Dependiendo de cómo esté la situación. Si no nosotros ... Hace poco estábamos mirando un caso de una usuaria con un diagnóstico de cáncer y metástasis. Y ahí es mucho trabajo en equipo porque no solamente el médico si no que la enfermera, la nutricionista. La usuaria no estaba ingiriendo ningún tipo de alimentos porque primero pasaba por un estado emocional. Y este estado emocional está repercutiendo mucho a todo lo que tiene que ver con la ingesta de alimentos, de agua. No estaba tomando agua. Entonces allí hicimos coordinación directa con Sergio que también es el encargado de salud mental y aparte con la nutricionista de poder conversar del caso, explicar el caso. Y hacia la intervención, el llevar con la consejería familiar con respecto a la situación alimentaria de la usuaria. Entonces se ven como hartas ... también se gestiona con la enfermera para la toma de exámenes” (Soledad, Trabajadora Social)

La gestión de caso es el trabajo de coordinación que le puede dar continuidad al cuidado de un paciente, es decir, que de forma bien realizada puede evitar el abandono de los pacientes. Representa un esfuerzo de coordinación que involucra a varios profesionales e incluso a la familia del paciente. Se puede entender como un elemento central del cuidado, ya que materializa la intervención que el centro de salud puede hacer por un paciente. Transformarse en un caso es, en este sentido, recibir la parte activa de la institución, frente a la que habría una atención pasiva, que por diversas razones no reúne las condiciones para una activación del equipo profesional.

En este sentido, un buen profesional es capaz de pasar a la acción cuando la condición del paciente se muestra fragilizada. La gestión de caso, en este sentido, representa un momento en el que el profesional comprende que el paciente no puede cuidar de sí mismo y requiere que el profesional tome esa

responsabilidad. Por supuesto, dada la sobredemanda asistencial que hemos descrito la gestión de caso es algo más bien excepcional. Además, tiene la particularidad de llevar al profesional hacia el límite de los recursos que la institución pone a su disposición.

“... Imagino que es especial de trabajar en salud, o sea ¿te gusta?

Ah sí. Es que yo creo que si no me gustara de verdad que no estaría trabajando en esto y estaría quizás estudiando otra cosa o no haciendo nada, no sé. Entonces yo creo que todos los días es un desafío trabajar en salud ya. Por ejemplo, igual el último tiempo también ha sido un desafío trabajar en pandemia. Muchas veces una está tan comprometida con el paciente que uno llega a su casa a hacer las cosas y -no es que tengo que ver esto porque algo debe estar pasando con este paciente- y muchas veces uno no separa la vida personal con el trabajo. Yo sí tengo que llegar a la casa a ver alguna ficha de un paciente yo igual lo llego a hacer. Ya. Cómo ver en qué puedo adelantar en este paciente o que se me ocurre a lo mejor mañana llamarlo y quizás derivarlo a algo porque yo quiero es este también el tipo de compromiso que no es solo el mío. Yo creo que el de todos acá. Y muchas veces nos preguntamos y tratamos de resolver cosas fuera del horario de laboral.” (Úrsula, Enfermera y Coordinadora Clínica)

El compromiso de los profesionales hacia sus pacientes representa el peso del ideal que ellos intentan cumplir a pesar de la institución. Esta los pone al límite de sus capacidades en una sobrecarga tanto administrativa como emocional. El cruce de funciones que cada profesional tiene les impone el cumplimiento de una serie de protocolos y de gestiones. Entre ellos, hay normas técnicas que adquieren sentido para los profesionales al proporcionarles la oportunidad de ir más allá, de traspasar la indiferencia institucional. Uno de los recursos institucionales que tienen valor para ellos es la norma del Ministerio de Salud sobre visitas domiciliarias integrales.

“...la visita integral son las mismas que lo hacemos nosotros adaptando si un poco la ... nosotros tenemos como el... el check list de las visitas integrales que se integra en la norma del MINSAL. La visita integral es el mismo check list con la misma pauta con la que va el trabajador social [...] Nuestras visitas integrales son bien completas. [...] porque es un objetivo consensuado finalmente el que hacemos, y tenemos una visión real de lo que quiere [el paciente] y lo que podemos lograr. Porque generalmente uno... cuando estaba estudiando le prometía el cielo y la tierra a un usuario que iba a caminar. Y el pobre llegaba y nunca camino el caballero, porque

tenía un acceso de tierra muy escabroso. [...] Y por eso, el Servicio nos pide esa visita integral porque nos dio cuenta que el trabajo no iba a ser efectivo si nosotros íbamos a conocer el lugar donde reside, como reside y con quien”. (Roberto, Kinesiólogo y Encargado de Participación)

Las metas que tienen que seguir los profesionales en su trabajo, a veces, permiten abrir espacios de encuentro con los usuarios, como ocurre con las visitas domiciliarias. El estándar técnico se revela como un instrumento poderoso de la gestión para modelar la acción de los profesionales, y los profesionales, más allá de la obligación que tienen de cumplir la norma, identifican aquellos elementos que les permiten reafirmar el ethos que ellos se dan a sí mismos. La norma puede ser utilizada por los profesionales para criticar el trabajo que no se ajusta a ella, el trabajo mal hecho y engrandecer, por el contrario, el trabajo que ellos realizan. En el desafío de ser un buen profesional se va forjando una forma distinta de ejercer la profesión, lo que transforma este desafío ya que no tan solo se trata de cumplir con lo que tradicionalmente se espera de ellos, sino que ahora deben encarnar a un nuevo profesional.

Un nuevo profesional

Indignarse

Cuando “lo que el paciente quiere” pasa de ser un valor dentro de la nueva ética de trabajo a traducirse en un desafío práctico de trabajo este principio deja ver una serie de contradicciones que generan incertidumbres y paradojas en los profesionales.

Como hemos señalado la atención de pacientes vive una transición gatillada por la implementación de la estrategia de atención integral. Sin embargo, si remamos aguas arriba nos damos cuenta de que la adopción de la estrategia es el resultado de una serie de definiciones por las que abogaba la nueva dirección de la Posta, lo que encontró eco en un grupo de profesionales jóvenes y resistencia en otro segmento de profesionales que llevaba cierto tiempo trabajando en la Posta bajo una mirada más tradicional de la atención. El cambio de mirada se justifica inicialmente a través de la denuncia de una figura de paciente en sufrimiento y la responsabilidad que le cabía a los profesionales de la salud en ello. En dicha figura de sujeto se acumulaban

una serie de experiencias de discriminación, maltrato y falta de atención que indignaban a la nueva dirección y a todo el grupo de profesionales jóvenes que atestiguaban situaciones, a su juicio, inaceptables. Por medio de esta crítica se apunta a una figura de profesional que parece no darse por enterado del sufrimiento de los pacientes y que, por ende, no pretende corregir ni reparar esa situación o que, directamente participa en la discriminación hacia los usuarios.

Construcción del otro: La fragilidad del usuario

La fragilidad es uno de los resultados de la relación. Hace parte de un diagnóstico social sobre los usuarios que, de forma más o menos explícita, acompaña al diagnóstico clínico. De esta forma, el sentir la condición frágil del otro le da sentido a la acción profesional desde una ética humanitaria. La primera manifestación de esta fragilidad es perceptible por el personal de ventanilla quienes reciben a usuarios deprimidos, abriendo un espacio de escucha sin necesariamente saber cómo delimitarlo.

“Entonces es otro tipo [...] de relación que también uno tiene con el paciente y además también están estos pacientes que también llegan en cierta parte a hablar a la ventanilla, o sea como, -hola ¿cómo has estado? -. Porque uno igual, la cortesía siempre tiene que preguntar -cómo estaba-, ya. Entonces igual llega el paciente que viene desde la ventanilla deprimido, antes de entrar al box”. (Úrsula, Enfermera Coordinadora Clínica)

Una de las particularidades del equipo profesional de la posta es que contaba con dos profesionales, una enfermera y una trabajadora social, que habían trabajado en labores administrativas. Esto las ha expuesto a una mayor diversidad de voces del usuario, entendiendo que los espacios del decir, especialmente el box de atención, se encuentran determinados y tienden a delimitar la voz de los pacientes. Los encuentros entre profesionales y usuarios están mediados por fuerzas dispositivas que no se manifiestan de igual manera dentro del box, en la ventanilla o en la visita domiciliaria.

“... nos ha tocado usuarios con patologías crónicas que vienen súper descompensada, que vienen de otra red. Que nos ha pasado igual en unos casos reiterados que vienen con harta desesperanza aprendida porque han tenido otras como experiencias en otras redes [...] Y que no han tenido las atenciones directas y entonces cómo vienen un poco descompensado,

no han tenido, algunos, en meses tratamiento. Sin esquema farmacológico actual. Entonces igual se empieza como de cero con esos pacientes. Hay que reencantarlos por la salud porque vienen con mucha desesperanza [...] primero hay que generar un vínculo con ellos, con la idea de poder después, como de empezar a compensar sus patologías crónicas.” (Soledad, Trabajadora Social)

Como lo menciona Soledad, otra cara de la fragilidad del usuario es la desesperanza, que viene originada de malas experiencias institucionales o simplemente de no haber accedido a las atenciones que necesitaban. El daño sociosanitario en los pacientes viene generado por estas dos condiciones: acceder a un espacio institucional que les falla o no acceder en absoluto, acrecentando su malestar o enfermedad. Ambas vías llevan a niveles de daño importantes lo que no deja indiferente a los profesionales que comienzan a apreciar como la misma condición de persona es la que se daña al no recibir oportunamente la atención que requiere, llegando al centro de salud cuando la intervención no tiene buen pronóstico. Esto se describe como una violencia que adopta la forma de una normalización de lo inaceptable. Esta negación del acceso a la salud deja perplejos a los profesionales quienes dirigen la mirada hacia el funcionamiento de los dispositivos institucionales. Hay una cierta intuición de parte de ellos que la propia institución sanitaria tiene responsabilidad en la inacción frente a casos especialmente dramáticos, situaciones en las que muchas veces los pacientes prefieren “aguantar” u olvidar, es decir mirar hacia otro lado y no hacerse cargo de su salud.

“Yo me veo enfrentado en mí, quehacer, lamentablemente, a mucho nivel de daño, normalización, muchas veces aberrante, muchas veces incluso para la condición de persona. Me encuentro con abuso, que está totalmente normalizado, me encuentro con condiciones de vivienda que está totalmente mentalizada. Cuento con un sin fin de situaciones o trastornos que están ahí súper latente y que son normalizadas como tú sabes, te toco y tienes que vivir con esto. Entonces, cuando llegan ya a consultar es porque la cuestión está muy, muy deteriorada la condición y empiezas desde ahí a reconstruir a la vez como que las mismas personas se empieza a reconstruir como persona. Este proceso generalmente suele ser muy largo y muy desgastante para las personas y para el equipo, porque es demasiado daño, demasiadas cosas ocultas, que lamentablemente por esta condición, no sé si es ruralidad, no sé si es desconocimiento de las personas simplemente, normalización que te llevan a -chuta [...] ¿cómo pudo aguantar tanto la persona, sin quizás

buscar ayuda, sin dar un grito auxilio?” (Roberto, Kinesiólogo, Encargado de Participación)

Si el usuario se mantiene a distancia de la institución esto se debe en parte a una frustración instalada en su memoria o en la de su comunidad. Este es un punto importante a considerar en los análisis de la relación entre políticas públicas, instituciones y sujetos. La misma entrada en funcionamiento de la estrategia sirve para evidenciar la complejidad de esta relación a través de la “generación inadecuada de expectativas” en los usuarios, al momento de dar a conocer la estrategia la que finalmente no logró plasmar en la experiencia de los usuarios grandes diferencias con la forma antigua de la atención.

“¿Cómo funciona o se implementa participación dentro de la estrategia?”

Yo lo hemos conversado con ... un poquito con la jefa de cuál es mi visión del modelo y que es lo que escuchaba. Ahora yo lo veo por la gente que veo y por mis cercanos de que se tiene el tema de la estrategia y el tema de la expectativa de la estrategia. Cuando llegaron y dijeron -ustedes van a ser parte de una nueva estrategia de salud. Que usted va a ser ... su atención va a ser más personalizada, super integral, entonces [...] crearon expectativas super grandes en los usuarios y al momento de la atención no vieron grandes diferencias con el [programa] cardiovascular que es el otro programa. Entonces, si hay diferencia, pero cuando se les presentó la expectativa yo creo que fue demasiado, entonces yo creo que allí la participación en este sentido tiene que trabajar en el tema de educación y de cómo funciona, cuál es el objetivo de la estrategia y generar estos nexos”. (Roberto, Kinesiólogo y Encargado de Participación)

La inquietud por la generación de expectativas deja expuesta la distancia entre los sujetos de la salud a la hora de vincularse con un programa que pretende modificar la forma en que se atiende a los pacientes. Si para los profesionales la estrategia resulta un apoyo para sostener el nuevo ethos centrado en el respeto por los pacientes, para estos últimos, el anuncio de una atención más personalizada no encontró respaldo en las interacciones concretas que se establecían con los profesionales²⁷. Aún más, como ya hemos evidenciado la rotación de profesionales marca un distanciamiento y un extrañamiento en la atención. Si el cambio va a implicar una pérdida del vínculo con los profesionales en los que se tiene confianza, este va a tender a ser rechazado y experimentado desde el malestar. Al contrario, si el cambio

²⁷ Al momento del trabajo de terreno la estrategia se encontraba en una etapa inicial de implementación por lo que muchos usuarios aún desconocían su existencia.

va a poner a resguardo a los usuarios de malos tratos, o va a contribuir a aliviar la indiferencia institucional, este va a tender a ser visto con buenos ojos. Lo que se puede colegir de aquí es que el diagnóstico que se hace de la fragilidad del paciente deja fuera una serie de modalidades subjetivas bajo las cuales el trato, o el vínculo, es comprendido. Esto es lo que lleva a que se genere un sesgo en el diagnóstico sobre la fragilidad del paciente que puede estar influenciado por la indignación, una suerte de catarsis emocional, de los profesionales frente al encuentro con casos que los conmueven y que trae a flor de piel sentimientos fuertes.

“...como te decía uno igual crea vínculo. Yo soy muy... A mí me gusta mucho a los adultos mayores. Entonces para mí son muy especiales. Entonces si por ejemplo me llaman en fin de semana que necesitan atención porque no están bien, pucha yo voy. O sea, no me gusta dejarlos sin atención. No sé si se entiende. Son especiales, son muy especiales. Y hay algunos que igual, no sé ... que uno se puede pensar que puede ser el abuelito de uno y como no lo puedo dejar sin atención. No puedo no ir. Entonces yo voy después del trabajo. Cuando a veces no tengo el móvil acá, yo voy después de las 5 de la tarde, a ver un adulto mayor para curación, conversó un rato con el cuidador para saber cómo está. Así que no, pero ... son bien especiales. Uno crea vínculo, mucho.

Y como que tu rol ... ¿no hay un horario para cumplir tu rol?

No, con ellos no. No puedo. No puedo porque igual se tiene mucha demanda. Entonces no puedo, como no me lo permito, no sé”. (Javiera, Enfermera)

Ese sentir Javiera lo encuentra sobre todo al realizar atenciones domiciliarias con pacientes postrados o en dependencia severa, pero también lo encontraba en el hospital con pacientes abandonados, sin redes familiares. Así, la fragilidad se transforma en una cruzada profesional, que también encontramos en el posicionamiento de Beatriz. Como matrona se ha encontrado con una distorsión de la higiene personal, en mujeres de sectores rurales, que la ha golpeado como profesional. Sin culpar a esas mujeres ella entiende esto como síntoma de la realidad sanitaria que le toca enfrentar, como el resultado de la mala salud pública que se le entrega a la población.

“...pues he visto situaciones femeninas que, por ejemplo, de que la gente aquí en la ruralidad todavía cree... muchas mujeres que hay cosas, que son las que te tocan porque eres mujer y por tanto, que tienes que aceptarlas

no más. Porque, por ejemplo, sin ir más lejos, yo he tenido señoras, Seba, que han llegado que tienen un bultito y que se suben a la camilla, y que sus genitales, literalmente, su útero, se desprende de su vagina y que es como que ella para ella, es lo que le toca vivir. O señoras que me llegan, que parece que hay algo ahí en su mama y que se descubren para hacerle su examen y que es una mama que dice cáncer por todas partes. O señoras de lo más trivial que te siguen contando, que tú les preguntas, desde mi área de expertise, -¿cómo se lava usted los genitales?- y que ocupan cloro, ocupan detergente y que son cosas que tú crees que ya no se ven. Y que aquí todo eso se sigue viendo, porque no son casos aislados, es constantemente”. (Beatriz, Matrona y Coordinadora de la Posta)

Al hablar de mujeres, o de abuelitos, salimos estrictamente de categorías abstractas de pacientes o usuarios, justamente lo que aquí se manifiesta es el desfonde de lo abstracto gracias a un trabajo relacional que revela a quienes están detrás de la ficha clínica o de los diagnósticos. La denuncia de estas situaciones da cuenta de una sensibilidad que en el ámbito de la gestión es frecuentemente silenciada. “La course à l’excellence ne tolère pas la « sensiblerie » et invite à l’indifférence plutôt qu’à la compréhension face à l’anxiété et la souffrance, que ce soit celle d’autrui ou la sienne” (Francequin, 2019, p. 235)

De cierta forma esta fragilidad humana le pone urgencia a la intervención de los profesionales que, sin marcos de acción certeros frente a malestares psicosociales, terminan promoviendo un activismo profesional. El “ardor” de lo inaceptable, como lo deja entender Beatriz, destraba la indiferencia institucional y, al mismo tiempo, propende a apresurar la comprensión de lo que es relevante para el sujeto en sufrimiento.

“Entonces como que no sé... te arde de todas partes, es como que también uno tiene sentimientos, quizás no... estas barreras po... ¿cómo vas rompiendo las barreras? ¿cómo vas rompiendo las barreras de la urbanización, de las clases sociales, el de los prejuicios? porque también te enfrentas a tus propios temores, entonces es desafío constante Seba, yo creo que acá, yo nunca me he dejado de sorprender acá en San José de Maipo de las cosas que uno se puede llegar a encontrar”. (Beatriz, Matrona y Coordinadora de la Posta)

A modo de síntesis podemos señalar que la construcción de una figura del paciente en sufrimiento, por una parte, interpela a los profesionales

llevándolos a realizar una crítica de la institución y a una misión de cambiar la relación con los usuarios. Sin embargo, al mismo tiempo lo inaceptable contenido en esas figuras de pacientes imprime un sentido de urgencia que limita la posibilidad de llegar a una comprensión más vasta de la fragilidad del paciente. Es que este diagnóstico sobre el paciente en sufrimiento se ha formado casi exclusivamente en espacios de atención terapéuticos en los cuales el decir y el escuchar están codificados de una forma determinada. El vaciamiento del dispositivo de participación contribuye en este fenómeno, al negar un espacio distinto en el que el decir y el escuchar puedan adoptar otra configuración.

Los espacios terapéuticos y de servicio no dan a vasto para comunicar la complejidad del cambio, sus temporalidades y desfases respecto a la experiencia de los pacientes. Al no existir un espacio de participación con sujetos colectivos, en el que dicho diálogo se puede ejercer, las expectativas que los pacientes se hacen de la estrategia integral quedan relegadas a la expertise predominante en los dispositivos terapéuticos y de servicio y al correspondiente uso táctico que los pacientes hacen de ellos. Esto tendrá una consecuencia importante de destacar: la fragmentación de las tácticas subjetivas, que se da en un contexto institucional de permanente sospecha sobre los intereses del otro, aleja a los sujetos de relaciones basadas en el entendimiento.

Cambiar la relación

Sería injusto afirmar la total inexistencia de marcos de acción para los profesionales frente al sufrimiento de los usuarios. Sin embargo, es sin duda un terreno profesional en el que no resulta sencillo orientarse. Es aquí en donde la ética humanitaria se conecta con la estrategia de atención integral, en donde la indignación por las diversas injusticias y abandonos de los usuarios es canalizada a través del dispositivo terapéutico por medio del principio de interés del paciente.

“...principios básicos como el de la autonomía, o sea, si a la persona no le haces click, si tus recomendaciones no están con sus propios intereses no va a seguir un plan, entonces esta idea de que sean planes ajustados a las necesidades de los usuarios para ellos es fabuloso, fantástico. Porque, es como mira nosotros creemos que esta es la mejor medida, pero ¿qué crees tú que de esto le hace sentido a tu vida?” (Beatriz, Matrona y Coordinadora Posta)

Como hemos visto los beneficios de la nueva modalidad de atención no son percibidos de forma simultánea por profesionales y por usuarios. Teniendo en consideración la fase piloto en la que se encontraba su implementación durante el trabajo de terreno, podemos de todas formas sacar una hipótesis relevante al respecto. Lo que el paciente quiere es un constructo que comprende tanto los intereses como los deseos, es decir comprende al usuario, como un sujeto que se moviliza racionalmente en una continua agencia por su salud y, al mismo tiempo, como un paciente que carga con una sintomatología, que tiene el deseo de ser cuidado, que tiene dudas respecto a cuáles son las mejores decisiones a tomar dentro de sus tratamientos.

La modalidad de ingreso a la estrategia, en su fase piloto, establecía la libertad de los pacientes para ser parte de la nueva modalidad de atención. Sin embargo, ello se muestra problemático frente a las representaciones que los mismos profesionales tienen de los pacientes. Una de ellas, ya analizada, es la fragilidad del paciente que establece a un otro con poca capacidad de decisión. La segunda, que veremos más adelante, a través de un algoritmo establece un otro en función del riesgo de su condición de salud. Así, la pregunta dirigida al paciente sobre su participación en la nueva forma de atender establece un ámbito de autonomía difuso.

“...entonces al momento de entrevistar al paciente cuando él accede a querer participar, porque esto es libre de elección de él, e ingresa al control de acceso.

Espérame, la libre decisión a que te refieres con...

Uno le pregunta al paciente, como estamos como entrecomillas pilotando todavía, le pregunta, usted quiere participar de la estrategia, y ahí uno le cuenta en qué consiste, en que es una visión más bien integral...” [...]

“Se le evalúa primero de forma interna, para ver si cumple con estas condiciones de gravedad que nosotros estamos buscando inicialmente, y ya si tenemos esa foto y, si el paciente realmente puede ser beneficiario de la estrategia, nosotros lo invitamos a participar. La idea como nosotros todavía estamos cambiando el modo de atención, es que nosotros cada vez tengamos que invitar menos, y está ya sea una realidad de atención, pero al ser piloto... Claro, al estar pilotado todavía, les preguntamos, quiere o no quiere, y la mayoría de los pacientes están diciendo que sí, si hemos tenido rechazo son los menos, y realmente no dependen de nosotros...” (Patricio, Químico farmacéutico)

Vamos a regresar sobre el problema de la autonomía del paciente, pero antes de ellos veamos la segunda forma de entender al paciente sobre la que no nos hemos exployado hasta ahora.

Construcción del otro: el paciente como resultado de la clasificación

Hasta la llegada de la estrategia los pacientes eran pacientes de un programa, el cardiovascular, el de salud mental, etc. Los programas están organizados a partir de una enfermedad que justifica una intervención sobre quienes que las padecen, quienes han recibido un diagnóstico. El programa funciona con estas clasificaciones diagnósticas, guías clínicas y protocolos que al definir lo que se hace sobre un tipo de paciente define, al mismo tiempo, los bordes de este sujeto, así como el mandato de intervención de los profesionales.

La promesa de la estrategia de atención integral es romper con ese trabajo fragmentado en programas, como lo enfatizan los profesionales al señalar que la estrategia no es un programa más, porque tiene otra lógica de funcionamiento que gira entorno a “lo que el paciente quiere”. Sin embargo, en la estrategia la clasificación de los pacientes en función de su carga de morbilidad juega un rol determinante. A la estrategia de salud centrada en la persona también se le conoce como modelo de multimorbilidad, e incluso se la relaciona con otros nombres que se le aproximan como los cuidados crónicos o incluso el modelo de salud familiar.

“Ahora es la Estrategia de Salud se Centrada en la Persona pero antes era Multimorbilidad y las agendas estaban como multimorbilidad. [...]

¿Y tú sabes por qué se le cambió el nombre?

Al parecer como que el nombre no englobaba lo que realmente se hacía porque multimorbilidad podía ser como pacientes que tenían hipertensión, diabetes o tenían una depresión, o sea cumplían con los criterios de inclusión, tener 2 o más patologías crónicas, polifarmacia, etc. Pero la estrategia centrada en la persona igual engloba más todas las intervenciones que uno hace. Y que además esto también va ligado por ejemplo con el modelo de atención de salud. Ya que como el MAIS, el modelo más familiar y no tanto con el que existía antes del modelo de la atención familiar, sino que era el médico, antes. Que era como centrada en la persona, pero además este integra su comunidad y familia. Entonces yo tengo entendido que por eso le cambiaron el nombre. Si estoy mal me tiene que avisar (risa)

(risa) Pero este nombre se lo ponen ahí en las Vertientes ustedes o bien en el Servicio?

No, en el Servicio de Salud". (Úrsula, Enfermera y Coordinadora Clínica)

Los constantes cambios de nombre de los programas o estrategias, una *logorrea* tecnocrática (Demailly, 2008), responden a redefiniciones en base a una expertise del mundo de la gestión pública de la salud y de la epidemiología. Úrsula, por su parte, no se siente cómoda explicando los cambios de nombre; ese es un ámbito de expertise que le es ajena. Ella entiende que debe adaptarse y desempeñar su rol en un dispositivo que va cambiando ajeno a su voluntad, un dispositivo que la determina y la tensiona.

La clasificación juega un papel determinante en la identificación de quienes hacen parte de la estrategia según un perfil de riesgo determinado por el Servicio de Salud. Como lo señala Úrsula "... también estos usuarios, al ser de alto riesgo, también tenían otras necesidades respecto al usuario que no tenía un riesgo tan alto". De esta manera, el equipo de la estrategia se va relacionando con los pacientes que más necesidades y dificultades tienen, es decir con el grupo de mayor riesgo, lo que da un carácter específico a la relación, acrecentando la visión del otro como alguien frágil.

"Así es, nosotros ocupamos un sistema americano que es la ACG que le da una puntuación a cada usuario, que mezcla los distintos factores, consultas, cantidad de diagnósticos, cantidad de fármacos, ya, y el riesgo cardiovascular. Todo eso se va a una computadora, me da un número y me da el listado de los pacientes que tienen esta carga de morbilidad más alta, que son más o menos el 10 por ciento de nuestra población, pero que consumen el 90 por ciento de nuestros recursos, entonces si nosotros gestionamos bien este 10 por ciento de nuestros pacientes, nuestra carga de asistencia, económica, sanitarias y asistencial disminuye notoriamente y eso lo hemos ido verificando, digamos, en este año que llevamos la estrategia." (Sergio, Médico General de Zona)

La visión managerial del otro incorpora la dimensión de los recursos que ese paciente consume y la eficiencia que implicaría, para el sistema, focalizar la acción profesional en ellos. La estrategia, en este sentido no es un programa que busque necesariamente humanizar al otro; los intentos por dotarla de una ética humanista del cuidado son locales, responden al sentir de los profesionales que, en la Posta Las Vertientes, está motivado por la cuestión social de los pacientes. No obstante, se podría decir que la estrategia abre una ventana hacia la cuestión social que para los profesionales jóvenes es

difícil ignorar; su posicionamiento implica el estar conmovidos por ese paisaje humano.

“Ah, no, o sea en la atención médica normal es totalmente clínica, biomédica, asistencial. Tú ves la patología... tienes 10 minutos para atender la morbilidad en La Pintana, traes un paciente con dolor de espalda, qué le duele, cuándo, dónde, medicamentos y chao. Entonces, no sé por qué el dolor, con quien vive, si tiene que trabajar en esas condiciones, si tiene una ortesis, quedó totalmente...”

Realmente ahora tienes otra perspectiva también con...

Totalmente. Porque casi todas las...al final por qué salió este tema de la estrategia, para mejorar la adherencia de los pacientes. Entonces, muchos de estos temas de adherencia no son porque nuestros pacientes no quieren, que es lo que se tiene el discurso -que el paciente no quiere venir porque no quiere- sino que hay un trasfondo, quizá económico, que no hay un apoyo familiar, que no hay locomoción, etc. Entonces hay muchos factores sociales que van por un 30-40 por ciento de la falta de adherencia y, de otra forma, asistencialmente no lo podemos visibilizar si no es de esta forma.” (Sergio, Médico General de Zona)

La atención tradicional de pacientes se queda en el tratamiento de los síntomas, pero es ciega a las causas que se encuentran en la esfera social de la vida cotidiana de las personas. Por otra parte, los profesionales jóvenes buscan hacer frente a un discurso estigmatizante del paciente que, precisamente, borra la cuestión social, atribuyéndole irracionalidad y negligencia en su autocuidado. Como hemos visto, la estrategia de atención integral potencia dos visiones del paciente entre los profesionales que no son fácilmente conciliables. A pesar de ello, en el relato de Sergio parecen conciliarse ambas visiones, lo que no es tan directamente palpable entre los profesionales de otras disciplinas no médicas.

La problematicidad de la autonomía

Entre su fragilidad y su carga de morbilidad, la autonomía del paciente se convierte en un gran desafío para los profesionales quienes lo asumen como la piedra angular del cambio. En términos prácticos para los profesionales del ámbito clínico el cambio comienza por notificar a los pacientes sobre la nueva modalidad de atención. La dificultad para transmitirles el nuevo tipo de

atención queda representada en la expresión “partir de cero”, de Soledad, la trabajadora social del equipo. Aquí encontramos una de las expresiones más directas de la opacidad de la autonomía: lo que el paciente quiere le tiene que ser explicado. La relación terapéutica tradicional opera con una especie de guion en donde todos saben que rol deben jugar. La estrategia viene a intentar cambiar, en alguna medida, estos roles. Sin embargo, es el profesional el que adquiere el mandato de cambiar los roles y quien le debe explicar al paciente que ahora debe representarse a sí mismo desde lo que él quiere. El “partir de cero” se transforma en un gran desafío profesional porque se le debe explicar al otro la nueva forma de ser paciente, lo que se espera de él dentro de la estrategia.

“Y se interviene directamente ambas partes, tanto lo médico como lo social. Entonces es super interesante el trabajo que se hace allí. Para la gente yo creo que también se va súper conforme porque ahí aparte de lo médico, de que el médico les da las patologías crónicas, pueda dar tratamiento, ver sus exámenes y todo. También se solucionan otras cosas, cómo se gestionan redes, se hace se facilitan otras cosas. Entonces al final la gente se hace como súper conforme. Al principio sí igual es como que quedan como poco ... porque hay 2 personas. Se me está un médico y una trabajadora social y se le explica lo de la estrategia porque también cómo es un programa nuevo, también para la gente es algo nuevo. Entonces hay que partir como nosotros, con Ricardo somos los encargados de partir de cero. Así como explicarles a las personas, cómo aclarar las dudas y también le damos el pase a mí otros compañeros, otros profesionales que van trabajando la estrategia.” (Soledad, Trabajadora Social)

Soledad señala que la gente se va conforme con el ingreso que se le hace a la estrategia, este ingreso que le realiza el médico junto con la trabajadora social. Sin embargo, una de las manifestaciones de la fragilidad del paciente tiene que ver justamente con la decepción por las expectativas generadas por la estrategia. Lo que no se deja ver en el box, sino que se deja ver en el relato del encargado de participación que desarrolla otro tipo de vínculo con los usuarios. El guion de la atención tradicional parece operar aquí delimitando lo que se puede decir dentro del box y fuera de él. La opacidad de la autonomía se relaciona con este guion que delimita la voz y acondiciona la escucha dentro de los distintos escenarios de encuentro entre profesionales y pacientes.

En definitiva, lo que el paciente quiere requiere de un paciente distinto, un paciente activo, un paciente motivado, un paciente autónomo. Esto es un

programa de subjetivación hacia el otro, lo que nos trae hacia una tercera concepción del paciente como un sujeto en formación.

Construcción del otro: Un sujeto en formación

No es sólo el juicio estigmatizante, que pesa sobre los pacientes, lo que hay que modificar. También estos mismos sujetos, a la luz de su fragilidad y bajo el prisma de la técnica, son entendidos como sujetos en formación. La misma estrategia porta un ideal de paciente que es directamente identificable en el relato de Sergio

“Y también en esa consulta, los últimos 10 minutos, que esto dura una hora, los últimos 10 minutos se le hace el plan de cuidado, el plan consensuado [...] yo con el paciente, con el usuario tengo que llegar a un acuerdo, de cuál son mis intereses como médico, cuál son sus intereses como paciente, para que podamos trabajar en conjunto según su momento, su grado de autonomía, de autocuidado, que podamos hacer cambios a corto plazo, mediano plazo y a largo plazo [...]

Claro, que nosotros somos un apoyo para su salud, pero que al final este paciente es el encargado de hacer los cambios y que nosotros lo vamos a ir orientando según su estado actual. Pero uno igual intenta llegar a un acuerdo por un cambio de hábitos, un cambio de vida que él decida trabajar. Entonces hay que llevar un equilibrio entre la indicación médica y el interés del usuario”. (Sergio, Médico General de Zona)

Al paciente ideal se lo interpela desde la autonomía y la colaboración. La indicación médica no desaparece, sino que establece un consenso con el interés del paciente. Esto da como resultado un proceso de responsabilización del paciente un llamado a que aumente sus grados de autonomía sin dejar de seguir el contrato terapéutico, adquiriendo la capacidad de cuidarse a sí mismo. Este ideal se construye sabiendo que hay una realidad de paciente sin adherencia que instrumentaliza la relación, buscando exclusivamente al profesional médico quién le puede dar acceso a fármacos. Frente a esta realidad es que la estrategia busca fortalecer la relación que se establece entre el dispositivo y los pacientes desde la formación de un paciente responsable.

“Son numerosos, son numerosos. Los pacientes, en general, son pacientes que no tienen adherencia a los controles rutinarios. Son pacientes que no

les gusta ir a los controles nutricionales porque encuentran que son inútiles. No van a los controles con enfermeras, sino que van al médico, porque saben que les va a renovar el medicamento y con eso estamos listos hasta el otro año. Pero no hay ningún cambio de fondo porque en el fondo es la fe que le tiene al medicamento, o sea el paciente al fármaco, al tratamiento biomédico” (Sergio, Médico General de Zona)

Esta figura de paciente, que instrumentaliza la relación terapéutica para obtener medicamentos, es la que se presenta como necesaria de modificar. Es la figura de paciente formada por la frustración con la institución y por una relación terapéutica fundada sobre la indiferencia institucional y la indisponibilidad subjetiva. Cuando los profesionales jóvenes entienden que ellos encarnan un cambio, en su formación profesional y en sus prácticas clínicas, se dan cuenta que la otra parte también tiene que cambiar para abrir una nueva relación. La tensión que estamos subrayando aquí tiene que ver con cómo el otro colabora hacia la propia figura de cambio que los profesionales dicen encarnar. Esto es uno de los aspectos fundamentales del fenómeno de la subjetivación en contextos institucionales, especialmente para los llamados oficios relacionales.

Indaguemos un poco más en esta figura del paciente en formación. La educación del paciente también se fija el objetivo de que el paciente aprenda a “estar alerta a su sintomatología” y saber cuándo acudir al centro médico. Esto deja ver que el paciente debe incorporar un conocimiento para estar compensado, saber identificar cuando se traspasa la línea del automanejo y qué hacer en dicho caso. Esta se convierte en una figura de un paciente ideal, que se ha hecho responsable en su sintomatología y en el buen uso de los centros asistenciales. Al mismo tiempo, esto habla de su contrario, es decir, de la dificultad para cumplir con ese ideal de paciente.

“...no es lo mismo a lo mejor de sentir, por ejemplo, no sé por un dolor en alguna parte de abdomen, a sentirlo en el tórax, que uno puede decir ok, que es una paciente hipertensa, que salió de un infarto hace poco. Ok vamos a detener un poco esto acá y hacer que sea, no sé, que toma un electrocardiograma o, por ejemplo, también dentro de la educación que uno les da al final de un control está siempre [...] cuando mi alerta tiene que estar en mi sintomatología. Entonces es superimportante que el paciente identifique, por ejemplo, cuando tiene que asistir a un servicio de urgencias, por ejemplo. Porque para ellos lo que es una urgencia, para mí o para el servicio de urgencia, no eso no es una urgencia. Pero quizás para el paciente sí.” (Úrsula, Enfermera y Coordinadora Clínica)

Úrsula entiende que la educación en salud es parte de su labor como enfermera, “sin poner las manos al fuego por sus colegas”, es decir reconociendo que esta misión puede estar debilitada no siendo asumida por otras enfermeras. El énfasis en la educación en salud devela dos caras de la autonomía de los pacientes: una es la cara del paciente ideal quien se esfuerza por cumplir con lo que se espera de él en el contexto dispositivo y, en segundo lugar, un sujeto bárbaro que se niega a estar “bajo control” en términos de su salud y hace un uso instrumental de los dispositivos de salud. En el marco de las relaciones terapéuticas promovidas desde la nueva forma de atender la autonomía es tomada en valor a través de la búsqueda del consenso, el que sólo es posible si el paciente se inclina hacia su figura ideal y se aleja de su figura bárbara. En términos concretos la estrategia genera una serie de planes consensuados entre profesionales y pacientes mediante los cuales busca contar con la voluntad de los pacientes.

“...una intervención, por ejemplo, con el paciente se crea un plan consensuado ya se explica al paciente y todo. Y por ejemplo le digo -ya a ver, a corto plazo vamos a consumir más agua. Ya sí. Vamos a aumentar el consumo de agua. A corto plazo, nos vamos a mantener el peso porque yo no quiero que usted suba- le digo, así que lo vamos a mantener. A corto plazo, 2 semanas, un ejemplo a corto plazo. A mediano plazo, nos vamos a empezar por la realización de ejercicios, la tolerancia, caminatas de media hora, 20 minutos, 30 min, etc. Es mi plan porque es mi área, es mi visión [...] Que como cada profesional tiene un plan con los pacientes. Es eso. Cada uno tiene su plan. Después obviamente lo revisamos en conjunto y todo” (Javiera, Enfermera)

Sin embargo, las metas fijadas en algunos casos se revelan difíciles de cumplir para los pacientes. Frente a las dificultades que tienen los pacientes, la soledad y falta de apoyo para cumplir los cambios considerados en el plan consensuado, los profesionales intentan realizar un acompañamiento. De esta forma, en términos ideales, la búsqueda del consenso se transforma en responsabilización del paciente y en el despliegue de una relación de acompañamiento. Ese es el ethos de la nueva relación terapéutica.

“¿Qué ha sido para ti relevante en esta digamos, nueva forma de atender o nueva estrategia ? Qué destacarías tú de esta historia digamos, que empezó en enero para ti ?

O sea, yo destacaría el hecho de acompañar y tener un seguimiento al paciente. Yo considero que eso es fundamental y super importantes. En algunas partes no se hace. Yo considero que explicarle al paciente que va

a tener un acompañamiento, que no va a estar solo, que yo le voy a acompañar, que va a tener un seguimiento, que no va a estar solo porque hay muchas pacientes que les cuesta, y que dice me cuesta esto. Pero allí uno le dice, ok, usted no va a estar solo. Va a tener un equipo que le va a acompañar. O sea, eso yo lo considero super importante y no me había tocado vivirlo”. (Javiera, Enfermera)

La promesa de un acompañamiento por parte del equipo se hace sobre un terreno de expertise en mutación, lo que genera incertidumbre y pone en riesgo el alcance del acompañamiento en cuestión lo que se ve reflejado en el sentimiento, subrayado por la usuaria Camila, de que cada uno se las arregla como puede frente a los malestares de salud que aún no entran en el cause institucional de los programas.

Más allá del box

El diagnóstico social sobre las dificultades de acceso, las condiciones de abandono o la falta de redes familiares movilizan a los profesionales del área social a pasar a la acción desde una mezcla de relaciones de servicio y de participación. El cambio de paradigma que representa el acompañamiento terapéutico requiere de un acercamiento a la comunidad. En la experiencia de trabajo de los profesionales del área social se pueden identificar aquellas condiciones que contribuyen a mantener la distancia entre institución y comunidad, generando situaciones dramáticas por la falta de acceso a la salud a lo largo de la vida de las personas que comienza a mostrar sus consecuencias entre los adultos mayores. Esto, como lo hemos descrito, es uno de los motores de la ética humanista que atraviesa el discurso de los profesionales entrevistados y que delinean una idea del cuidado en la acción profesional. La primera constatación de los profesionales tiene que ver justamente con que muchas personas que requieren atención profesional de salud no la están obteniendo.

“...con el diagnóstico participativo, nos dimos cuenta que como el 17 % de persona que jamás se han atendido en ningún sistema de salud, ni siquiera están inscritos [...] ni en ISAPRE²⁸, ni en FONASA²⁹. Esa gente... es que nadie sabe... aparecen ahora y que hay que buscarla, hay que vincularla en algún centro de salud y también participación allí que tiene que ser importante. Tenemos que buscar a estas personas, que son personas que o viven, que

²⁸ Seguros privados de salud

²⁹ Seguro público de salud

son pocas, pero viven en situación de calle, que son adultos mayores que quedaron abandonados, o adultos que quedaron abandonados, o que simplemente están ... hay gente que están conectando con la tierra y esta forma de vida más con la pachamama³⁰ que tampoco se entiende en el sistema formal. Entonces hay que tratar de vincularnos con ellos en alguna forma porque si no vamos a tener aquí a un tiempo más... una sorpresa...” (Roberto, Encargado de Participación)

Para el encargado de participación la forma tradicional de atender ignoraba deliberadamente a una serie de sujetos, es decir de tipos de usuarios, sin salir en su búsqueda. Con la nueva ética relacional esas personas son visibilizadas, asumiéndose el mandato de “ir a buscarlas”. Dicho mandato se conjuga desde la visión de mundo de los profesionales, desde la formación que han recibido y desde la convicción por el trabajo que realizan. Sin embargo, el despliegue de los profesionales parece nunca ser suficiente: la distancia con la comunidad es importante, según constatan las usuarias, y los dirigentes sociales deben asumir como trabajadores sociales informales para intentar aliviar esta situación. Para los profesionales esto no significa que no haya trabajo comunitario, el que muchas veces se confunde con el trabajo de participación.

“Bueno nosotros trabajamos mucho con la comunidad. Trabajamos también directamente con casos sociales, en atención de pacientes directamente, usuarios. Y también trabajamos mucho en red. Trabajamos mucho con la red de la comuna, con gestionar estos casos, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas y gestionar diferentes situaciones. Yo creo que...siento que en salud se puede mejorar muchas cosas, se pueden hacer muchas cosas. Y acá igual es una comuna totalmente distinta a otra porque es una comuna que está geográficamente distante, igual hay poco acceso. Entonces yo creo que nuestra labor es facilitar el acceso a los usuarios a las prestaciones en salud y facilitar también... otros tipos de prestaciones, como otros programas no solo de salud” (Soledad, Trabajadora Social)

La misión que se dan los profesionales de área social, desde el dispositivo de servicio, es la facilitación del acceso a las atenciones de salud y a toda la oferta de beneficios sociales a nivel local. Este tipo de trabajo comunitario tiene relación con la promoción de la salud que ha sido definida como “un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las

³⁰ Filosofía de vida alternativa apegada a la “madre tierra” o “Pachamama”

comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud” (MINSAL, 2015). Sin embargo, se mantiene bajo una visión asistencialista al poner el foco más bien en el acceso al servicio en desmedro de las capacidades de las personas o grupos.

Lo que queda en evidencia es que el trabajo con casos sociales impregna al profesional de las experiencias de vida más duras de los pobladores. Pero, al mismo tiempo, revela la dificultad de vincularse con sujetos inespecíficos, es decir, vincularse con quienes no se han asumido como usuarios, quienes no han sido forjados por los dispositivos de la salud y se mantienen en la dispersión de las experiencias de vida. La dureza de los casos sociales conmueve y a la vez complica el diálogo: la urgencia por hacer algo valida las formas institucionales existentes. La arena política de consensuar la pertinencia y el sentido de los dispositivos institucionales queda relegada. En otras palabras, la participación nunca es urgente, lo que facilita su vaciamiento.

Cuando el acceso a la salud se hace posible, es decir, cuando la relación con usuarios se establece, los profesionales comienzan a problematizar su naturaleza. Por ejemplo, Beatriz reconoce, desde su rol de coordinación, que es un gran desafío desarrollar la autonomía, tanto a nivel de los pacientes de la estrategia como a nivel comunitario. Dentro de la estrategia ella establece un continuo entre la relación terapéutica y la conexión con pares que puedan sostener a los pacientes una vez que el trabajo terapéutico haya alcanzado un cierto avance.

“Yo creo que hay que conectar a estos pacientes del intersector, porque va a llegar un momento en que la pega sanitaria se va a acabar y que ellos tienen que seguir, es como criar un hijo quizá, que ellos tienen que seguir con sus herramientas involucrados con la comunidad, y así entre ellos ir fortaleciendo toda esta adquisición de información que puedan haber obtenido de esta estrategia, que si bien es el modelo que esperamos se mantenga en el tiempo mantener el desafío de que ellos...estas condiciones permanezcan a su vez en el tiempo, y eso hace sentido que sea en grupos de pares. Pero no se ha trabajado actualmente”. (Beatriz, Matrona, Coordinadora Posta)

Beatriz se cuestiona el mandato que recae sobre la institución, de formar un Consejo de Usuarios, de ir a buscar a las personas al territorio con este fin, reconociendo a la vez que no hay tiempo para realizar ese trabajo porque todos los recursos se enfocan en lo urgente, y participación no es urgente, aunque sí importante. Ella va más allá al cuestionar si es el deber de la

institución hacer participar a las personas, ya que el estallido social dejó ver que los movimientos sociales que tienen fuerza, son aquellos que no son convocados desde las instituciones.

“Porque yo digo, me cuestiono también, que nosotros esperamos a que ellos lleguen al centro de salud y en verdad, es el centro de salud el que tiene que salir en la búsqueda de ellos, pero a veces lo cotidiano te... lo urgente te termina comiendo lo importante. A veces, el equipo es chico... que tenemos pocas horas, entonces la parte asistencial no nos ha permitido llegar a otros tipos de participación” (Beatriz, Matrona y Coordinadora Posta)

Los cuestionamientos de los profesionales por esta ética del ir a buscar vienen por la imposibilidad de sacarse de encima lo urgente. Esto se deja sentir en las experiencias de trabajo, como la que vivía el encargado de participación, repartiendo sus horas de trabajo con su trabajo clínico de rehabilitación.

“Es un poco el día a día del trabajo. Ahora mi trabajo ha sido con pocas horas de kine[siología]. A mí me gusta la kine pero me he quedado con poquitas, porque este año también me di cuenta del tema de participación [...] porque yo tengo un día bloqueado para participación. Pero el lunes, martes, miércoles a cualquier hora me llama el vecino, me llama otro vecino porque necesita cierto tipo de información. Entonces, allí me provoca un poquito de conflicto en lo laboral y en lo personal porque uno siente que no está dando a basto porque la vecina me llama mientras que asiente, y la llamó después, y después eso de tener otro paciente y después se vuelve hasta la tarde y ya ese problema ya pasó. El reclamo -pucha no me has llamado a la hora que me has dado, tuve que ir a otro lado-. Entonces es un trabajo que a mí me ha dificultado un poco en ese sentido” (Roberto, Kinesiólogo y Encargado de Participación)

La necesidad de abrir un espacio de conversación con los vecinos llevó al encargado de participación a dar su número telefónico y, en consecuencia, a ser requerido por los vecinos mientras se encuentra en horario de atención. No hay mejor metáfora para la negación de la escucha que no contestar el teléfono. Esto se vio acrecentado en tiempos de pandemia en donde los confinamientos y la falta de información llevaron a los usuarios a aprovechar los contactos personales que tenían con los profesionales. El encargado de participación tuvo que asumir ese contacto inespecífico, en temas sociales, que no tenía límites, dificultando su trabajo. La falta de escucha representa,

indefectiblemente, para los usuarios la indiferencia de la institución frente a sus necesidades y sus tiempos. Es por ello que el ir a buscar, el dar cobertura a todo quien lo requiere, se enfrenta con un problema estructural: el cambio en la forma de atención requiere de tiempos distintos para la relación entre profesionales y pacientes, tiempos que la sobrecarga asistencial niega. Es lo que nos cuenta también Sergio, el médico del equipo, a propósito de una experiencia de trabajo en otro centro de salud.

“...[la estrategia] se intentó implementar en todo el [Servicio de Salud] Sur Oriente. Pero, nos dimos cuenta que la carga asistencial era demasiada como para pasar a controles crónicos de media hora a una hora, que tengan hora disponible para trabajadoras social, psicólogas, enfermeras, nutricionistas exclusivas para un paciente, siendo que la lista de espera para un nutricionista era en tres meses. Entonces, el Servicio se chocó con la realidad un poco, que había poco personal en las funciones de atención primarias, que está muy sobre demandado y, también entrenar un poco, cambiar el switch a los profesionales en un contexto que la carga de atención es muy alta, que tú estás atendiendo cada 10 minutos, cada 10 minutos y ahora te dicen ya, ahora tienes que atender cada una hora. Entonces, no hubo como un poquito cómo suavizar un poco el ingreso de la intervención, ya. Entonces esto yo más creo en general en forma no muy bien la estrategia cuando se implementa en forma brusca sin conocer la realidad de la atención pública local. Acá es distinto el contexto de posta porque se da que tenemos una dotación de funcionarios un poquito mayor que el promedio nacional, en horas por población, de médicos, de trabajadora social. Entonces podemos darnos este lujo un poco de poder implementarlo de esta forma.” (Sergio, Médico General de Zona)

La sobredemanda por atención de pacientes representa un ámbito de subjetivación fuerte, difícil de ignorar en el campo de la salud pública chilena. El profesional médico carga con esta sobredemanda en su ejercicio profesional lo que lo lleva a tener tiempos cortos de atención y a ser muy demandado en los centros asistenciales. La estrategia, para poder ser implementada, requiere que esta presión asistencial esté de cierta forma controlada. Bajo esta perspectiva, el paciente de la estrategia es un paciente privilegiado frente a otros que no acceden, donde la estrategia no tiene condiciones de implementarse. Dar este acceso, a una nueva relación terapéutica, se enfrenta paradójicamente a negar la atención de otros que la requieran, dada la sobredemanda asistencial, siendo esta una de las críticas que ha recibido la estrategia en su diseño.

Como hemos revisado, la ética relacional se extiende más allá del box a través de visitas domiciliarias y salidas a terreno. En dicho territorio los profesionales del área social libran una batalla contra la exclusión, es decir un esfuerzo por tomar en cuenta a una serie de sujetos ignorados por la salud pública. En ese “ir a buscar” el profesional enfrenta una tensión entre la urgencia de actuar frente a situaciones dramáticas, lo que tiende a validar el funcionamiento asistencial de los dispositivos, y la incertidumbre de la generación de diálogo con sujetos inespecíficos que se han forjado a distancia de la institución sanitaria y no cumplen con las formas de los usuarios ideales. Si, a pesar de ello, el vínculo resulta exitoso, usuarios y profesionales se ven expuestos a otra serie de paradojas en el marco de las relaciones de servicio que hacen posible las atenciones clínicas. Esta dificultad para convertirse en un usuario “bajo control”, es decir en un usuario que desarrolla las capacidades para cuidar su salud y asistir al centro de salud cuando le corresponde, tensiona la implementación de la nueva forma de atender y, en consecuencia, pone a prueba el nuevo ethos profesional. El discurso de la salud integral parece tener un momento de seducción entre los profesionales que encuentran sentido en él, hasta que las contradicciones del funcionamiento de la institución se muestran insostenibles. El cambio de función, o la multiplicidad de funciones, bajo esta perspectiva parecen jugar el rol de válvulas para descomprimir a sujetos que no logran consolidar formas de usar los dispositivos, como lo plantea de Certeau. En otras palabras, el paradigma de atención integral en sus distintas manifestaciones empíricas ofrece nuevas posiciones subjetivas para profesionales y para usuarios. Ya vimos como para los primeros esto apenas es perceptible en sus relatos. Para los segundos, en cambio, es lo que le da sentido a su trabajo, sin embargo, en el tiempo el desgaste del sentido es importante porque los dispositivos operan con otras racionalidades que dejan expuestas las fisuras estructurales para el cambio de paradigma.

A MODO DE CONCLUSIÓN SOBRE LA POSTA LAS VERTIENTES

De acuerdo al análisis realizado hasta ahora podemos afirmar que uno de los rasgos más distintivos del posicionamiento de los profesionales de la Posta las Vertientes es el juicio crítico que tienen hacia la expertise biomédica y hacia una forma de atender pacientes, por parte de otros profesionales, que se fundaba en la exclusión y la indiferencia. Resulta paradójico que ellos

hayan desarrollado esa visión asumiendo la misión de regenerar un vínculo perdido, mientras algunas de las usuarias afirmaban mantener una relación cercana y familiar con aquellos otros profesionales. Aquello revela una fractura en la misma comunidad, lo que ha quedado representado en la idea de, por una parte, una comunidad fragilizada, de “usuarios no desarrollados” y de “jóvenes invisibilizados”, de personas que se conforman con “la chimuchina”, generando un espacio de oralidad propio, a distancia de la institución, basado en el conventilleo. Por otra parte, un segmento comunitario conectado, de forma crítica, con la institución. Finalmente, una “monarquía”, es decir autoridades que, a la luz de lo señalado por algunas dirigentas, se muestran distantes y autoritarias en su forma de tomar decisiones. En este escenario el equipo de profesionales jóvenes siente a la vez un desajuste de su formación profesional, que no los ha preparado para el anclaje comunitario del trabajo en atención primaria, dejándose llevar por la conmoción de casos dramáticos lo que los lleva a extremar sus recursos para hacer una gestión cercana, facilitar el acceso y toda la serie de obstáculos para que la promesa de una relación de cuidado se materialice. Los profesionales se encuentran tensionados entre lo técnico y lo humano, entre la determinación de lo que se entiende tradicionalmente como un buen profesional y la misión que se dan a sí mismos de encarnar una nueva figura profesional. Esa es su dinámica entre determinación y autosubjetivación.

La Posta las Vertientes, como hemos descrito es un centro de salud que se diferencia, en primer lugar, por su tamaño reducido en cantidad de población inscrita y en estar inserta en un territorio rural, en las afueras del Santiago Urbano, pero muy cerca de este último. Su tamaño tiene ciertas consecuencias respecto a la forma que toman los dispositivos que venimos analizando. Lo primero que resalta son los diversos cruces de funciones, o una pertenencia simultánea a distintos programas, por parte de los profesionales, lo que implica el desarrollo no sólo de labores de intervención clínica o social sino también de gestión. Esta, bien puede ser una característica de todo equipo pequeño en el que, por necesidad, el trabajo de cada funcionario debe cubrir una diversidad de tareas. Frente a esta realidad dispositiva, los profesionales se posicionan de forma divergente. Como hemos visto, para quienes provienen del trabajo administrativo, la posibilidad de desplazarse por distintas funciones es valorada positivamente ya que representa una ganancia en términos de experiencia profesional. Por el contrario, para quienes ya están un poco más consolidados en su rol profesional, las expectativas se desplazan hacia el deseo de tener más

tiempo para el trabajo clínico. Esto no es impedimento para que todos pongan sobre la mesa una sensación de orgullo de estar trabajando bajo una ética relacional renovada y bajo una misión profesional como es incorporar en su trabajo los intereses de los pacientes.

El diagnóstico que se forma Gabriela, en su llegada al rol de coordinación en La Posta, era de una relación tensionada entre los profesionales y los usuarios, lo que redundaba en que hubiera muy poca afluencia de usuarios. En esa línea, el objetivo de su gestión era realizar una especie de reparación de la relación en donde el buen trato pasara a ser el valor primordial. El valor del respeto toma un lugar central dentro de la nueva ética. Este diagnóstico es compartido por el equipo que trabaja en la nueva forma de atender. En él se van delineando la figura del buen profesional y su contrario. Resulta interesante notar que hay una gran coincidencia entre el buen profesional esbozado por los usuarios con aquel esbozado por los mismos funcionarios. Las usuarias, que en su mayoría vivían el duelo por los profesionales que ya no trabajaban en la Posta, realizaban el valor de un profesional cercano, que no hace esperar, que es capaz de sostener un vínculo más humano con los pacientes. El único elemento del buen profesional, esbozado por las usuarias, que, a primera vista, podría deferir en el esbozo realizado por el equipo profesional es el hecho de tener experiencia profesional.

Sin embargo, como lo hemos mostrado, ese elemento también es destacado por los profesionales. El *no sentirse preparados* representa, por una parte, el reconocimiento de encontrarse aún en una etapa de formación como profesionales. No obstante, introduce también, por otra parte, un cambio en el encuadre del desafío de adquirir experiencia, ya que no se trata simplemente de ajustarse al modelo tradicional del experto sino de abrir un debate sobre qué tipo de experiencia se requiere para dar respuestas trabajando desde un centro de salud primario enclavado en una zona rural. Como decía la enfermera Úrsula “el ojo clínico lo da el interés que uno tenga por el paciente”, es decir que la experiencia profesional no es vista simplemente como una acumulación de cantidad de horas de trabajo, sino también como el desarrollo de una disponibilidad subjetiva hacia el paciente, hacia el usuario.

Como hemos visto a lo largo de este trabajo tomar en serio al paciente, no es algo que se haga exclusivamente en función de la voluntad del profesional. La capacidad de *ir más allá* está condicionada por la posición que tiene el sujeto en los dispositivos. Sin embargo, el registro de la disputa lo que hace es justamente pasar por alto estos obstáculos dispositivos y generar un juicio

sobre la falta de voluntad, o mala voluntad, del sujeto. Esto bien puede estar condicionado por el trato hacia la persona que, en general, se entiende ligado a la voluntad del sujeto, algo que depende enteramente de él en sus dimensiones microsociales, siendo por ello la experiencia de maltrato, la mayor parte del tiempo, atribuida como una responsabilidad del sujeto. Aún más, el maltrato es una experiencia que corroe la relación entre institución y sujetos, a tal punto que los dispositivos que se apoyan en la relación, como escenario de subjetivación, tratan de incorporar instrumentos y procesos para mantener dentro de márgenes aceptables la *indiferencia institucional*. En este sentido el maltrato vulnera la indiferencia y la institución se hace cargo, más que para asegurar una disponibilidad subjetiva hacia el paciente, para volver a instalar la neutralidad, es decir, la distancia formal con el usuario. Volveremos sobre ello más adelante.

Pero, regresemos a la idea de experiencia profesional. Decíamos que esta comprende no sólo al desarrollo de una competencia técnica, en el sentido de saberes procedimentales orientados por un conocimiento experto. Lo que Úrsula nos señaló es que existe una competencia relacional que permite vehicular la competencia técnica, es decir el “tener buen ojo clínico”, en la intervención profesional. En este sentido, Javiera, la otra enfermera del equipo, destacaba que la capacidad de ser sociable le permitía “llegar muy bien al paciente”. Esto es crucial, ya que el sentido que los profesionales le daban al cambio en la forma de atender radicaba precisamente en el desarrollo de este tipo de habilidades que permitieran reparar el vínculo con los usuarios que, según el diagnóstico inicial de Gabriela, la coordinadora comunal, estaba dañado. “Lo primero es generar vínculo” nos señalaba Soledad, la trabajadora social, ante la pregunta de cómo reencantar a las personas que se muestran distantes de La Posta; a toda esa población que, teniendo necesidades, acude a otros centros de salud o simplemente no acude, dejando de lado su salud.

Es que no sólo desde el dispositivo terapéutico se evidencia esta dualidad de la experiencia profesional, sino también desde el dispositivo de servicio. En un centro de salud inserto en una red pública de salud, que los usuarios lleguen a atenderse es un tema que el dispositivo de servicio debe gestionar. Ahora bien, mientras hay centros en que la demanda está asegurada, como es el caso del CESFAM Villa O’Higgins, una característica de La Posta Las Vertientes, es que su población a cargo, la que le corresponde según el Modelo de Salud Familiar, parece no sentir una dependencia hacia la Posta. Por supuesto, y como hemos mencionado, esto no quiere decir que las necesidades no existan, sino que hay una demanda oculta a la que la

institución ignora. La rabia de Gabriela tiene que ver con esto, y especialmente con los casos más dramáticos de usuarios que no eran tomados en serio por la institución. Es que los usuarios sienten un abandono por parte de la institución sanitaria y una gran parte de la población del sector ni siquiera llega a posicionarse como usuarios de la Posta. Como nos relató Camila, la dirigente comunitaria, los usuarios en general viven en una atmosfera en que *cada uno se las arregla como puede*. Esta disposición subjetiva es la expresión directa de la falta de apoyos, no sólo de parte de la institución, sino que, a veces también de parte de la comunidad. Es una experiencia de abandono que sienten muchos usuarios en los servicios públicos de salud y que tiene que ver con la imposibilidad de conseguir hora de atención, en general de especialidades médicas y, en segundo lugar, con una desorientación respecto del funcionamiento de la red de salud y del camino que se debe tomar en medio de la confusión.

La pregunta que se hace el equipo profesional es cómo la expertise se adapta a esta realidad. Este es el sentido del juicio a la expertise, como fuerza dispositiva, que se realiza especialmente en las relaciones terapéuticas y de servicio. La instalación de esta nueva forma de atender viene cargada en este sentido, con una revitalización de fuerzas que podemos llamar utópicas, de la ética humanista, aquella que desde nuestro ensamblaje teórico podemos caracterizar por una ética de la auto-subjetivación, que promueve el protagonismo del sujeto en su propio desarrollo. En sus manifestaciones empíricas es esta ética la que se enarbola para poner en juicio a la expertise, a un modelo de experto, que invisibiliza al otro. Esta toma de postura frente a la expertise representa en sí misma una búsqueda de autonomía por parte de los profesionales jóvenes de la Posta. La aceptación de Gabriela a que La Posta fuera parte de esta investigación tenía que ver justamente con desarrollar un espacio de reflexión entre un grupo de profesionales, que habían pasado un proceso de selección interna. El alcance de dicha reflexión queda de manifiesto en los pasajes de sus relatos que hemos exhibido hasta aquí. No obstante, un posicionamiento que se orienta a buscar la autonomía no asegura que un proceso de auto-subjetivación pueda desarrollarse en propiedad. Al ser este un fenómeno diacrónico, sería necesario realizar un seguimiento de los sujetos que hicieron parte del equipo entrevistado. Eso permitiría comprender como los elementos que afloraron en el momento de la entrevista fueron tomando lugar en la identidad de profesionales que se encuentran en la etapa inicial de sus carreras.

Desde el relato de los profesionales, los dispositivos de servicio y terapéutico se mostraban indiferentes a una realidad comunitaria de muchas carencias

que era necesario corregir. Para ello se crea un perfil de usuario al que la nueva estrategia pretende visibilizar. Este es un usuario con enfermedades crónicas, problemas de autoestima y deprivaciones socioeconómicas, que calza muy bien con la figura de la comunidad fragilizada delineada por las dirigentas. En este sentido, como lo hemos señalado, la nueva estrategia pretende reparar el vínculo con la comunidad. Ahora bien, esto no lo va a hacer desde el dispositivo de participación, sino que, desde las relaciones de servicio y terapéuticas, terrenos de acción en donde conserva una discrecionalidad en la acción.

Aquí yace un nuevo proceso de transformación de la participación que hemos de notar. Aparece en este paisaje dispositivo la fragilidad del paciente y la desesperanza del usuario, figuras frente a las cuales el equipo planifica su intervención. En este punto es que los profesionales nos señalan que *escuchar la historia de vida* es una de sus principales herramientas para conectar con el paciente, con ese paciente que llega con una desesperanza aprendida. La apertura de los encuentros terapéuticos hacia lo que el paciente tiene que contar, representa un esfuerzo por moderar el ejercicio unilateral de la autoridad institucional, sostenida por la figura del experto, pero de un experto que ha perdido una cualidad en el trato, uno que ha sufrido un proceso de “abrutamiento” y que se ha “achanchado en el puesto”, como ya hemos revisado. La construcción del otro que justifica la propia postura no se realiza exclusivamente entre los mundos profesional y profano, sino que también dentro de esos mismos mundos, como queda en evidencia. Las idealizaciones del buen profesional se conforman en función de su negativo, de lo que hay que evitar. En definitiva, la idea de un traslado de la participación hacia el dispositivo terapéutico se afirma especialmente en la premisa reiterada una y otra vez de atender *lo que el paciente quiere*. Es una idea que atraviesa el relato de todos los profesionales entrevistados, quienes dejan claro que el cambio reside en una relación que no le impone al paciente lo que tiene que hacer, que los hace participe de las decisiones terapéuticas. Esto no quiere decir, como lo hemos señalado, que este ejercicio de autonomía se pueda realizar sin contratiempos. Todo lo contrario, el proyecto implica la forja de un sujeto: un paciente capaz de ejercer su rol de usuario, de asumir una responsabilidad y una voluntad de querer ser parte activa de la intervención. De esta forma, la educación en salud se enfrenta al desafío de hacer entrar al otro en la figura de un sujeto en formación, sin caer en la paradoja de que ello se realice al margen del consentimiento de ese otro. El paciente debe desear convertirse en usuario.

VI. CESFAM VILLA O'HIGGINS

Presentación general

El CESFAM se ubica en la comuna de La Florida, en el sector suroriente del radio urbano de la ciudad de Santiago. El poblamiento de este sector de la ciudad tiene una historia de tomas de terreno en lo que eran chacras y predios agrícolas hasta los años 60. Quienes llegaban a esos terrenos procedían de “diversos campamentos en los límites urbanos y que circundaban Santiago, en los extramuros de la ciudad” (Favreu M. & Moya M., 2006, p. 33). Las familias que llegaban compartieron la experiencia vital de superar la condición de desposeídos a través del apoyo mutuo y la asociatividad. En paralelo a las tomas de terreno, la naciente institucionalidad de vivienda va a condicionar la entrega de casas a la pertenencia de Comités de Vivienda y a las Juntas de Vecinos, enmarcado en lo que fue la política de Promoción Popular del gobierno de Frei Montalva (Favreu M. & Moya M., 2006).

Veremos cómo es esta época la que algunos de los dirigentes entrevistados recuerdan con nostalgia. Es que hay un contraste fuerte entre un sentido de pertenencia y lo que podríamos llamar una modalidad colectiva y territorial de subjetivación, frente al auge de las tácticas individuales de subjetivación. En esto un momento bisagra fue evidentemente la dictadura militar bajo la cual toda la orgánica comunitaria y asociativa se resiente y lo que se impone es la distancia, cuando no, la desconfianza entre los pobladores. Sin embargo, otra asociatividad surge entorno al apoyo de la Iglesia y de Organizaciones No Gubernamentales bajo la cual el tema de la salud sería siempre relevante. Por ejemplo, se dan experiencias de la formación de grupos y comités de salud que son apoyados por ONGs, por la Iglesia y por los propios profesionales que trabajaban en el consultorio que había sido fundado en el año 1971.

La forma actual del centro de salud se irá conformando en los años 1978 y 1995 cuando se traslada a su ubicación actual y se construyen la infraestructura que, con modificaciones, permanece hasta el día de hoy. Durante los años noventa se da la transformación del consultorio en centro de salud y posteriormente en Centro de Salud Familiar y Comunitario, en el llamado proceso de sectorización que dividía la atención del CESFAM por unidades vecinales (unidades geográficas del territorio). Si bien la salud familiar tomaba forma dentro de la estructura organizacional, en paralelo, y

con una fuerza igual o mayor, lo hacía el modelo de metas sanitarias y evaluación del desempeño en función de indicadores.

El CESFAM tenía 32.778 inscritos el año 2020 (Área de Salud - Corporación Municipal de La Florida, 2022). Es decir, en términos de su población inscrita, el Villa O'Higgins es casi veinte veces más grande que la Posta Las Vertientes. En su dotación de profesionales cuenta con 17 médicos, 12 enfermeras, 8 matronas, 6 kinesiólogos, 6 trabajadores sociales y 5 nutricionistas entre otros profesionales. Otro aspecto interesante de remarcar es la baja generalizada de las atenciones en el período postpandemia en el que, por ejemplo, las atenciones con médico han disminuido en cerca de 27 mil, si comparamos el año 2018 con el 2022. Al contrario, las atenciones con enfermera han aumentado en cerca de 5 mil en el mismo período (Corporación Municipal de La Florida, 2023).

En los diagnósticos participativos se han levantado ciertas problemáticas que para los usuarios resultan relevantes. Entre ellas destacan temas de salud mental y las condiciones de vida de los adultos mayores, quienes muchas veces viven solos. Por parte de los profesionales la temática que fue priorizada en primer lugar fue el “abandono y/o maltrato familiar hacia adultos mayores, y escasez de redes en este grupo” (Área de Salud - Corporación Municipal de La Florida, 2022, p. 33).

Finalmente podemos mencionar que el Villa O'Higgins fue a nivel comunal el centro piloto en donde se comenzó a implementar la nueva forma de atender que, hoy en día, se llama Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en el Contexto de Multimorbilidad (ECICEP).

LOS PROFESIONALES DEL CESFAM VILLA O'HIGGINS

Una vez acordado el trabajo con la directora del CESFAM ella me presentó con Claudia, la asesora técnica del Programa del Adulto y Adulto Mayor. De profesión nutricionista había asumido un rol de coordinación de un programa que vivía un proceso de transformación, un viraje hacia una atención integral. Dicho viraje comenzó como una propuesta de la médica Valentina para prontamente ser enmarcado en un programa piloto de mayor escala en el que participaba la Universidad Católica de Chile. Este proceso marcaba el momento de todos los profesionales que trabajaban en el marco del

programa del adulto, que pasaría a tener una nueva forma de atención basada en las necesidades del paciente con un equipo de cabecera.

Durante las entrevistas que tuvimos, Claudia mostraba rigor en la mención de los diversos programas o procesos en los que le tocaba trabajar. Dicha rigurosidad parecía ser una herramienta de trabajo en su rol de asesor técnico. A la vez demostraba muchas ganas de contar lo que le ocurría en su trabajo, de hablar de sus experiencias laborales, lo que pondría en juego en una enunciación minuciosamente cercana a la acción. Se mostraba siempre reflexiva desde una perspectiva concreta, trayendo a la entrevista diálogos y situaciones de su día a día.

Valentina se mostraba muy abierta e interesada frente al tema de la entrevista. La relación con el paciente era su tema favorito lo que argumentaba desde su experiencia de trabajo. Al egresar de la universidad comenzó a ejercer como médico en una posta rural lo que le permitió conocer un tipo de relación cercana con personas y un sistema de trabajo con pocas trabas administrativas. Eso cambió mucho al llegar al CESFAM Villa O'Higgins donde reconoce haber quedado en shock y haberse "quemado" por todas las trabas que tenía para ejercer su trabajo. Un vínculo fuerte con Claudia le permitió proponer una modalidad distinta de trabajo para los pacientes con más de 4 patologías, de forma de generar una atención integral y resolverles varias necesidades en un solo control.

Bernardo trabajaba como médico hace casi dos años en el CESFAM. Ese era su primer trabajo después de haber salido de la universidad. Se encontraba "ganando puntos" para cursar su especialidad médica. Sus opciones eran medicina interna o medicina familiar y quería escapar de medicina de urgencia, porque no iba con su carácter. Trabajaba en varios programas en el CESFAM, pero sobre todo en el del adulto. Era el médico encargado del PAI, junto con Sara la enfermera. Esta estrategia integral le hacía mucho sentido y le ayudó a ganar experiencia lidiando con la complejidad de atender las múltiples patologías que pueda tener un paciente. Señalaba estar motivado con su profesión, pero a la vez un tanto inquieto por la sobrecarga de trabajo que a veces tenía, llegado a atender 20 pacientes al día, a veces, a una velocidad de 4 pacientes por hora.

Luis, colega de profesión de Bernardo, nos relató que no le gustaba la forma de trabajar en atención primaria, en la que lleva cerca de 4 años trabajando. El Villa O'Higgins había sido su único lugar de trabajo después de dejar la universidad. Se encontraba, al igual que todos los médicos entrevistados, ganando puntos para realizar la especialización, en medicina interna que es

la que le gustaba. Él prefería el trabajo en el hospital, dónde hizo su internado, porque decía que allí se podía hacer un trabajo más directo y más personal con los pacientes. Atendía un paciente tras otro, adultos, de 8 de la mañana a 5 de la tarde en el CESFAM. Esto lo dividía en atenciones de medicina general, de 15 minutos, controles integrales de crónicos y visitas domiciliarias a postrados. Estuvo sólo al comienzo dentro de la estrategia de atención integral, con pacientes de alto riesgo. Después de una licencia médica decidió no volver al alto riesgo porque allí habían pacientes demasiado demandantes, lo que lo afectaba negativamente.

La enfermera Patricia, teniendo ya una experiencia previa de trabajo en un CESFAM, llegó al Villa O'Higgins en el marco del programa piloto de la Universidad Católica que buscaba consolidar la nueva forma de atender a pacientes crónicos. Ella señalaba haber sido formada en la universidad con una mirada participativa y colaborativa, sin embargo, las condiciones de trabajo, específicamente la falta de tiempo para realizar todas las intervenciones que necesitaba un paciente, no le permitían implementar dicha mirada sino hasta que entró a trabajar en el CESFAM Villa O'Higgins. Como enfermera gestora de casos, en sus labores de ingreso y seguimiento de pacientes, podía desarrollar una relación cercana con los usuarios que tenía a cargo.

Tamara llevaba cerca de 20 años de trabajando como enfermera en el Villa O'Higgins, siendo una de las entrevistadas con más experiencia. Dice haber encontrado un excelente ambiente de trabajo y jefaturas cercanas al personal y a los pacientes. Trabajaba en el programa de postrados, en crónicos, en la unidad de apoyo y, a veces en algún procedimiento de urgencia, cuando no había enfermeras disponibles. Señala haber vivido una transición en la forma de relacionarse con los pacientes desde el imponer hacia el informar y darles libertad, para ello asistió a cursos y capacitaciones. Le gusta la nueva modalidad de atención, pero no trabajaba directamente con pacientes de alto riesgo. Destacaba el hecho de poder llegar a acuerdos con los pacientes, sin embargo, al mismo tiempo dejaba ver una cierta incomodidad con la posibilidad de no realizar la intervención profesional si esta no era de interés del usuario.

Otra de las profesionales entrevistadas de larga trayectoria es la nutricionista Renata, quien llevaba 25 años trabajando en el CESFAM. Ella fue parte de un proyecto de la PUC el año 1995 sobre intervenciones familiares, a través de cual dice haber sido formada en una forma de atender que incorporaba la mirada integral. Dicha estrategia piloto se enmarcaba en lo que sería la

institucionalización del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en la atención primaria. Reconocía que hoy en día es difícil trabajar con esa mirada ya que el tiempo que se tiene para atender a cada paciente no es suficiente; no se los vuelve a ver por meses o incluso años. Dirigió por un año la estrategia del paciente activo o “Tomando control de su salud”, como se hace llamar el manual para el automanejo de condiciones crónicas de salud. Ese proyecto le gustaba, pero para que funcionara debía hacer muchas cosas que la sacaban de su rol y de sus horarios de trabajo, por lo que quedó un tanto frustrada.

Mónica llevaba 6 años trabajando en el CESFAM ejerciendo como nutricionista de niños y adultos. Le ha tocado ser parte de varias instancias de prevención y promoción de la salud, así como de visitas domiciliarias a pacientes postrados. En el último tiempo asumió un cargo de coordinación como jefa de sector. Señalaba que el cambio en la atención había sido maravilloso para ella, lo que iría argumentando desde un reposicionamiento profesional al ganar mayor reconocimiento bajo la atención integral del paciente. Dicho proceso implicaba un reordenamiento del equipo de trabajo dejando atrás la visión de que sólo el médico le iba a solucionar la vida al usuario. De igual forma, se mostraba conocedora del contexto social del CESFAM, de las condiciones de vida de los usuarios, especialmente de los adultos mayores, en quienes reconocía liderazgos importantes.

Los profesionales entrevistados del área social, es decir que se desempeñan en áreas de participación y de satisfacción de los usuarios, son Isabel, trabajadora social, y Rodrigo, terapeuta ocupacional. Este último había llegado 5 años atrás a trabajar al CESFAM en el marco del programa “MAS Adultos Mayores Autovalentes”. En dicho momento su trabajo consistía en realizar actividades de estimulación cognitiva y actividad física con Clubes de Adulto Mayor. Si bien en un principio encontraron resistencia de parte de estos clubes, indicaba que había un antes y un después de dicho programa en cuanto la participación de los adultos mayores, quienes terminaron por validar y querer ser parte de la intervención. Destacaba la dificultad para validar la participación frente a los profesionales que trabajaban en atención clínica teniendo una mirada más centrada en el trabajo de box con pacientes. Con el tiempo llegó a ser el encargado de participación del CESFAM gracias al vínculo que tenía con diversos colectivos de usuarios.

Finalmente, la trabajadora social Isabel, llegó a trabajar como encargada de participación en salud en La Florida. Teniendo un background en convivencia barrial la enviaron al CESFAM en donde ha pasado 10 años trabajando en

temas del adulto mayor, siendo encargada de participación y llegando a trabajar en temas de satisfacción usuaria. Isabel decía tener una deuda pendiente con la parte clínica, área en la esperaba trabajar en el futuro cercano. Su rol en el momento de la investigación consistía en estar a cargo del Modelo de Acogida al Usuario, es decir ver los temas de buen trato en el centro de salud. Destacaba a los dirigentes históricos que hacían parte del tejido social de la Villa O'Higgins, quienes han tenido toda una trayectoria de activismo y organización a nivel comunitario y también político-local. Reconocía la diversidad de formas de participar que tienen los usuarios y que era necesario darle cabida a todas ellas.

ENTRE CAMBIOS Y RESISTENCIAS

Uno puede identificar dos grandes emociones en la presentación que los profesionales hacen de sí mismos, a través de los relatos sobre su trabajo. Por una parte, están las emociones pesadas que giran en torno a eventos desafiantes, inciertos o problemáticos. El segundo polo emocional está compuesto por una mezcla de convicción y orgullo por los valores que los guían en su trabajo y un cambio de paradigma en la salud del que se sienten protagonistas. No todos los profesionales pasan por ambos registros emocionales que, se entenderá, son las formas en que el sujeto se siente interpelado por los dispositivos de los que hace parte. A pesar de ello, en todos sus relatos hay matices que algunos presentan de forma equilibrada y racional avanzando en un análisis desde distintas perspectivas. Mientras que otros se posicionan mucho más visceralmente con un registro emocional, pero van dejando pistas en sus relatos sobre elementos que no encajan completamente en dicho registro, dando cuenta de la complejidad de las arenas en las que el sujeto se forja. Para el caso del CEFSAM Villa O'Higgins presentaremos el análisis ordenado en función de las distintas profesiones, esto debido a que, a diferencia de lo que acontecía en la Posta Las Vertientes, aquí se dejaban escuchar con más fuerza las voces de la disciplina y las conjugaciones que cada profesional hacía de ellas. Por supuesto, esto no quiere decir que no se puedan encontrar posturas interdisciplinarias semejantes como quedará en evidencia a continuación.

Médicos de familia y especialistas

Formación profesional

El CESFAM Villa O'Higgins es un lugar de paso para la formación profesional en el marco del sistema de becas para cursar las especializaciones médicas. Esto lleva a los médicos a relacionarse y ser vistos, tanto por los otros profesionales como por los pacientes, desde la determinación temporal que representa el estar de paso. Esto es lo que queda reflejado en la bella expresión del médico Luis diciendo que ellos son “pasajeros en el camino de muchos pacientes”; situación opuesta a la idílica figura del médico de cabecera que revive la estrategia de atención integral bajo la idea de un equipo de cabecera.

“Claro, o sea, estoy trabajando con el propósito de poder especializarme. Tengo que trabajar alrededor de... Entre 3 a 6 años para juntar un puntaje [...] es como el sistema de becas que tiene el Ministerio.

¿Puedes hacer 3 o 6 años? ¿Eso depende de la especialización?

Claro, dependiendo de cuántos puntos yo necesito para tal beca, por ejemplo, mientras más años me quede trabajando en el sistema público, más puntos voy a juntar, esa es como la idea.

¿Y qué quieres hacer tu? ¿Qué especialidad?

Todavía no estoy seguro en realidad, puede ser medicina interna, medicina familiar también me gustó, pero todavía no estoy seguro de nada”. (Bernardo, Médico)

Puede que estos jóvenes médicos no tengan claridad sobre la especialidad que quieren cursar, pero si saben de antemano que les espera un paso obligado por el hospital después de la etapa en el CESFAM. El destino que les espera allá no depende completamente de ellos pudiendo ser enviados a distintas unidades. Esto es particularmente agudo para quienes quieren formarse en medicina familiar, la que adquiere sentido en la atención primaria de salud y no tiene lugar en el hospital tal como este está concebido en la actualidad. Así, la fuerza dispositiva de la formación se muestra muy determinante para ellos. Estos profesionales jóvenes, aún en formación, recién comienzan a vislumbrar las paradojas de la atención de pacientes, desde sus figuras abstractas presentes en las guías de distintas sociedades internacionales de medicina y sus figuras concretas de los vecinos de la Villa O'Higgins, un sector de clase trabajadora con población envejecida en Santiago de Chile. Es un camino estructurado y competitivo según destacan

ellos quienes compiten por la excelencia dentro de un universo en el que el especialista goza de una alta valoración, también de parte de los usuarios.

“Tengo que ir a trabajar 6 años en el hospital de San Fernando, si, así que dentro de eso lo que he estado buscando en esta especialidad es como formarme en cuidados paliativos, que es un área común de varias especialidades digamos, pero los médicos familiares también se pueden especializar en cuidados paliativos. Entonces, eso es como algo que he estado fortaleciendo dentro de estos 3 años para tener alguna función dentro del Hospital, ojalá que me manden a cuidados paliativos más que nada, porque las otras opciones no me gustan nada, así como me podrían poner en un servicio de urgencias, por ejemplo, que sería terrible, o viendo hospitalizados, cosas para las que no me formé po”. (Valentina, Médico)

“¿Te ves trabajando en hospital, o en consulta privada o en sistema público, atención primaria?”

En el sistema público, sí, yo creo que en el CESFAM de hecho. Es que me gusta la medicina interna, pero todavía no estoy seguro si trabajar en hospital o no, que también me gusta. Es la urgencia la parte, como la parte de urgencia que no va con mi personalidad como para trabajar, pero la parte de hospitalizados, sí, igual me gustaría”. (Bernardo, Médico)

Este pulso dispositivo, es decir la presión que ejerce la fuerza dispositiva de la formación, incuba en ellos un malestar. Hemos asumido que el sujeto tiene la capacidad para reafirmarse a partir de la operación de los dispositivos, de reconstituirse, de delimitar un espacio táctico. Aquí encontramos un ensayo de resistencia hacia la formación, representado por la reticencia hacia el trabajo en urgencias, el que desnaturaliza el sentido que ellos le imprimen a su trabajo con las personas. Aparece como un fantasma en sus relatos, uno que se puede materializar en su paso por los hospitales. A partir de esto, dos figuras de médico se delinean claramente en sus relatos, los que responden a dos modelos de medicina: un médico cercano de cabecera, quien desarrolla un vínculo con sus pacientes, y uno lejano, que aparece para cumplir una tarea técnica y desaparece para perderse en el anonimato. Valentina ordena estos modelos en su biografía profesional: uno está tras de ella, en su experiencia pasada de trabajo en una Posta Rural; mientras que el otro está delante de ella, en su paso obligado por el hospital. Ella demuestra una convicción por el valor de la salud integral, es decir de una salud cercana a los pacientes, la que se ve amenazada por el próximo paso de su formación. Sin embargo, si ella ha identificado su peor pesadilla, en la atención de

urgencias hospitalarias, también lo ha hecho con su sueño; el trabajo en cuidados paliativos a nivel hospitalario en el que puede seguir imprimiéndole su ética profesional a su trabajo.

“yo cuando egresé empecé a trabajar casi de inmediato en zonas rurales, y estuve 4 años como solamente como médico de cabecera de una posta rural de la Sexta Región donde yo era médico único. Entonces qué pasa ahí, que la dinámica es muy distinta como de relación de centro asistencial con las personas, es casi como una parte, es una parte de la comunidad, mucho más allá de la función asistencial...” (Valentina, Médico)

“...a nosotros nos pagan más por estudiar medicina familiar que otras becas de especialidad, por ejemplo, yo gané más que un chico que se está formando en oftalmología. Pero cuando una vez uno se titula, hay como un sinsentido, porque nosotros donde faltamos es en atención primaria, pero la gran mayoría de las becas la dan los Servicios de Salud, por lo tanto cuando tu terminas de formarte como médico familiar, no te mandan a atención primaria sino que te mandan a hospitales, donde nadie sabe qué tenía que hacer tu... que es mi caso por ejemplo, me destinaron al hospital de San Fernando, me enteré ahora, y llamé y como que nadie sabe que puedo hacer yo allá, porque no hay funciones para un médico familiar así como a priori en un hospital.” (Valentina, Médico)

Las fuerzas dispositivas de la formación y de la expertise confluyen en la especialización. Esta ejerce un poder de modelamiento más allá de los profesionales llegando a los pacientes que han incorporado una concepción de salud en la que se tiene al especialista como quien está realmente capacitado para resolver los problemas de salud. Uno de los reclamos que más se escucha entre los usuarios de la salud primaria es el deseo que haya especialistas en los CESFAM. Este reclamo puede leerse también como un rechazo hacia el sistema de médicos generales de zona, el que ha sido exitoso en asegurar la presencia de médicos jóvenes en formación en los centros de salud familiar, pero, a la vez, establece una transitoriedad del médico en la atención primaria y una distancia generacional importante entre pacientes y profesionales, especialmente en las atenciones por patologías crónicas.

“...con respecto a las especialidades, hay como una idea de que los médicos quieren ser especialistas, como que para allá va la cosa, eso es porque pareciera que es más fácil esa pega, da más reconocimiento también.

Sipo, es toda una mezcla de cosas, da más reconocimiento, es más costo efectivo por así decirlo, una hora de especialista es no sé, depende de la especialidad, pero puede ser una locura de plata comparado con lo que un médico general gana. También, como te decía, uno se mete como en menos cachos siendo especialista. Porque el especialista sabe que si le está viendo el oído no le va a ver el problema de la abuelita, ni que le duele la guatita. Entonces como que al médico, obviamente, se le hace más sencillo atenderse a un órgano específico que a una persona. Hay un reconocimiento como heavy de la gente, también, así como "ay, es que él es dermatólogo". Entonces como, yo creo que también eso influye. Por ejemplo, mi mamá quería que yo fuera dermatóloga. Entonces si po, la mayoría de los médicos se van yendo por esos sin sentidos y por la competencia que hay entre el mismo gremio. O sea, la junta de los excompañeros así como -quién estudió esto, quién estudió esto otro- Hay harta competencia". (Valentina, Médico)

Ser validados por otros

La validación profesional pasa también por una imagen de la atención pública. Al tener los pacientes con seguro público la opción de ir al sector privado, el ir al médico del CESFAM es evaluado desde la comparación entre ambos sistemas. Hay un allá y un acá presente en la cultura del usuario, en su autonomía de moverse más o menos libremente entre dos sistemas de salud. El pagar un bono de atención cobra un valor simbólico del acceso a la buena atención, a diferencia de la atención gratuita.

"Y además de eso, como te decía, no hay continuidad, o sea yo puedo ver a un paciente la mayor parte de las veces no lo voy a volver a ver nunca más, a menos que sea en este contexto del programa que armamos del alto riesgo. Pero la mayoría de las veces el médico ve al paciente una vez o dos veces o nunca más. Allá, por ejemplo, [en la Posta de Salud Rural] era la única opción atenderse allá, y acá el paciente viene porque, porque como que no tuvo plata para un bono en ese momento, no sé, hay como otros factores en juego y otras opciones que tiene el paciente disponible también. Si es que se consigue unas lucas qué se yo, o "ya me dijo el médico particular que usted me...". Es distinto y hay una validación también distinta del médico de atención primaria, porque aquí está, como que el paciente cree que aquí uno viene porque no encontró pega en otra parte. [...] No sé, como que no creo que los pacientes te validen acá. Por ejemplo, como un especialista... o, por ejemplo, yo también atiendo en el centro médico de San Joaquín de la Católica y también es otra cosa

totalmente distinta porque ahí el paciente paga un bono. No sé, por eso te digo, hay demasiados factores que se me ocurren que afectan la relación”. (Valentina, Médico)

En medio de los procesos de cambio que experimentan los profesionales la validación que deben hacer de sí mismos tensiona su compromiso profesional. Lo más interesante de este proceso de validación es que, no sólo debe hacerse frente a una fuerza dispositiva que directamente empuja al profesional a encajar en una figura determinada. Hay una segunda forma de actuar que tienen las fuerzas dispositivas, quizás la más poderosa en términos relacionales, y es desde lo que sus pares y los pacientes esperan de ellos. Valentina, al hablar de la junta de excompañeros apunta a que el reconocimiento de los pares coincide con la figura subjetiva levantada por la formación y la expertise, es decir el especialista. Por parte de los pacientes también se aprecia una alta valoración del especialista. Los sujetos parecen actuar como cajas de resonancia de la forma en que las fuerzas dispositivas han actuado en ellos. Esta carga de lo social la depositan en las relaciones con otros sujetos, adicionando complejidad al dispositivo. Esta interferencia subjetiva, en el caso de Valentina actúa desde el lado determinante, es decir, se pliega del lado de las fuerzas dispositivas. Hay dos consecuencias importantes a partir de esto. La primera es clarificar que el dispositivo, o la estrategia del sistema en términos de Certeau, recurre a la subjetivación de unos sujetos para reforzar la subjetivación de otros, el efecto resonancia que hemos destacado. En segundo lugar, la formación de sujetos colectivos se muestra decisiva en la reproducción de la determinación o, por el contrario, en el allanamiento del camino para que el sujeto encuentre apoyos y pueda recorrer una senda de autosubjetivación. Esto es relevante a la hora de pensar en una teoría relacional de la subjetivación. Regresaremos a ellos más adelante.

Atender al paciente o al indicador

Dos orientaciones se dejan sentir en la práctica clínica de los médicos: una es aquella orientada al paciente, a dedicarle un tiempo y generar un lazo. La otra es la orientación al indicador, a las metas por las que son evaluados en su trabajo, lo que los mantiene llenando formularios y atendiendo pacientes sin parar. Esto deja ver las tensiones entre los dispositivos terapéuticos y de servicio que se ensamblan en la praxis de los médicos.

“...yo por lo menos, lo que he visto es que hay mucha gente que está demasiado orientada al indicador, entonces esa cuestión a mí, bueno, me da rabia, porque muchas veces eso genera sinsentidos en la experiencia del paciente. Entonces, con la Claudia encontramos ese punto común y desde ahí hemos trabajado, como para mejorar la experiencia del usuario. Que debería ser como lógico, pero no es tan lógico”. (Valentina, Médico)

“...el médico ya está acostumbrado a tener una atención de 15 minutos, rápido y (inentendible) y tener más tiempo, le da más tiempo para también interactuar con el usuario, eso también es salud y para mí es calidad de atención y es super importante. O sea, el contacto visual que es algo que también siempre se reclama “el médico ni siquiera me mira, se pone a escribir” ¿ya? que eso va de la mano con el rendimiento y la exigencia que el CESFAM. El Servicio y todo el sistema les está pidiendo con el látigo “atienda, atienda, atienda, atienda” pero les estamos entregando calidad de atención, entonces y el tema del contacto humano es súper importante y que cambia la percepción”. (Rodrigo, Encargado de Participación)

Desde el relato del encargado de participación se aprecia la posición que venimos describiendo del médico, quien va quedando sumergido en la presión asistencial. El dispositivo de servicio es representado aquí por la imagen del látigo y el rendimiento. Este último concepto, de forma explícita, da cuenta de la productividad, de la búsqueda por cumplir con una cantidad de atenciones que, según lo que se nos ha relatado por los médicos, se explica por el mismo funcionamiento de un sistema fragmentado que mantiene en una constante solicitud a los pacientes con enfermedades crónicas. Por otra parte, los usuarios reclaman de forma escrita por el hecho de no ser escuchados en sus múltiples dolencias por el médico. En las atenciones de morbilidad, ellos deben elegir una dolencia y para las otras tienen que pedir otra hora. Esta estrechez de la escucha está determinada por el "rendimiento" que se le exige al médico desde el dispositivo de servicio. Según la visión de Rodrigo, la nueva forma de atender, viene a resolver este problema restaurando la posibilidad del decir y del escucharse entre profesional y usuario, sin embargo, su implementación ha tenido avances y retrocesos en función de lo que representó la pandemia de COVID-19 y también en función de la configuración de cada equipo y dispositivo organizacional en el que se ha implementado.

“...la estrategia entre comillas va, vino a solucionar un problema que nosotros teníamos y que lo veíamos complicado en la solicitud de

ciudadanos, porque había muchas solicitudes que nos llegaban manifestando y diciendo así como al médico, “yo vine porque me dolía la rodilla por la artrosis, pero yo vengo y tenía una alergia hace un tiempo y aproveché de preguntar, y el médico me dijo, no, usted viene por esta prueba, tiene que pedir otra hora”, eso era super recurrente, super recurrente, y no se po, uno como usuario y yo creo que nos pasa a todos, si yo voy al médico, igual quiero me resuelvo todas mis dudas, se entiende que por cosas de agenda, a lo mejor no lo puede hacer. Entonces eso vino a solucionar un poco este problema, porque los usuarios, sobre todo los adultos mayores no solo tienen una patología crónica, sino que tienen varias y que venga al médico a una por la... a otra por la artrosis, otra por la hipertensión. Entonces, no tenía mucho sentido... (Rodrigo, Encargado de Participación)

El médico puede tener la voluntad de escuchar, pero se le pide atender a una velocidad que puede llegar a los 4 pacientes por hora. Este trabajo maquinal es lo que les toca vivir a muchos de estos jóvenes médicos cuando pasan por estos centros de salud en los que la demanda no tiene techo. Bernardo dice mostrarse motivado por ser joven, pero al mismo tiempo preocupado por el futuro que le espera. Este es otro de los grandes desafíos de la profesionalización médica que está sujeta a los rendimientos, en otras palabras, a las normativas del dispositivo de servicio.

“¿Cuántos pacientes puedes ver tú en un día?

En un día... o sea es que depende en mi caso porque yo igual estoy en otros programas, pero en general antes cuando veía sólo morbilidades los pacientes eran cada 15 minutos, veía cuatro por hora, estaba 8 horas trabajando, igual era hartó. Depende es que como vamos mezclando la agenda, claro, puedo ver 10, 15 a veces 20 a veces se necesitan horas de extensión entonces hay que trabajar extra [...]

Sí, o sea es que, claro, o sea igual se va haciendo agotador en el sentido que se van viendo muchos pacientes todo el día sin parar,

Sí y pareciera que finalmente los médicos están como sobrecargados ¿no? en las horas de atención...

Claro, de atención sí, porque de hecho cuando falta un paciente, siempre hay otro esperando o te ponen otro trabajo más. Entonces es como una rutina de nunca parar, más que como para almorzar, ese es el único momento que descanso protegido [...] o sea igual estoy súper motivado porque soy joven, no sé cómo será después. Yo he visto como médicos ya mayores y están agotados en el fondo, la idea no es esa tampoco”. (Bernardo, Médico)

¿Cómo responder a esta situación? Ya hemos visto como la propuesta de Programa de Atención Integral surge a partir de la constatación que Camila hace de la situación dramática de atención. Pero, obviamente ese no es la única respuesta. La otra posibilidad que ha aparecido en los relatos es la necesidad de que el otro, es decir el paciente, se adapte a la estrechez del encuentro. Que asuma cierto protagonismo y responsabilidad en relación con sus tratamientos y su cuidado. De lo contrario se convierte en un paciente difícil, es decir, aquel no que no asume responsabilidad en su proceso de salud-enfermedad. Desarrollar la responsabilidad es la forma de lograr resultados con ellos. Luis se reconoce como un pasajero en el camino del paciente, lo que habla de la fugacidad de la relación. Un realismo y un pesar que sabe que el acompañamiento no es posible, por lo que lo que queda es tratar de activar a los pacientes, que “ellos se den cuenta de los problemas”.

Y con esos otros pacientes, con los difíciles, ¿Cuáles son las técnicas para llegar a ellos, para lograr cosas con ellos?

Yo trato de ocupar algo, una vez q nosotros nos enseñaron algo que era como hacer que ellos se dieran cuenta de los problemas, como tratar de llevar a ellos la responsabilidad, eso trato de hacer hartito, y que ellos hablen un poco, de que ellos den ideas, o las ganas a través de ellos. Eso como... trato de llevarles toda la responsabilidad a ellos, porque en verdad, en el caso de los pacientes crónicos es eso, porque al final ellos son los que van a vivir con la enfermedad y uno es pasajero en este como camino. Entonces trato de meterle esa idea como de responsabilidad propia, más que otra cosa. (Luis, Médico)

Luis resume una sensación de malestar en la constatación de que "un paciente no puede pedir hora con él". Eso impide la voluntad de permanecer en el acompañamiento, desde el paciente y desde el profesional. Esta es una de las razones por las que Luis está descontento con el trabajo que realiza, con el trabajo de box y con el trabajo en atención primaria.

Y a ti te pesa esto de no volver a ver a un paciente como que algo te genera en tu trabajo ¿cierto?

A mí no me gusta ese concepto de trabajo de box que son como cosas que en el fondo trata de lograrlo, de generar un cambio, pero en verdad como que yo sé que en verdad nunca voy a ver los resultados, bueno, eso es por, también por trabajar claro como que un consultorio donde no hay hora. No es como que un paciente puede venir y pedir la hora conmigo, es como lo que hay generalmente, se intenta hacer el modelo de atención crónico, que hay un médico de cabecera, pero en verdad es súper difícil, y menos

ahora con la pandemia, porque si bien, se estaba logrado eso, que es súper importante toda la adherencia, no sé y cómo los objetivos, como que se perdió totalmente con el tema de la pandemia, la continuidad, como que ahora como al que le toque, lo que importa es que sea atendido, si para mí es importante eso, como la, o sea en forma de... es como importante la continuidad en verdad de las atenciones, de los casos. (Luis, Médico)

Aislamiento de los médicos

A partir de los testimonios de los médicos lo que se deja sentir es una experiencia de aislamiento. Una experiencia de no poder estrechar lazos ni con los pacientes, ni con los colegas de otras profesiones que hacen parte de los equipos de trabajo. El relato de Luis es significativo en este sentido.

“¿Cómo es el trabajo en atención primaria para ti?”

Encuentro, bueno, para mí por lo menos, o sea yo creo que para todos los médicos, por lo menos en este consultorio, lo bueno que uno tiene es que se relaciona mucho con los pacientes, uno desarrolla como muchas habilidades blandas por decirlo así, uno tiene mucho contacto con los pacientes pero también lo otro que pasa, es que a la vez es un contacto que, uno ve muchos pacientes entonces es difícil estrechar los lazos, porque a veces uno no lo vuelve a ver [...] en la práctica es súper difícil porque son hartos pacientes en verdad, porque una cosa son las buenas intenciones que se notan acá que se han impulsado para hacer bien las cosas, pero en verdad hay que atender a los pacientes, hay que atenderlos a todos, y no hay tantas horas, entonces eso. Y acá en el consultorio, en atención primaria, en la práctica uno trabaja en equipo, pero es diferente porque es como una coordinación más que nada, es como una coordinación del equipo, pero uno trabaja solo con el paciente, o sea como, no es como que uno ves mucho a otros colegas, o como que haya constantemente un cambio de opiniones, como trabajo más personal en verdad, a diferencia de lo que se ve en un hospital por ejemplo que ahí es como súper directo”. (Luis, Médico)

La contradicción entre “relacionarse mucho” y “no volver a ver [a los pacientes]” lleva a Luis hacia el ámbito del sentir, donde lo que prima es la frustración por no poder acompañar a los pacientes. La cantidad de pacientes atendidos es lo que le pide el sistema y eso lo va dejando en soledad ya que el trabajo en equipo se limita a una coordinación. Un aspecto interesante que aparece también en su relato es otra contradicción que, esta vez, proviene desde el dispositivo de servicio: por un lado, aparecen iniciativas de cambio

como la nueva forma de atender, pero que va mucho más allá, en lo que se puede caracterizar como una disciplina del cambio, especialmente presente en la experiencia de coordinación. No obstante, esas iniciativas se alojan en un contexto de presión asistencial por atender pacientes que no cede. Esto deja a los profesionales un tanto a la deriva entre dos disciplinas. Al menos para los médicos, la presión por sumarse al cambio parece no ser tan fuerte como la obligación de cumplir los rendimientos. En consecuencia, los equipos conformados para sacar adelante la nueva forma de atender deben estar fuertemente motivados y generar un discurso que permita reconocerse en la diferencia frente a la medicina deshumanizada. Esta seducción tiene antecedentes, lo que se deja escuchar en los relatos de quienes tienen más años de trabajo. Volveremos sobre ellos más adelante ya que es una pieza importante dentro de la acción dispositiva que analizamos.

“...desde que volví de postnatal que estoy así como sólo en este trabajo administrativo con la Claudia, igual hemos avanzado bastante en algunas cosas, y he podido asesorarla en temas no sólo de atención al paciente, sino que por ejemplo en la construcción de la reunión de equipo, porque eso era algo que a ella si le complicaba, bastante, porque ella es nutricionista y le era como muy desafiante sobre todo liderar el equipo médico, dentro del programa adulto.

¿Por qué se da eso?

Siempre se da yo encuentro porque, es un tema bidireccional, como que muchos médicos, sobre todo los más antiguos, les cuesta trabajar en equipo con personas que no sean médicos, como no validan quizá tanto esas opiniones, y eso me ha tocado verlo, y también el resto del equipo no médico tiende como a aislar al equipo médico dentro de la atención primaria. Entonces es como mutuo en realidad [...] Entonces yo me fijaba que la reunión tenía como un tono como más a la defensiva, por parte de la Claudia. De parte de los médicos que -hay que hacer esto- y como una actitud como tensa de parte del equipo, el equipo tendía como a responder...” (Valentina, Médico)

La facilitación que Valentina brindaba a la coordinadora, en su relación con los médicos muestra la distancia que hay entre estos estamentos al interior del centro de salud. Ella, siendo médico reconoce que hay una soledad de los médicos en el CESFAM. Por una parte, "les cuesta trabajar con quienes no son médicos y por otra son aislados por el resto del equipo no médico". La nueva forma de atender ha intentado modificar esto según nos cuenta Mónica, nutricionista. Mientras los profesionales de enfermería, nutrición y kinesiología trabajaban en equipo, se hacían consultas, conversaban, el médico se mantenía aparte. Con la nueva forma de atender, el médico va

donde la nutricionista a preguntarle por pautas de alimentación y "eso nunca en la vida había pasado"

"...yo siento qué se notó un cambio desde que hicimos esta implementación del crónico. El médico ahora se levanta de su silla, va donde la nutricionista, le toca la puerta y le pregunta si es que puede, si es que tiene una pauta para no sé de alimentos para, anticoagulantes, qué tratamientos anticoagulantes tiene limitaciones. Antes no pasaba nunca, nunca en la vida. Ahora sí [...] El médico ahora ya está mucho más integrado al equipo de nosotros, porque antiguamente nosotros siempre éramos nutrí enfermeras y 15 siempre comentamos " oye chiquillos estuvimos este caso, ustedes que creen" " no es que derivarlo a lo mejor pa allá" " mándamelo conmigo" y nosotros siempre trabajamos super cercanos, como coordinados, y ahora el médico se empezó a incorporar más, nosotros también tomamos la confianza de ir a preguntarle al médico sobre ciertos casos, yo encuentro que un cambio en el equipo, y un cambio muy favorable, muy positivo". (Mónica, Nutricionista)

La comparación entre el contexto de atención en una posta rural y en el CESFAM es un lugar recurrente en el relato de Valentina. Reconociendo las limitaciones en el acceso a especialidades que se da en el contexto rural, señala que la atención que ella hacía se orientaba hacia la persona, a resolver la mayor cantidad de necesidades. Mientras que, en el contexto de centro de salud familiar urbano, la persona está dividida en programas y atenciones específicas, lo que lleva a que, si un médico quisiera hacer una atención integral, no puede hacerlo porque el sistema no le permite registrar todas esas atenciones, ni administrar las recetas correspondientes. En el relato de Valentina esto aparece como una desnaturalización de su intervención ya que, dándose cuenta de las necesidades que tenía el paciente, ella estaba siempre limitada a la naturaleza administrativa de lo hora de atención.

"...el contexto tú ya lo tení, el trato lo tení porque es una cosa como una maravilla el trato con las personas allá, y el tema de los cuidados crónicos es muy distinto, porque en general, yo allá atendía personas cachai, personas conocidas, familiares qué se yo, y trataba como de resolver yo en una consulta la mayor cantidad de cosas que pudiera resolverle a esa persona, porque si no iba a llegar de nuevo conmigo en dos días más me entendí, o sea no es como que yo podía chatear algún problema "vaya con tal, vaya con tal". Entonces, para mí fue muy chocante después de ese tiempo llegar acá a atender al Villa O'Higgins porque, por ejemplo, me llegaba un paciente que venía a control de hipertensión o cardiovascular pero el paciente venía con una neumonía, por ejemplo, y yo entraba y yo,

así como "no le puedo hacer la receta de neumonía no sé por qué" "no doctora es que no es morbilidad, es control cardiovascular" y yo así como "¿qué es eso?" Así como, la fragmentación llegaba a tal que, en el fondo, tú te podías hacer cargo de un solo problema y, si no, chocaba con el sistema computacional. Entonces como que eso para mí fue terrible, porque también... o sea, por ejemplo, me llegaban pacientes francamente así deprimidos, que venían conmigo por no sé, por morbilidad... claro me ponían horas de morbilidad que es como para resolver un problema puntual y así está diseñado, problema puntual, 15 minutos bla bla bla". (Valentina, Médico)

La experiencia de colapso frente a las trabas administrativas es marcadora en la construcción de algunos profesionales. La pregunta que queda es si logran salir de ese estado de ánimo de estar de manos atadas, si se amoldan a ello o buscan generar espacios distintos. En parte Valentina adopta la tercera vía proponiendo el PAI o Programa de Atención Integral, lo que sería complementado, pero también rebasado en su pequeña escala, por el Modelo de Cuidados Crónicos impulsado por la Universidad Católica y que incorporaba a una gran cantidad de pacientes a esta nueva forma de atender. La masividad nuevamente aleja al profesional del paciente. Lo más probable es que no lo vuelva a ver.

"Yo cuando salía desesperada a preguntarle a la gente administrativa, los del SOME qué se yo, "¿por qué el sistema no me deja dejar un antidepresivo?", claro me tenían todas estas prestaciones bloqueadas porque en el fondo yo estaba ahí para una función, que era como ese parche ya darle licencia hasta que tenga la hora de ingreso a salud mental. Entonces yo de verdad colapse llegando acá, como que no podía creer que la cuestión no se trataba nada del usuario sino que era así como un montón de como trabas administrativas, nomás solucionar en cada..." (Valentina, Médico)

A modo de síntesis, podemos tomar la imagen de ser pasajeros en el camino del paciente, acuñada por el médico Luis. El médico recorre este camino con un punto de vista forjado no sólo desde su formación profesional sino desde la propia experiencia de trabajo, es decir, desde las expectativas que se depositan en sus hombros. El reconocimiento no lo tienen asegurado: su juventud y la constante rotación los exponen a encuentros inciertos, en general, con adultos mayores cansados de tener que contar la misma historia una y otra vez. En su esfuerzo por cumplir con su misión profesional, y con la sensación no estar siempre bien formados para enfrentar la dificultad de la atención primaria, intentan mantener compensados a los pacientes. En dicho

trabajo, escuchar la historia de vida de los pacientes se hace difícil, mientras la perplejidad aflora en visitas domiciliarias que dejan ver condiciones de vida duras. La diferencia con el resto del equipo de profesionales se hace sentir desde la posición que el dispositivo de servicio les atribuye. La nueva forma de atender, con su discurso y su ética humanista, los seduce con devolver el sentido al trabajo, sin embargo, en paralelo la sobrecarga del rendimiento mantiene su peso.

Construcción del otro: Pacientes en abandono

Hay una cierta perplejidad de parte de los profesionales ante las condiciones de vida de los pacientes, especialmente de aquellos en los que no tienen redes de apoyo. Al ser consultados por un caso que los haya marcado en su quehacer profesional los médicos se inclinan por relatar condiciones de vida de pacientes que ellos no esperaban encontrar. Dichas realidades son accesibles, generalmente, a través de las visitas domiciliarias. La atención de box, al contrario, da la opción al profesional de dejar fuera de la atención el contexto social de los pacientes.

“O sea hay una paciente, por ejemplo, que estuvimos trabajando con la trabajadora social para poder llevarla a un hogar de larga estadía [...]. Era un nivel de pobreza severo, vivía sola, tenía como 70 años más o menos, condiciones super poco higiénicas en la casa, antecedentes de cáncer que habían sido operados. No tenía ningún control de nada. No sabía qué medicamentos tomaba. Se trabajó hartos años con ella, pero nunca se logró... mayores logros, hasta que hace poco, el año pasado antes de la pandemia, ahí llegó una vecina nueva que se hizo cargo, la empezó a cuidar, le limpio la casa, la habitación, tuvo problemas de urgencia y ahí la llevaron al hospital [...] pero eso me impactó, porque nunca había visto como una... tanta pobreza material y el abandono...” (Bernardo, Médico)

Estos pacientes desafían al modelo biomédico que supone un paciente ideal. De esa forma tensiona la intervención profesional obligando a hacer entrar a otras disciplinas en la atención. Como hemos señalado la estrategia de atención se centró en un inicio en los pacientes denominados de alto riesgo, es decir quienes tenían mayor carga de enfermedad, como se le ha llamado en la formulación del indicador que mide la prevalencia de condiciones crónicas en la población. Si bien estos pacientes no son los únicos ni los más frecuentes en las atenciones de los profesionales, son los que más los marcan. De la perplejidad avanzamos hacia la marca subjetiva, es decir los

ecos que esta figura de paciente encuentra en los profesionales. Al subrayar una figura del otro lo que hacen los sujetos es apuntar algo que interpela al sí mismo. En conjunto con la determinación que las construcciones ejercen sobre el otro, este eco en el sí mismo, son las razones más importantes para destacar estas representaciones subjetivas. Sobre ellos volveremos más adelante, pero ¿qué se oye en estos ecos?

“... es que hay como varias formas de marcar en verdad porque a veces como acá el trabajo en el CESFAM no sucede nada particularmente en verdad. Porque a parte los casos médicos, a veces han pasado más casos sociales que voy a ver por visita [domiciliaria], como gente muy abandonada eso me ha impresionado más en verdad. Y como algo, como caso médico propiamente tal, algo así como desde el punto de vista que sea como llamativo [...] a veces uno las ve más como en la urgencia, otro lado. Pero, así como algo que me haya marcado es como ver a veces a los pacientes postrados, o casas sociales como gente que vive en condiciones muy malas, muy abandonadas...” (Luis, Médico)

Al igual que Bernardo, Luis destaca los casos sociales, de personas postradas en abandono, como las experiencias más marcadoras de su trabajo en el CESFAM. Sin embargo, los ecos de estos casos sociales son distintos para ambos. Luis hace la diferencia entre lo social y lo médico. Lo marcador, desde el punto de vista médico, se da más bien en las urgencias y no en la atención primaria. Luis se siente, de cierta forma, seducido con el desafío médico, donde él puede desplegar las competencias que ha adquirido en su formación. Al contrario, los casos sociales lo someten a un pesar, a una tristeza de difícil asimilación. La perplejidad de lo social se vuelve amarga en tanto no se ve posibilidad de intervenir en ella.

“los pacientes cuando tienen mucha carga emocional, uno se queda con eso. No sé cómo explicarlo. Uno se queda con esa carga mala, como con esa angustia, con esa ansiedad. En el alto riesgo pasaba hartito, quizás por el mismo hecho de que uno los conocía hartito también.” (Luis, Médico)

Bernardo agrega un matiz importante: la perplejidad no es sólo del médico sino de la medicina de libro, es decir de una medicina que ignora la realidad social de los pacientes y la realidad organizacional del centro de salud. La situación de los pacientes desafía la formación profesional de los médicos, desafía a la medicina de libro y sus indicaciones ideales. Aquí hay una forja experiencial de los médicos frente a las condiciones de vida, la cultura de los pacientes y frente a los usos que hacen de sus horas médicas. Es pertinente recordar que el ministro de salud de la época, Jaime Mañalich, señalaba, en

el contexto de las medidas para combatir los contagios de COVID-19, que “en un sector de Santiago hay un nivel de pobreza y hacinamiento, perdón que lo diga así, del cual yo no tenía conciencia de la magnitud que tenía. Esa es la verdad”³¹.

“...las realidades en las que vive el paciente, porque hay mucha medicina que, de libro, quizás frente a un problema "A" hay que hacer esto específico. Pero hay pacientes que no pueden, no tenemos los recursos, no tenemos como más alternativas de, por ejemplo, de medicamentos en atención primaria, y que muchas veces me gustaría dar un medicamento a comprar y el paciente no puede, porque no tiene trabajo, uno trata de indagar también en la familia para ver si alguien lo puede ayudar tampoco, algunos tienen muy escasa red de apoyo, red familiar. Entonces frente a esas dificultades es super difícil lograr un buen resultado en el tratamiento, y ahí se trata de ayudar por todos lados, trabajador social, a ver si lo podemos integrar quizá algún programa de talleres que hacen los CESFAM también, algunas juntas de vecino, por ejemplo, para que tenga más redes de apoyo. Y se logra, sí, pero igual es complejo, no es tan cuadrada la medicina en realidad, se nota la realidad de los pacientes... (Bernardo, Médico)

Ahor bien, hay otra cara del abandono. Una versión de pacientes que manifiestan de forma emocional su descontento en los dispositivos de servicio y terapéutico. Esto puede vivirse por los profesionales, como mencionaba Valentina, como una falta de validación de parte de los pacientes que, habiendo superado los obstáculos para acceder a la atención, llegan con una predisposición crítica y la dejan ver ante los profesionales y funcionarios que los atienden. Frente a este paciente los profesionales despliegan ciertas tácticas relacionales para ponerse a resguardo, pacificar la atención y reencauzarla en las vías que ellos entienden como legítimas. En general, los profesionales entienden que a ellos no les corresponde recibir la indignación de los pacientes, a pesar de comprender que hay situaciones de vida muy difíciles. Los profesionales comprenden que el espacio de atención de box no debe ser usado en el registro de la queja.

“Como también el paciente lleva agresivo, donde toca hacer una distancia y esta distancia también le puedo hacer mi tono de voz o la puede hacer algo que yo le diga porque... por ejemplo, si un paciente me lleva gritando,

³¹ <https://www.elmostrador.cl/dia/2020/05/28/en-medio-de-la-pandemia-del-covid-19-manalich-reconoce-que-en-santiago-hay-un-nivel-de-pobreza-y-hacinamiento-del-cual-yo-no-tenia-conciencia/>

yo le digo -a ver caballero necesito que me escucha atentamente lo que le voy a decir-, y es como ya, voy a escuchar lo que me quiere decir. Yo no me puedo responsabilizar por lo que haya hecho otra persona, solamente me puedo responsabilizar con lo que estoy haciendo. Por lo tanto, lo que usted me tenga que decirme ahora, necesito que me lo diga claro para que yo pueda solucionarlo y que usted no siga enojado porque no es mi culpa. Entonces cuando llega a esa aclaración el paciente se calma y empieza a hablar de otra manera”. (Patricia, Enfermera de enlace)

La escucha de los profesionales tiende a cerrarse frente a un decir crítico y destemplado que el paciente enojado lleva al box de atención. Es significativo que el profesional no se haga cargo, es decir no acepte la responsabilidad por el enojo del paciente. Lo que deja ver dicha toma de postura es que el profesional mantiene una distancia crítica con la institución, con sus protocolos, con sus defectos, con sus violencias. Hay un reconocimiento implícito de que la institución participa en la generación de una experiencia amarga para ciertos pacientes, pero eso no quiere decir que todos los profesionales participen directa y conscientemente en ello. Al contrario, si hay algo que destacan estos profesionales es el cambio de paradigma que ellos representan, que precisamente intenta reparar el enfoque a través de una nueva ética en la atención.

“...venimos también trabajando con el tema del protocolo de atención presencial, tanto con los funcionarios, con los usuarios... acá en la escuela hicimos un lanzamiento de campaña por un trato, por mejorar el trato [...] que no le damos el enfoque de que el funcionario es el responsable de que a usted lo atiendan mal, sino que hay muchos usuarios que vienen con la predisposición de la... porque claro vienen con esta visión de que “el consultorio atiende mal”, entonces ya viene predispuesto a que “todo malo, todo malo” y eso, tienen esa visión súper crítica, entonces estamos trabajando en la campaña de trato...

[...] vamos a hacer el trabajo en el mismo CESFAM con todos los usuarios, y tratar de hacerlos conscientes de que el trato no es solamente de funcionario al usuario, sino que es un trato de respeto y bidireccional, que ambos son responsables de tratarse bien...” (Rodrigo, Terapeuta Ocupacional, Encargado de Participación)

La predisposición de la que habla Rodrigo evidencia este legado pesado que reciben los profesionales del que no se sienten responsables. Reaparece la connotación del consultorio, es decir del CESFAM, como un lugar de mala atención. El reconocimiento que les es negado en términos de la expertise,

al no ser validados al nivel de los especialistas, se ve reforzado por esta idea de la mala atención que, en el fondo, imprime en ellos la figura de malos profesionales. Esto remite directamente a la forma en que se atribuye el reconocimiento social como lo veíamos con Honneth (2000).

Hemos señalado que la acción dispositiva es sentida por el sujeto, en sus formas determinantes y liberadoras para la reafirmación del sí mismo. También hemos señalado que la acción dispositiva, en los contextos institucionales en los que predominan los oficios relacionales, resuena en el despliegue de otros sujetos. En dicho despliegue es que se encuentra la *estima social*, un sentir codificado en términos del reconocimiento, que es buscado por los profesionales del CESFAM.

"...yo me recuerdo claro, era una persona, paciente de edad, estamos hablando de 60 años, que no adhería controles, estaba muy descompensada de su diabetes, entonces en el fondo uno siempre leía historias no adherentes, pacientes en etapa pre contemplativa o contemplativa, no. De hecho, su forma, era muy rabiosa. Le molestaba todo. Reclamaba por todo. Entonces como que en el fondo ella tampoco se hacía como cargo de su problema de salud, o sea los demás tenían la culpa "no es que yo no me tomé los remedios porque no me los entregaron" o que se yo "cómo quiere que yo siga la dieta si en realidad me están diciendo que tengo que comprar cosas especiales", o sea como que no había llegada.

Y bueno, es lo que yo te contaba, le pregunté en el fondo, con quién vivía. Obviamente uno siempre le pregunta. Vivía sola, qué se yo, y ahí empezamos entonces... un poquito más de su historia familiar, y ahí obviamente ella me comentó que había tenido, había fallecido un hijo, no recuerdo, hace como unos 10 años atrás qué se yo, y que había, no me recuerdo si había enviudado o estaba separada... Entonces en el fondo, finalmente eso era lo que a ella no... no le llamaba, no había nada que en el fondo la motivara a acercarse. O sea, por mucho que uno... generalmente lo que uno hace es como en el fondo mostrarle las consecuencias, las complicaciones, de una enfermedad crónica no tratada o mal tratada o descompensada, que es en el fondo que uno siempre usa como el cupo cierto, de lo que puede venir, y ahí uno dice "bueno por qué no hace click con esto" y ahí ella me dijo "pero ¿Para qué me voy a cuidar? ¿Para qué? si no tengo a nadie ¿Para qué me voy a tomar todos los remedios? ¿Para qué voy a dejar de comer las cosas que me gustan si no vale la pena?" (Renata, Nutricionista)

La segunda parte del relato de Renata habla de la escucha, de cuando ella le pregunta a la paciente un poco más sobre su situación. No es casual que en esta parte del relato aparezca en reiteradas ocasiones la expresión “en el fondo”. Si bien ella afirma que el profesional “siempre le pregunta” al paciente, con mucha probabilidad la interacción va a permanecer en una superficie y no va a llegar “al fondo”. Dicha superficie está normada por los dispositivos y está dentro del terreno de la indiferencia institucional. Si bien la disponibilidad subjetiva para indagar en el misterio del otro siempre existe como posibilidad, se encuentra cada vez más soterrada por una comunicación codificada por los dispositivos, por la aceleración y la sobredemanda asistencial ¿Tienen los profesionales apoyos institucionales para descifrar al paciente o es más bien siempre una aventura personal? En el caso de Renata, la escucha le permitió entender que, tras el enojo de la superficie, había sufrimiento en el fondo. Concretar este acompañamiento es improbable en el contexto de sobrecarga que hemos descrito y por las propias paradojas de la relación. La necesidad de consideración puede estallar en rabia frente a la negación de la escucha o bien la apertura de la escucha puede desencadenar situaciones que pueden mostrarse injustas, amenazantes o fuentes de vulneración para algunos profesionales.

“Hacemos un trabajo de psicología importante, hay que tener harta psicología con estos pacientes porque ya no es de punto biomédico. Eso ahí ya no le sirve. Ahí hay que empezar a entender que es lo que pasa en su mente y que no se cuidan ¿Porque llegan a abandonar su propia persona? Cuando llegamos a ese punto, yo me he dado cuenta de mi experiencia que muchas cosas no tienen que ver con que no se quiere cuidar, que tiene otra clase de problema. Nosotros estamos a cargo de una población de riesgo entonces tenemos muchos pacientes con problemas sociales y mentales también, muy graves que tal vez no se habían pesquisado anteriormente” (Patricia, Enfermera).

El punto de vista biomédico no permite acceder al fondo, como lo relata Patricia. La complejidad de dicha labor se entiende muchas veces como algo que le compete al área de salud mental, no al área biomédica. Sin embargo, en paralelo los profesionales afirman que es el “vínculo el que sana”, el establecimiento de dicho vínculo permite que el paciente asuma un rol en su propio cuidado y colabore con el profesional. La figura del paciente en abandono es una de las que más profundamente problematiza la oposición entre autonomía y dependencia en las relaciones que constituyen el entramado social de la salud pública.

Un cambio de paradigma

La posición de la enfermera ha adquirido mayor centralidad como se puede apreciar en la distribución de roles que mantienen con el médico: la enfermera se dedica al seguimiento de los casos, le resume al médico la condición del paciente y le sugiere en qué enfocarse. En tanto el médico, bajo la sobrecarga de pacientes, se dedica a ajustar tratamientos farmacológicos y a generar interconsultas de ser necesario.

“¿El médico tú le derivas a quienes están descompensados?”

Si. Porque el trabajo como del cumplimiento de metas, generalmente el médico no tiene tiempo para hacerlo antes si, había más tiempo. Pero ahora en la actualidad hay una demanda importante de horas médicas. El médico no tiene tiempo de hacerlo. Ahora el doctor [...] tiene una mirada bastante integral de los pacientes y también se da el tiempo de escucharlos y revisarle el plan consensuado y después contarnos. Siempre hay una, una... Yo primero le derivo y le digo -oiga usted mire este paciente tal me gustaría que usted se enfoca en el control en esto porque son las prioridades del paciente y también enfóquese en esto otro porque son mis prioridades. Entonces el médico junta esas 2 cosas y la conversan en el control y llegan a un acuerdo [...] Entonces el médico igual cumple el rol, pero no ahonda tanto como está ahondando la enfermera gestora”.
(Patricia, Enfermera de enlace)

Patricia deja ver una cierta contradicción entre la creciente demanda por horas médicas, el cumplimiento de metas y el enfoque integral. Esto deja ver la diversidad de fuerzas que actualmente modelan los dispositivos de la salud pública entre la constante batalla por aumentar las horas de atención, estar bien evaluados por el nivel central de administración, a lo que se suma el hacer realidad el enfoque integral de salud. En ese paisaje dispositivo la enfermera parece adquirir una centralidad que no tenía, ya que el médico debe ceder parte de sus funciones.

Es también lo que nos relata Tamara, quien ha podido asumir funciones que antes sólo realizaban los médicos. Ella entiende esto como un privilegio, como una ganancia en poder de decisión, lo que la lleva a sentir una revalorización de su trabajo, pudiendo en ocasiones sentir el poder de hacer gestiones que se alinean con su juicio profesional y ver cambios positivos en los pacientes.

“...Entonces cambió todo, cambió la población del consultorio, nosotros ahora podemos, yo puedo ver a un paciente, como le decía hace un

momento, yo lo puedo ver cuando... Tengo más libertad, puedo hacer más gestión yo, antes no podía hacer ese tipo de gestión, ahora tenemos más cercanía, más cercanía a los pacientes y podemos este, mejorar el auto manejo del paciente, en sí de que ellos tengan auto manejo y nosotros también... Podemos tomar más decisión". (Tamara, Enfermera)

Esta centralidad está relacionada con un refuerzo de la ubicación de la enfermera tanto en la gestión como en una presencia significativa en la relación con los pacientes. Dicha presencia significativa lleva a la enfermera hacia un terreno emocionalmente difícil de delimitar. Patricia da cuenta, en su relato, de una implicación fuerte con algunos de sus pacientes. Ella deposita el deseo en poder ayudar a todos sus pacientes de la misma forma sabiendo que, por una parte, no todos van a responder bien y que necesita invertir una gran cantidad de tiempo para lograr cosas, lo que sólo se puede hacer de forma selectiva. Hay una resignación difícil de manejar y una entrega difícil de dosificar.

La cruzada de la enfermera

El rol de enfermera se encuentra en una transición. Esto no responde tan sólo a la implementación de la nueva forma de atender, sino también a un cambio de paradigma desde la formación universitaria, tal como lo relata Patricia.

"...lo que pasa es que yo estoy haciendo un cambio de paradigma. Ya en la atención primaria porque estoy trabajando con pacientes de alto riesgo y antes trabajaba con pacientes de alto, medio y bajo riesgo, ya. Estos pacientes de alto riesgo que estoy viendo acá en el Villa O'Higgins están siendo tratados de una forma diferente, ya. Anteriormente, cuando estaba en Santa Amalia, en el fondo 2017, teníamos una mirada que desde la universidad nos enseñó que no debe ser indicativa y directiva, sino que debería ser participativa y colaborativa con el paciente, ya. Y el problema era que tenía muy poco tiempo para realizar todas las intervenciones que necesitaba un paciente, ya. Entonces, en la actualidad, yo estoy trabajando en un programa, que es para pacientes de alto riesgo que, en realidad ha tenido bastante éxito porque la forma de tratar el paciente está de acuerdo a las necesidades que tiene el paciente, ya. Por ejemplo, en el control anteriormente, nosotros nos enfocábamos en indicaciones, por ejemplo, en pacientes diabéticos, obesos, por ejemplo, teníamos que hacerlo con metas de compensación, ya y hacerlos bajar de peso, ya. Entonces, la actualidad, el programa se enfoca a la necesidad y en los

problemas que pone el paciente al momento de llegar al control".
(Patricia, Enfermera de enlace)

El relato de Patricia está impregnado de la convicción que le imprime a su rol en el cambio de paradigma. El rol de la enfermera de enlace, como se le conoce, parece ser vital para realizar el acompañamiento de los pacientes, aquello que los médicos veían con algo de frustración. Ahora bien, si prestamos atención al relato de ambas enfermeras, dos formas de ser enfermera entran en disputa: Patricia señala que existe un cambio de paradigma que viene desde la formación universitaria y que está centrado en la lógica de la participación y la colaboración con el paciente. Por otra parte, el ejercicio profesional tradicional de la enfermera, el de "ser indicativa y directiva" si bien va perdiendo fuerza sigue resonando como ethos profesional.

"...por ejemplo una enfermera que está más viejita, que está acostumbrada a tratar de esta manera más directiva debe ser super difícil sentarse escuchar al paciente y decirle ¿qué es lo que quiere usted para su vida? o sea ¿porque vienen a controles médicos? ¿Qué esperan en sus enfermedades? Porque es otra forma de abordar al paciente. Super importante para mí ha sido súper importante y creo que está es la forma...que corresponde. Pero debe ser muy difícil de hacer el cambio. Estamos acostumbrados a -lalalala- [el profesional hablando] y el paciente no habla, solo escucha. Entonces ahora nos toca escuchar". (Patricia, Enfermera de enlace)

Patricia deja expuesta la negación de la escucha que se practicaba dentro de la forma tradicional de atención en enfermería. La enfermera debía ejercer la educación del paciente desde la práctica de las indicaciones, desde un decir monológico. El cambio de paradigma viene marcado por esta apertura al otro, desde la escucha de sus intereses, de sus motivaciones. En el relato de Tamara se evidencia también este cambio de paradigma, pero desde una transición profesional. Ella señala que su función es "que el paciente se tome el medicamento como corresponde". Este rol se puede ejercer de manera disciplinaria o colaborativa. Tamara no fue formada en el paradigma participativo, sino que lo fue adoptando a lo largo de su trayectoria laboral. El cuidado está presente en ambas formas de ejercer la enfermería, pero es la apertura hacia lo que el paciente quiere lo que parece marcar la diferencia.

"...le tomamos los signos vitales después, llenamos unos formularios que son una infinidad de formularios que hay que llenar, revisar los pies,

también su adherencia al tratamiento que eso es importante eso tenemos nosotros que ahí darle y darle porque, porque esa es nuestra función que el paciente tome el medicamento, como enfermera yo lo más seguro que tengo que ver que el paciente esté tomando el medicamento bien como corresponde, si usa insulina, que se esté colocando bien la insulina, le pasó una jeringa y "póngame la cantidad que usted se pone todos los días, muéstreme su guatita" a ver si está rotando los sitios de punción, lo que yo le enseñe, bueno y ahí todo eso. (Tamara, Enfermera)

A diferencia de Patricia, Tamara vive la transición dentro de su propia biografía profesional lo que le permite hacer un análisis de las tensiones que para ella presenta el nuevo modelo de atención. Las tácticas que ocupa para acercarse a los pacientes vienen de este cambio en su identidad profesional.

"Bueno lo primero que he aprendido que por ejemplo uno no les tiene que imponer nada, cuando a los pacientes se les impone algo... al principio creo que yo si era de ese tipo de enfermera como que me imponía, como que usted tiene que... Bueno después también he ido a varios cursos donde me han enseñado que uno no tiene que actuar así, sino que el paciente tiene la libertad de elegir. Entonces lo que uno si le informa, el paciente siempre tiene que estar bien informado, bien informado de su... tiene que saber de su enfermedad, [...] la función de la enfermera... o sea yo me he hecho esa función... de que mi función tiene que ser que el paciente tiene que manejar su enfermedad, manejar. O por lo menos, aunque no la maneje que él sepa cómo manejar su enfermedad" (Tamara, Enfermera)

Darle la libertad de elegir al paciente se transforma en un desafío profesional, tanto si se ha recibido formación para ello como si no. El desarrollo de la autonomía del paciente se vuelve una pieza fundamental en la atención de enfermería lo que lleva al profesional a tener que encontrar nuevas fuentes para validar su autoridad. Desde una autoridad jerárquica la enfermera debe transitar hacia la búsqueda del diálogo con el paciente. El profesional debe poner a prueba su convicción ética con la nueva forma de atender en cada encuentro con pacientes. Especialmente desafiantes son los encuentros con pacientes que no "adhieren" a pesar de la hospitalidad en el trato que se les brinda.

"Y esto ¿que desafío te ha puesto a ti digamos como profesional?"

(Risa) Bueno es un gran desafío porque sin querer nos involucramos con los pacientes más de lo que nos corresponde porque es algo que nos llevamos, que nos tiene pensando todo el tiempo. Yo, en este momento hay pacientes que también me queman. Me queman porque, a pesar de

todos los esfuerzos que nosotros podamos hacer, los pacientes no adhieren al tratamiento, no cumplen con las metas. Y eso nos quema. Nos quema a todos, pero generalmente son pacientes que están descompensados en la parte de salud mental. Ese es un factor muy importante en la adherencia al tratamiento y en el cumplimiento de las metas”. (Patricia, Enfermera de enlace)

El “quemarse” es un lugar común para los profesionales que trabajan en atención directa. Este burnout, viene por “involucrarse más de lo que corresponde”. Viene por una presencia significativa en la relación porque, como dicen otros profesionales entrevistados, es la relación la que logra cambios. Aunque no se practique en todos los casos, esa es una premisa para este equipo de profesionales. La adherencia que se busca, esa que les permite sentir que su trabajo muestra resultados en las personas, consiste básicamente en que “te crean, te escuchen y vuelvan” como lo relataba Luis, médico del equipo. La cruzada de la enfermera también es la cruzada de otros profesionales, pero la labor de enlace les da un gran protagonismo a los profesionales de enfermería en la mantención de una relación con el paciente.

“Cómo que al trabajar, en lo que tú haces hay que tener una habilidad, relacional, bien importante ¿cierto?

Sí, o sea yo siento que la he desarrollado harto [...] uno tiene que relacionarse harto y es bien importante la verdad, al final eso es lo que logra cambios en verdad, al final por mucho que uno sea muy técnico, que sepa cómo cuál es el mejor tratamiento si no logra adherencia, no logra que te creas no logra que te escuchen y no logran que al próximo control vuelva a venir, también la idea es que el paciente se vaya como bien, para que vuelva a venir para que esté interesado, entonces eso me ayudado harto igual siento que he desarrollado muchas habilidades blandas y también como mucha persuasión a los pacientes...” (Luis, Médico)

De cierta forma la enfermera no ha renunciado a dar indicaciones, lo que equivaldría a abandonar su rol profesional, sino que lo que se busca dejar atrás son las indicaciones que no tienen el acuerdo del paciente. La autoridad ya no pasa por “indicarle a un paciente crónico qué es lo que tiene que hacer, que es lo que hemos hecho toda la vida...” como señalaba Patricia. Ahora la autoridad pasa por la persuasión considerando los intereses del otro. Las paradojas de esta libertad que se le otorga al otro resuenan con fuerza en el relato de Tamara, para quien la nueva forma de atender tiene sentido, al terminar con el monólogo del profesional que el paciente no escuchaba,

pero, al mismo tiempo, abre otra serie de paradojas, como cuando ella tiene que aceptar que al paciente “no le interesa hacer nada”.

“Yo creo que ahora con esto de los acuerdos, con esto de que uno no le exige así, le da un montón de cosas que al final llegan a la puerta y ya los pacientes no se acuerdan. Entonces ahora con 2 o 3 cosas que el paciente se vaya claro, con cada profesional... o una cosa que vaya claro es mejor que muchas indicaciones que antes uno le daba... incluso yo me daba el tiempo de escribirle, le llevaba de mi casa escrito las indicaciones, un montón de cosas que el paciente a veces ni las leía. En cambio, ahora no, porque él hace lo que él quiere "ah yo me comprometí a hacer" [...] dice el paciente, yo le digo "lo que le haga más sentido a usted". Pero [...] hay otra gente que dice "no, yo no quiero hacer nada", tampoco uno bueno, y uno anota ahí "al paciente no le interesa hacer... yo le pongo así textual "no le interesa hacer nada". Es libre, es libre eso... Si no quiere no, no les puedes exigir, en cambio antes no, como que uno le decía "no, usted tiene que hacer esto, tiene... " así éramos, ahora no, ahora hay más libertad". (Tamara, Enfermera)

Patricia constata que la práctica de la escucha es una parte central del desafío en el cambio de paradigma. Sin embargo, los tiempos institucionales para la atención de pacientes no están pensados para la escucha. Esto lleva a los profesionales a tener que elegir entre el procedimiento de control habitual, el que generalmente da cumplimiento a las metas de atención, o bien, escuchar al paciente. En el relato más abajo, Patricia señala que utilizar el tiempo de consulta para escuchar al paciente puede convertirse en una pieza fundamental para que él mismo empiece a cuidarse. Esta ayuda prestada a través de la escucha fortaleció la autonomía y responsabilización del paciente con su tratamiento, logrando salir de un estado de abandono de sí mismo dada su desmotivación, su rabia y la poca adherencia que presentaba a los tratamientos. Son estos pacientes los que obligan a los profesionales a extremar sus recursos, si es que cuentan con las condiciones para hacer de ese paciente un caso, y convertirse en enfermeras-psicólogas para entrar en la escucha. Es que para Patricia una de las necesidades más sentidas por los pacientes crónicos es la escucha, dada la carga emocional que tienen.

“...porque además toca escuchar, toca recibir, todo lo que ellos tengan que entregar y nos estamos acostumbrando a escuchar. Porque tenemos 15 o 30 minutos, en las que tenemos hacer un montón de intervenciones pero tal vez en esas 30 minutos tienes que escuchar lo que quiere decirme, y escuchar y recibir a toda la carga emocional con la que puede el individuo con patología crónica, que hay gente que viene enojada también, enojada

con el servicio de salud, enojada con su vida, enojada con su familia. Entonces son muchos sentimientos que abarca esto. Yo siento que podría ser enfermera psicóloga, cumplir los dos roles y ser parte del equipo de salud mental. Porque de verdad tengo que aplicar mucho la psicología [...]

...yo siempre trataba de sacar el rollo y siempre me contaba sus historias y al final en los 30 minutos que tenía de control para pesarlo, medirlo y tomarle la presión le ocupaba en escucharlo. Pero eso le ayudo tanto que empezó a cuidarse, empezó a salir adelante [...] Es agotador porque en el fondo uno igual se involucra, le da pena la situación que está viviendo. Pero más de verlo del lado de compasión, uno lo ve desde el lado de querer, que esté bien, que salga adelante, porque en el fondo si lo saco por delante voy a tener espacio para sacar a otro por delante tal vez no va a ser tanta carga". (Patricia, Enfermera de enlace).

Ahora nos miran de otra forma

Ser nutricionista en el CESFAM implica tener múltiples caras ya que su desempeño profesional no se encuentra solamente vinculado al ajuste de pautas alimenticias sino también a temas educativos, promocionales o preventivos. Los operativos en terreno y las visitas domiciliarias, en las que les toca participar, les permitía tener una visión más amplia sobre los usuarios y sus condiciones de vida, para "ir más allá" de la situación de box. Para Mónica eran experiencias enriquecedoras

"...¿Hay otras instancias en la que te encuentres con los pacientes, con los usuarios?

Sí, si, tenemos bastantes instancias la verdad porque, nosotros aparte de hacer este taller, nosotros hemos ido participando como en distintas actividades educativas de, el día de la diabetes, el día de la hipertensión, educando a los pacientes. Salimos también de repente a terreno, a hacer operativos preventivos, y ahí también hacíamos, tomábamos exámenes preventivos... y también hacíamos educación con respecto a los cuidados como básicos para poder evitar las enfermedades crónicas. Ahí salíamos de repente a ferias, nos colocábamos en el metro también, como haciendo el eje operativo, las visitas domiciliarias, también nosotros cuando íbamos a visitar a un paciente postrado, nosotros ingresábamos ahí a un hogar. Entonces claramente, uno igual va a ver solo a ese usuario en particular, pero es imposible no preguntarle a la cuidadora si es que ella tiene alguna enfermedad crónica, si es que hay algún familiar más con alguna patología crónica, entonces igual ahí uno abarca a toda la familia con respecto a la

educación principalmente, y si había alguien que no estaba viniendo a controles, nosotros igual le volvíamos a solicitar hora, le conseguíamos hora para volver a retomar sus controles”. (Mónica, Nutricionista y Jefa de Sector)

Si Mónica relata con motivación e interés estas múltiples labores que ha tenido que desarrollar como profesional, mostrándose comprometida con la nueva forma de atender; no ocurre lo mismo en el relato de Renata. Desde el inicio de la entrevista ella pone sobre la mesa su pesar respecto al poco tiempo que tiene para ver a los pacientes. Eso la desgasta mucho dice, ya que tiene que ir más allá de su rol de nutricionista y escuchar al paciente. Esta escucha, de la problemática del paciente y de su entorno familiar, hace que su intervención "pase a un tercer plano". Con esto ella apunta a que su intervención en dietoterapia mantiene una distancia importante respecto a lo que es importante para el paciente. Ella está obligada a ceñirse a su intervención profesional, pero siente que "a veces hay que dejar de lado eso, por dar prioridad a otra cosa que probablemente para la persona que llega es más importante", tal cual lo practicaba la enfermera Patricia.

“Entonces, y eso de pronto a mí me cuesta, y bueno obviamente también un enfoque desde, nosotros partimos acá de, con una intervención desde un punto de vista como más bien de intervención familiar o programa de familia en el año 95, por lo tanto, desde que yo llegué acá, en el fondo siempre he tenido la formación y una orientación más bien sistémica de abordar también al paciente [...] y por ende también de pronto, uno por los tiempos, a mí me cuesta mucho hacerlo en el tiempo que me compete, porque en el fondo uno igual tiene que tener la capacidad de escuchar al paciente, de escuchar a su problemática familiar, de acogerlo en sus emociones, entonces es mucho más, va mucho más, siento que va más allá de mi rol como nutricionista. Entonces, eso a mí creo que en general me desgasta mucho, me desgasta mucho porque, finalmente no me demoro los 30 minutos que tengo en el fondo, y eso también ha sido una lucha importante en el sentido de que, uno, esa media hora, quizá 15 minutos la dedicó para escuchar y que probablemente la parte que me competía de darle a mi, de darle las sugerencias o de hacer un plan acordado, con respecto a la dietoterapia, pasó a tercer plano...” (Renata, Nutricionista).

Las diferencias entre ambas pueden explicar esta distancia. Ninguna de ellas es nueva en el centro de salud, sin embargo, Renata lleva 25 años y ha visto los cambios en la población, que ha ido envejeciendo, y además ha experimentado las diversas iniciativas de cambios en la atención que se han sucedido a lo largo de los años. La experiencia por la cual se siente

comprometida Mónica, Renata ya la ha vivido antes y ha sido testigo de una suerte de abandono a la suerte de cada uno, de una dolorosa contradicción entre ideas que hacen sentido y la falta de tiempo para darles vida.

Ella fue parte de un proyecto de la Universidad Católica de Chile, sobre intervenciones familiares, en el año 1995, a través de cual dice haber sido formada en una forma de atender que incorporaba la mirada integral. Dicha estrategia se ubicaba en la antesala de la institucionalización del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en la atención primaria de salud, proceso que marcó la conversión de los consultorios en Centros de Salud Familiar. Renata señala que una vez que se produjo la institucionalización no se pudo mantener la misma intervención familiar. Reconoce, con un tanto de angustia, que hoy en día es difícil trabajar con esa mirada ya que el tiempo que tiene para atender a cada paciente no es suficiente y no vuelve a ver a sus pacientes por meses o incluso años.

“Si te entiendo bien, hay un dilema para ti entonces entre escuchar a los pacientes, a las persona y dar las indicaciones para la intervención que tú puedes hacer, digamos.

Por la falta de tiempo y por, porque yo sé que, okey yo puedo registrar yo digo -no, se hizo intervención en crisis. Que se yo -se acogió el paciente-. Que se yo, -no se tocó tal tema-, pero si yo tuviera la posibilidad de decir -ya, que yo la veo en 15 días más a la señora para poder que hablemos de lo que compete, a lo que usted venía, al tema de la dietoterapia. Yo sé que eso no lo tengo, porque probablemente, por la falta de recursos que hay uno a veces al paciente lo ve una vez al año. Entonces en ese sentido, yo, eso me quedo, yo me quedo como un poco, cierto, no se po... como que no hice la pega, como que me faltó esa otra parte. Porque sé que probablemente, aunque yo le diga -saque una hora en un mes más por último-, yo se que no va a conseguir hora y que seguramente van a pasar meses o años para recién verla. Entonces eso para mí es como un dilema en ese sentido. Entonces de pronto trato, trato claro, de volver a verlo o me demoro más o lo derivo obviamente y claro, me paso en el tiempo y ando como todo el día corriendo en el fondo”. (Renata, Nutricionista)

Mónica destaca que los profesionales en el centro tengan una “mentalidad realista”. Esto tiene que ver con indagar en las condiciones de vida del usuario y conjugar el tratamiento con ellas. Es algo que les toca hacer especialmente a las nutricionistas y enfermeras, ya que médicos y asistentes sociales están sobre demandados, por lo que, bajo la nueva modalidad de atender, estas profesionales deben asumir esta tarea. La crítica de Renata se dirige precisamente a tener las condiciones para incorporar, sin angustia,

esta mentalidad realista, esta indagación social necesaria para cuidar al paciente sin imponerle cosas que pueden no ajustarse a su realidad.

“...yo creo que también sabemos cómo tratar a cada uno de los usuarios que tenemos acá en el centro, en el fondo yo creo que es tan variada que sabemos cómo distinguir igual un poco y tenemos igual nosotros todos los profesionales con una mentalidad súper realista, en el sentido que indagamos un poco más en cómo es su condición de vida, su condición socioeconómica antes de hacer algún juicio, o alguna indicación a lo mejor inadecuada, porque en el fondo la Villa O’Higgins es una villa que de clase media, clase y media clase media baja, entonces nosotros sabemos claramente que tenemos que hacer un enfoque primero social para ver cómo nosotros lo podemos abordar, con todo nuestro plan de alimentación o plan de medicamentos porque sabemos que no van a tener para comprar el medicamento. (Mónica, Nutricionista y Jefa de Sector).

La trayectoria de Mónica nos permite exponer la tensión que venimos mostrando entre el compromiso y la angustia profesional. Cuando comenzó a trabajar en el CESFAM experimentó lo que muchos de los profesionales jóvenes nos han relatado: el choque con la realidad de los usuarios, la perplejidad y la angustia. Lidar con esto requiere el desarrollo de una capacidad de ponerse a cierta distancia para no quedar "destruida emocionalmente" y no llevarse ese pesar todos los días a casa.

“Nosotros como profesionales igual tenemos que saber el límite. Porque tú me preguntái a mí en un inicio, yo recién llegada, yo lloraba prácticamente por los usuarios, por sus problemas, o no lograba como entender algunas cosas y me lo llevaba, así como super míos y me iba con esa mochila para la casa super mal. Después ya, con distintas como técnicas y la misma enseñanza como de la práctica en sí, y las mismas experiencias de mis propias colegas me fueron como enseñando que ya hay que involucrarse, pero también hay que poner un freno para que no pase, no transgreda tampoco a nuestra propia como estabilidad emocional, y calidad de vida emocional. Si no nos íbamos a ir todos depresivos de aquí, a las 5:30 de la tarde y yo terminaba como destruida emocionalmente.

Pero igual uno se involucra, igual uno inevitablemente uno se conecta con alguien, o no se conecta, o le toca la fibra alguien más que otro y yo creo que es lo rico igual de trabajar en salud, yo siento que cuando uno ya se involucra siento qué, como profesionales nos comprometemos más aún

con ese usuario, yo creo que el profesionalismo igual de “cuánto me gusta hacer mi trabajo” se refleja mucho en eso también. En la conexión que genero con el usuario, en como yo acompaño a ese usuario, porque en el fondo nuestro trabajo es ese, es acompañar al usuario en este proceso de aceptar. Porque nosotros partimos en la aceptación de la enfermedad hasta ya su empoderamiento masivo de su salud, y de control en general de su salud tanto emocional como física, o sea yo creo que eso si es igual parte de nuestro trabajo, es como que vienen en pack (Mónica, Nutricionista y Jefa de Sector)

Entre tomar decisiones y no hacer nada

Mónica se muestra motivada y comprometida con la nueva forma de atender. En ese sentido ella está más cerca de Patricia que de su colega Renata. Señala que el cambio para ella ha sido maravilloso, lo que iría argumentando desde un reposicionamiento profesional al ganar mayor reconocimiento bajo la atención integral del paciente, que viene aparejada con una visión integral del equipo y el dejar atrás la visión de que sólo el médico le va a solucionar la vida al usuario. No es sólo la relación con los usuarios lo que está en juego, sino también el lugar que ocupan dentro de la estructura organizacional. Al momento de la entrevista Mónica había asumido un rol de jefatura de sector lo que le ha permitía estar más cerca de la toma de decisiones en un rol de coordinación. En definitiva, su compromiso con la nueva forma de atender se explica por el hecho de que los cambios que se han dado en el último tiempo, hacia una atención más integral, les ha permitido a las nutricionistas ser más reconocidas, a ser consideradas como un "profesional que puede ayudar" al usuario, a tener más flexibilidad y poder tomar decisiones sobre las derivaciones.

“...pero no habíamos como sentado cabeza yo creo, que la importancia de la integralidad de la atención, estábamos todavía muy con esa mirada como médico paciente, no estaba como de repente hacer esta como integralidad como equipo, real y empezar a derivar a otros profesionales, también cómo se cambió los programas igual se nos modificó mucho la agenda, o sea, tuvimos, claramente no era la cercanía que uno quería tener al paciente en control, pero se nos dio más la posibilidad de ser más flexible, entonces antes no teníamos como esa flexibilidad de decir "sabe qué señorita, la voy a mandar de nuevo con el médico porque siento que le hace falta reforzar, no sé, de fármacos o con la enfermera mejor, en vez del médico", y el mismo usuario tenía como esa necesidad de ver médico, solo médico y nada más que médico, ahora ellos empezaron a mirar al

resto del equipo como realmente un profesional que la podía ayudar...” (Mónica, Nutricionista y Jefa de Sector).

La capacidad de tomar decisiones se solapa con su contrario: el no hacer nada. Esto ya había sido apuntado por la enfermera Tamara quien no le encontraba sentido a no hacer nada. Renata entiende esto como un “relajo de la exigencia”, ya que se le da la libertad al profesional de consignar los deseos del paciente de no abordar un tema en específico. Ser dueño de su tiempo en la consulta dándole autonomía, para luego generar un plan consensuado al que nadie le va a hacer seguimiento por la falta de horas de atención: este es el sinsentido que resuena en el relato de Renata. Una vez que un profesional retoma este plan consensuado, tanto a él como el paciente han perdido el hilo de esos acuerdos. Para el profesional esto puede vivirse como una pérdida de su área de intervención, como una desprofesionalización ya que no hay claridad de como resignificar la intervención.

“Porque en el fondo lo que ha cambiado es que ha sido, ha sido como que se han relajado un poco en la exigencia, en el sentido de que antes, que se yo, en un control crónico, yo sí o sí tenía que ver lo que me competía a mí. Pero ahora existe la posibilidad que uno diga "ok, no se aborda". Yo puedo dejar en la ficha -no se aborda temática-, porque la persona manifiesta cierto tener otro problema, qué se yo. Hay una intervención en crisis. - Hago una intervención en crisis, acojo, no realizo control crónico-, o sea, en ese sentido es como que, se ha permitido que uno haga eso, que no, no te exigen a uno hacer si o si lo que compete a tu rol. (Renata, Nutricionista)

Dejar por escrito en la ficha que “no se aborda la temática” parece tener una connotación fuerte para el profesional. La escucha, exige del profesional una competencia especial y un marco de acción que la haga posible como señalaba Perilleux (2016). Las condiciones para que el profesional escuche al paciente no son las adecuadas según relatan los profesionales, ya que hay que sortear una serie de obstáculos, entre los que destaca la falta de tiempo y, a la vez, esta suerte de desnaturalización de la misión profesional. Esto es lo que lleva a algunos profesionales a tomar una postura de resistencia ya que no ven la forma de conciliar las exigencias de la nueva forma de atender con su identidad profesional.

Para Mónica hay vías de “ir más allá” y sortear los obstáculos. Por ejemplo, nos relata la existencia de una ventana organizacional en la que ella podía volver a citarse al paciente y que ella aprovechó para tomar el caso de una

paciente, para "sobrecitarla". Al evidenciar la mejoría en la condición de la usuaria le da un sitio importante a la escucha, a ese momento en que el profesional no impone nada, simplemente escucha, un momento recóndito en la experiencia de los profesionales, que para dicha usuaria marcó una diferencia.

"Si, bueno es una usuaria que pertenece al sector donde yo trabajo en ese tiempo, yo me acuerdo que ella llegó súper mal, la primera consulta así como súper negada a todo, su parte de salud mental no estaba bien, ella me lo hizo saber en el momento que ingresó al box, y me hizo como, me puso una muralla, ella entró y puso una muralla inmediatamente a la atención, y como que no hacía contacto visual. No quería aceptar nada, no quería aceptar la enfermedad que tenía, no quería aceptar que tenía que venir siempre al consultorio. Venía de mala gana, obligada. Me refirió esa vez que venía obligada. Entonces esa primera consulta que yo tuve con ella, fue justo iniciando esta transición de que podíamos nosotros cambiar y citarla nuevamente con nutricionista si es que era necesario, y no este como patrón de que en 3 meses más enfermera, o en 3 meses más médico. Y me dedique en esa atención sólo a escucharla, me senté y la escuche, que echara pa fuera, echara pa fuera todo lo que tenía dentro. Porque era alguien que se notaba que tenía una carga, así como con el sistema, como que no le gustaba nada, odiaba el sistema de salud, entonces después de eso le dije, "Ya, le parece que nos veamos en dos semanas más", y me la sobrecupé, dije " ya, me arriesgo". Si me llegan todos no importa me voy a las 8 de la noche. Y llegó. Y cuando llegó ya llegó más tranquila, llegó más calmada, empezamos ya a trabajar en como un plan de alimentación, y me la fuí sobrecupando. La verdad es que, con ella, yo genere un vínculo súper cercano [...] Y al final, ella termino bajando de peso, encontró trabajo, empezó a venir a talleres, cambió así pero de cielo, mar y tierra, nos agradecía pero eternamente, porque vio la vida, como ella me decía "veo la vida de otra manera" [...] usted solo me escuchó, no me dijo nada, no me obligó a nada" (Mónica, Nutricionista y Jefa de Sector)

La distancia entre los enfoques de Renata y Mónica disminuye en la valoración compartida que hacen de la escucha. Renata está formada en el enfoque de la intervención familiar, de la indagación en ese contexto cercano del paciente para comprender su posicionamiento frente a la atención. En el caso relatado abajo, la paciente no seguía el tratamiento ya que sólo quería morir, quería reencontrarse con un hijo fallecido. Estas palabras, dichas por la usuaria, le permite al profesional comprender las razones de que ella tenía para negarse al tratamiento. El comprender le permite al profesional "sacarse un poco la rabia" de no poder hacer más por el paciente. Renata

reconoce que no supo qué pasó con ella "porque dejó de verla", pero al menos logró entender. Dos angustias acechan al profesional: el no entender por qué la persona no se cuida y el no volver a verlos y, por consiguiente, no saber de su evolución.

“...no había nada que en el fondo la motivara a acercarse o sea, por mucho que uno, generalmente lo que uno hace es como en el fondo mostrarle las consecuencias, las complicaciones, de una enfermedad crónica no tratada o mal tratada o descompensada, que es en el fondo que uno siempre usa como el cuco cierto, de lo que puede venir, y ahí uno dice "bueno por qué no hace click con esto" y ahí ella me dijo "pero para qué me voy a cuidar, para qué, si no tengo a nadie, para qué me voy a tomar todos los remedios, para qué voy a dejar de comer las cosas que me gustan si no vale la pena". Entonces en el fondo ahí es tratar de buscar, y entenderla y comprender y quizá llegar ahí con ese vínculo a que haga pequeñas cosas [...] Tratar de buscar, indagar, tratar de indagar alguna cosa que a ella la hiciera... conectarse con este mundo y no querer irse. Porque en el fondo ella quería irse, quería morirse en el fondo. Porque quería encontrarse con su hijo. Entonces, yo ya la verdad no me acuerdo que es lo que posteriormente que es lo que pasó con ella, porque ya no me acuerdo que haberla visto posteriormente. Pero por lo menos, por lo menos, me saco a mí un poco la rabia y con lo que uno lee y dice "pucha esta señora viene y viene y no hace, para qué viene si no hace ningún cambio", entonces como que también a uno, en realidad dice, ya, en realidad uno lo logra entender”. (Renata, Nutricionista)

Re-educar al paciente y al profesional

La nueva forma de atender incluyó en el CESFAM un proyecto que se llamó el paciente experto, respondiendo a un modelo norteamericano de autocuidado (Lorig et al., 2012). Se generó un taller para aterrizar de forma práctica esta suerte de manual para el automanejo destinado a pacientes con enfermedades crónicas que se ha convertido en best-seller. Tanto Renata como Mónica participaron en algún momento en dicho taller.

“...también estuvimos el año pasado trabajando en un taller que se llama paciente experto, y fuimos moderadores nosotros de algunos talleres, en conjunto con unos usuarios. Y la verdad es que fue, para mí, una experiencia súper linda porque, los usuarios cuando, nosotros dábamos

ese taller sin uniforme porque la idea era que nos vieran como un par, y como nosotros igual presentaremos si es que teníamos alguna patología crónica o si teníamos algún familiar con una patología crónica. Nosotros le contábamos nuestra experiencia cercana y le íbamos enseñando todas las semanas un tema diferente y la verdad es que fue súper bien recibido por los usuarios porque sentían que estaban hablando con un amigo prácticamente. Y que si aquella persona que estaba exponiendo era también un paciente lograba ese poder... ellos encontraban que ellos tenían toda la posibilidad de poder lo mismo y salir adelante. Así que esa experiencia para mí fue maravillosa..." (Mónica, Nutricionista y Jefa de Sector).

Lo primero que le llama la atención a Mónica es la metodología del taller. Con ella se buscaba borrar de forma simbólica la distancia entre profesionales y pacientes. Este ponerse en el lugar del otro dejaba ver la persona del profesional a través de un relato de sus experiencias de enfermedad. Algo tan simple y a la vez tan significativo como no usar el uniforme de trabajo también cumplía un papel en este sentido. En un segundo momento, los propios pacientes se convertían en monitores, tomando la palabra para hablarle a sus pares. Según Mónica este acto tenía el poder de comunicar de una forma mucho más efectiva lo que desde los profesionales se hace difícil de comunicar. Esta reorganización del decir y del escuchar llamaba la atención porque, de cierta forma, ponía en práctica la ética relacional cuya implementación resulta tan esquiva en el dispositivo terapéutico. De forma puntual este espacio logró reorganizar la fuerza dispositiva de la formación.

"¿Y ese taller venía con esta nueva forma, con la nueva estrategia, cierto?"

Sí, sí, venía con la estrategia ya de integralidad completa, o sea, en el fondo, la gracia de este taller era enseñarles a los usuarios de que uno como ser humano es una persona integral, o sea, no es aquel nosotros seamos, no sé, yo Mónica diabética, Mónica hipertensa por separado, si no que éramos solo una persona completa y teníamos que cuidarnos en el fondo en la totalidad. No como por partes. Y eso la verdad es que, también nos sirvió mucho porque así los mismos usuarios consultan más en las consultas de médico, que también eso le importaba mucho. Venían previo con esta mentalidad de -voy por esto nomás al médico, y el médico me ve por la diabetes, y después pido hora por la hipertensión, y después pido hora por la tiroides-. Y ya tienen súper claro ellos que es sólo un control, completito, con todo, y que ellos pueden hacer preguntas de lo que necesiten en el fondo, y que pueden tratar de educarse más, ellos están

exigiendo ahora esa educación al momento de venir a la atención acá al CESFAM, y eso se ha visto, el año pasado se vio mucho más, antes de eso era como una atención súper dirigida, era como súper así como unidireccional, o sea hablaba uno, hacía las preguntas, después daba las indicaciones y el paciente se iba, y no preguntaba nada...” (Mónica, Nutricionista y Jefa de Sector).

La premisa del taller es que el usuario se concibe fragmentado en su atención, razón por la cual ahora hay que enseñarle que él es una persona integral. Esta forma de hablar deja a los usuarios en una posición de receptores de las modalidades de intervención, las que adoptan tras un proceso de educación y especialmente tras su experiencia en la forma de vínculo que el centro de salud propone. Si bien esta es la visión de una profesional, su relato es ejemplificador de la forja del usuario a partir de lo que podríamos llamar pulsos dispositivos, es decir estas embestidas de las fuerzas dispositivas que suscitan una respuesta en los sujetos. De larga data es esa “mentalidad de atenderse por partes”, siendo el resultado de un bricolaje entre las fuerzas dispositivas y la interpretación que de ellas hacen usuarios y profesionales. Modificando la figura de pacientes se modifica el posicionamiento también de los profesionales. Las embestidas dispositivas obligan a los sujetos a definirse tanto con ellos mismos como con los otros sujetos que hacen parte de su tejido social.

Si para Mónica dicho taller fue una experiencia de apertura, que encarna el nuevo espíritu que debe tener la atención, lo cierto es que los espacios de talleres no son nuevos en el CESFAM. Según relata Renata estos espacios preventivos no llaman la atención de los pacientes, siendo objeto de un rechazo silencioso. Este rechazo puede relacionarse con una resistencia hacia el modelamiento de los estilos de vida. Los talleres, como espacios de formación, se dirigen directamente hacia los hábitos de las personas, intentando modificar las conductas poco saludables y dejando ver una imagen caricaturizada de la nutricionista como “la persona que le iba a quitar la comida [...] las malas de la película” como señala Mónica. El fracaso de estos espacios habla de que la salud preventiva y promocional no tiene la fuerza como para establecer una relación con los pacientes. Esta se da más bien cuando aparecen síntomas y complicaciones, es decir, cuando se diagnostica una enfermedad crónica y aparece el temor en las personas.

“...en el caso de nosotras las nutricionistas, las horas son para atender pacientes ya muy dañados y es poco lo que uno puede, debería, lo que uno hace desde el punto de vista más preventivo, y lo que se hace de preventivo, que tiene que ver con talleres, etc. y lamentablemente a la

gente no, no, no le llama la atención, nosotros lamentablemente, creo que los chilenos tenemos ese tema, como que no, al parecer como que no, no enganchamos con eso. Hasta que no nos pase algo, recién uno asume, que me da la impresión que en otros países si existen estos grupos de autoayuda, grupos que se juntan para hacer cosas y acá no. Entonces eso es otra cosa súper frustrante para mí, de los talleres, uno hace talleres y no llega nadie, y ahí está lo preventivo, siento que estamos solos tratando, no, no, no estamos haciendo nada para que en el fondo esa persona no llegue a ser hipertensa, no llegue a ser diabética, no estamos mayormente interviniendo, siento que ahí falta, y lamentablemente no hay hora tampoco, no hay tiempo, no hay recursos”. (Renata, Nutricionista)

La frustración de Renata apunta al hecho de llegar tarde “cuando el paciente está muy dañado”. Esto deja ver la temporalidad de la intervención sobre las condiciones que llevan a que una persona adquiera una patología crónica, lo que estaría quedando fuera de un modelo que sería curativo más que preventivo. El taller del paciente experto se encuentra después de haber adquirido una de estas condiciones crónicas. Si allí hay interés, a los talleres que se ubican antes de que la persona enferme “no llega nadie”.

Otro aspecto importante es subrayado por Renata. Ella estuvo a cargo del taller del paciente experto, que se llamaba “Tomando control de tu salud”. Su relato da cuenta de un desgaste importante para que el taller se llevara a cabo ya que tenía que asumir una serie de responsabilidades fuera de su horario laboral. Aparece aquí nuevamente la idea de “ir más allá”, es decir de actuar en un terreno que no está reconocido institucionalmente, pero es el terreno en el que se pueden lograr cosas. Hay una experiencia de soledad en este esfuerzo que ella lo pone en la balanza con la gratificación que obtuvo al ser reconocida por las personas a las que les hizo el taller. Si este espacio puede generar un mayor vínculo entre profesional y usuarios, deja al profesional agotado y sin la motivación para perseverar en la lucha por mantener esos espacios, sobretodo si la institución no pone recursos en dicha gestión.

“...yo estuve a cargo de este programa, de este taller de “Tomando control de su salud”, pero significaba... fue para mí un gran esfuerzo porque para que funcionen las cosas al final tiene que hacerlas una. O sea, yo tenía que ir fuera de mi horario a hacer una sesión o que digamos que era para explicar a una junta de vecinos o a un club de adulto mayor. Yo iba fuera de mi horario, en mi vehículo, acompañando a una de las líderes para que no se sintiera sola. Yo la acompañaba, ya, hacíamos la sesión. Yo llevaba el material, los libros, la pizarra, porque aquí no había vehículo. Yo... a veces

a la enfermera que también le tocaba yo la iba a buscar, en mi horario de almuerzo porque no había vehículo para traerla. O sea, era como mucho desgaste. Yo iba a comprar el material. Entonces es como que, eso a mí me cansa. Porque yo soy bien responsable en ese sentido, entonces... y quizá asumo cosas que van más allá. Pero es para que las cosas funcionen, sino no, siento que de pronto no van a funcionar, pero finalmente claro, es gratificante cuando la gente a uno le agradece. Cuando siente que logró nuevamente un vínculo, la gente también -oh usted me hizo el taller ¿se acuerda? - Qué se yo, entonces como que ellas mantienen un recuerdo. Me acuerdo de una señora que venía con su hija también. Me llamaron el año pasado para Navidad también, como que la gente hace vínculos y eso es bonito, eso yo creo que es lo que finalmente a uno la reconforta, en el fondo, uno dice -bueno, sigo aquí por esto en realidad"- (Renata, Nutricionista)

Tanto en su versión optimista como en su versión desgastadora, el espacio de reeducación de los pacientes es un espacio que reeduca al profesional también. Nuevas metodologías de trabajo, la posibilidad de generar vínculos con los pacientes sin la presión del tiempo de consulta, la inversión de roles en el decir y el escuchar, el tener que asumir una sobrecarga más allá del horario de trabajo, la gratitud del otro, todo ello contribuye en la forja de estos sujetos. Estas iniciativas dejan entrever que los sujetos tienen la capacidad de resignificar las fuerzas dispositivas, pero carecen de apoyos para hacerlo con propiedad, para que ello perdure en el tiempo y se pueda inscribir de forma coherente en el proceso de subjetivación.

Un camino largo, arduo y fácil de perder

Validar el trabajo en participación

De acuerdo con el encargado de participación del CESFAM Villa O'Higgins en salud hay dos visiones que conviven, pero no logran integrarse: una es la atención clínica y la otra una visión de participación. La primera está caracterizada por el punto de vista médico y por la orientación al indicador. La segunda es la salud de los talleres, tiene un carácter preventivo y se desarrolla muchas veces fuera del box de atención. La participación se entiende muchas veces desde el enfoque de la promoción de la salud, desde actividades destinadas a mantener activas a las personas, especialmente a los adultos mayores. La validación de la participación es un desafío constante

en el contexto de una constante presión asistencial por atender pacientes, presión que viene tanto de la demanda de los propios pacientes como de las metas e indicadores de la gestión.

“Cuesta un poco, principalmente porque el validar la participación y que sea visto como algo importante dentro de la salud de las personas. Cuesta en los profesionales más que nada, ¿ya? Porque no todos tienen la visión de que la participación social también es salud, también es influencia directamente al estado de salud de las personas. Entonces, tienen una visión mucho más clínica de atención de morbilidad, atención inmediata, ya. Hay un problema de salud puntual, esto, medicamentos. Entonces, esto es algo que cuesta un poco. Sin embargo, el equipo de participación está conformado estratégicamente, nosotros no estamos... o sea nosotros no invitamos al equipo de participación a alguien que tiene esta visión y que le gusta atender solo en box, sino que a la gente que realiza trabajo comunitario, que les interesa el trabajo comunitario y le da la importancia que tiene el tema de la participación social, así que eso...” (Rodrigo, Terapeuta Ocupacional y Encargado de Participación)

Validar la participación es un trabajo que se da en distintos frentes. Uno de estos es dentro del centro de salud con los profesionales que tienen la visión de que el trabajo en participación no tiene el mismo rigor que el trabajo médico. A ojos de los profesionales clínicos del centro de salud todo lo que implicaba la estrategia de activación de los adultos mayores resultaba a tal punto ajena a lo que ellos hacían que, medio en broma y medio en serio, dejaban ver una invalidación de su rol de expertos, de profesionales.

“Ah, otra cosa, decía que los que lo perciben también los otros profesionales, que incluso es algo que ellos nos decían y, porque pucha nosotros salimos, y salimos cargados de pelotas, ula ulas, bandas, y siempre la percepción de los otros funcionarios era que éramos como payasitos, nos molestaban que íbamos a hacer malabares en la esquina, y nosotros seguimos el juego, pero ellos se dieron cuenta y que, a lo largo del tiempo, nos logramos validar como profesionales, mostrando resultados, ellos veían como fue cambiando la misma población”. (Rodrigo, Terapeuta Ocupacional y Encargado de Participación)

Los resultados que se comenzaron a ver con los usuarios que participaban de estas actividades validaron a los profesionales que trabajaban en esta estrategia. Lo que resultaba sumamente difícil para los profesionales clínicos, es decir motivar o reencantar a los usuarios, este programa lo estaba logrando desde otra lógica. Rodrigo señala que la base del trabajo en

participación es el desarrollo de la confianza en los usuarios. No sólo en la relación con los profesionales, sino con relación al rol que los usuarios pueden desempeñar en las actividades de participación. Esta confianza se logra a través de un trabajo arduo, largo y fácil de perderse. En cierto sentido esta frase describe el trabajo en participación a los ojos de Rodrigo.

“Porque, el salir a la comunidad es bien difícil, pero también te ayuda a vincularte con el usuario de otra manera, y eso también es salud, y a lo largo del tiempo, ya dejamos de ser los payasitos para los profesionales, sino que llegamos a ser el programa MAS, el que mueve a la gente, que los usuarios están comprometidos. O sea, ahora todos siempre cuando hay actividades, nos avisan para que nosotros invitemos a nuestros usuarios, porque saben que participan, porque saben que ellos vienen y que se hicieron, se visualizaron en el CESFAM, dejaron de ser un adulto mayor más pasivo a un adulto mayor mucho más empoderado, que hace valer sus derechos, que en realidad ellos se creen el cuento, y se hacen valer como persona, y eso es lo más importante yo creo, y lo perciben tanto los personales como dirección, y la misma... la misma Municipalidad, la Corporación”. (Rodrigo, Terapeuta Ocupacional y Encargado de Participación)

En la praxis de los profesionales que son del área clínica las actividades de participación pueden resultar un tanto incómodas. Esto se debe a que, si bien pueden compartir la visión y considerar que la participación es importante, tanto su formación como lo que se espera de ellos en el centro de salud los mantienen a cierta distancia. El funcionamiento de los dispositivos de servicio y terapéutico los retiene en la rendición de cuentas y en labores de atención con pacientes. Ahora, si le prestamos atención a las palabras de Rodrigo, la validación del trabajo de participación viene dada por la emergencia de una figura de usuario: “un adulto mayor empoderado que se hace valer como persona”. Este sujeto, forjado desde un trabajo recreativo y de activación, es importante para el centro de salud porque fortalece la figura del buen paciente, aquel que se hace cargo de su salud, aquel que asume responsabilidad sobre su salud y que va a llegar con dicha disposición al box de atención.

Construcción del otro: Usuarios empoderados

El orgullo que se siente desde el trabajo de participación se debe al logro no sólo de un vínculo con un grupo importante de usuarios adultos mayores, sino que también a la participación en un proceso de empoderamiento del sujeto. El sentido de pertenencia de los profesionales se ancla en el apoyo a la dinámica colectiva entre pares, especialmente en lo que ha sido el programa MAS, y se vincula con un proceso histórico de acción comunitaria. Si antiguamente la acción comunitaria se organizaba por la ausencia del Estado ahora, desde el relato, se la reconecta con la acción institucional.

“La gente que participa aquí es la gente que partió, y como te digo, como tuvimos mucho trabajo con adulto mayor, desde la escuela, los talleres, el club de salud y esperanza, el taller de artrosis, muchas cosas, el programa MÁS, muchas cosas que le vinieron a complementar el trabajo con los adultos mayores. Entonces los mismos adultos mayores que están en el taller de artrosis son del programa MÁS, son los que vienen cada año a la escuela de adulto mayor, y tú los veí acá, no sé, en otros talleres, no sé, del [grupo de autoayuda] círculo perfecto, o del taller de artesanías, entonces son personas que ya están súper involucradas y vienen permanentemente. El club de salud, o sea, el salud y esperanza, que fue uno de los primeros grupos que armamos en el CESFAM, decían “oye nosotros somos... pasamos en el centro de salud, entonces como que nos falta traer las camas para...” (risas)” (Isabel, Trabajadora Social)

La institución sanitaria participa de este entramado comunitario tensionada desde su interior. Es lo que deja ver la necesidad de validarse que relatan los profesionales del área social. En parte para responder a los cuestionamientos que se les hace, ellos citan la historia social del territorio, esa historia que desde los dispositivos terapéutico y de servicio es fácilmente ignorada en su predilección por la historia clínica individual y la siempre difícil articulación de dicho paradigma con los determinantes sociales de la salud.

“Aquí, años que se hablaba de cuando había desnutrición, cuando habían problemas de infecciones estomacales, y no sé qué, se hicieron trabajos de doctores que capacitaron a las mismas vecinas, muchas de ellas después siguieron trabajando en el servicio de salud, aquí, capacitadas en este tema de salud. Entonces, este tema de salud o de participación en la villa O’higgins está... Hace tiempo... no sé yo diría [desde los años] 68, 69 que empezaron los primeros pobladores a llegar acá. Con el centro de salud aquí, yo entiendo que se armó el primer el comité de salud que le venía a dar desayuno y además que había, hay hartos trabajos de la iglesia también católica. Y ahora también es evangélica, pero hubo el comedor de

María. Cosas que salieron de la iglesia católica. Un curita que, que fue un curita muy... que vive todavía ahí en... yo vine a una misa y fue la misa más bonita que he visto en mi vida, me invitaron ellos... Ya me voy a acordar del padre [Lorenzo Maire], que era amigo del [André] Jarlan... el curita que mataron en La Victoria [...]

Y, estuvo este nuevo comité de salud, después el comité de salud donde estaba la Susana, la Lily, harta gente bien potente. La Margarita, pasó a ser un comité, un consejo de desarrollo del usuario en 2007... a todo esto, todas estas son dirigentes potentes, o sea, la Susana, la Lily, que eran pobladores que trabajaban, no se po, la Susana fue concejala después, la Lily después se fue a trabajar a otras comunas..." (Isabel, Trabajadora Social)

El sujeto participativo y empoderado no es forjado en el vacío. Ese es el sentido del repaso que estos profesionales hacen de la historia de la Villa O'Higgins, nombre de la población donde se ubica el centro de salud. Esta representación de sujeto está condicionada por el acceso a dicha memoria histórica, lo que no es evidente para todos los profesionales del centro de salud. El aislamiento de los profesionales en el box de atención los priva de la historia larga del territorio, de los legados y de las distancias. Un dispositivo de participación débil junto con una hegemonía de la salud individual dificulta la transmisión de esta figura de sujeto, tanto su versión histórica como en sus manifestaciones contemporáneas.

"...en el mismo CDL que donde más participan, donde la mayoría, sino decir todos, son adultos mayores y lo hacen, y claro, y exigen sus derechos, se mueven y se organizan, y porque claro, también es el territorio es lo que nos da. Porque hay estos líderes comunitarios, esta gente que luchó en su momento, en dictadura, en contra del tema de la dictadura [...] acá que fueron tomas [de terreno] inicialmente esos son los líderes que trabajan actualmente con nosotros y que participan del CDL. Es la gente que se organizó en su momento y que entre comillas los desempolvamos y le dijimos "ustedes son buenos organizando, participando, vamos, participen". (Rodrigo, Terapeuta Ocupacional y Encargado de Participación)

Rodrigo apunta el acto de "desempolvar" líderes comunitarios que fueron protagonistas, durante su juventud en tiempos de dictadura, y que ahora son usuarios del centro de salud. Allí se habría forjado un ethos comunitario con el que los profesionales del área social intentan conectar, intentan volver a

encender después de un enfriamiento. Este enfriamiento de la acción comunitaria se da especialmente en el llamado retorno a la democracia, contexto en el que la economía de mercado penetró fuertemente la sociedad. El Estado, se mantenía en los márgenes de lo que pasaba en los territorios hasta hacer un progresivo retorno a través de programas que irían adquiriendo un marcado carácter tecnocrático. Todas estas capas de acción e inacción tanto estatal como societal bien puede ser el “polvo” que recubría a estos dirigentes, quienes ahora afectados en diversos niveles por un deterioro de su salud, o la de sus cercanos, se vuelven a reunir en colectivos de salud en búsqueda de identidad.

“...Y tenemos también nuestra parte, hay una zona que ya es más carente, y ya hay más que es viejo, que hay más delincuencia que hay más drogadicción, que hay más alcoholismo, sin embargo ellos igual en general como la Villa en sí, tiene un respeto por el consultorio, por el CESFAM, ellos siguen llamándole consultorio, porque sienten que ellos mismos como que hicieron que este consultorio existe, eso es lo que no dicen siempre hicieron “yo siento que este consultorio” me dice “existe por nosotros” entonces se siente super parte igual, y respetan mucho igual, es como la zona sagrada del barrio por qué es un lugar para poder canalizar todos tus problemas. Ellos ya tienen igual mucha conexión con algunos profesionales de acá, se involucran hartito también con nosotros. Y hay otros que son los más jóvenes, que vienen con otra mentalidad ya más distinta, que son más demandantes, más exigentes, más inmediatos pero que igual de todas maneras no pierden el respeto por nuestro centro así que nos toca de todo...” (Mónica, Nutricionista, Jefa de Sector)

Si bien cuentan con aquellos líderes la gran diversidad de usuarios que llega al centro de salud no cuenta con el mismo ethos. Esta diversidad representa un gran desafío para los profesionales debido a que las expectativas de vínculo son distintas para los distintos tipos de usuarios. No es menor que, junto a destacar este desafío Mónica destaque el respeto. De cierta forma ella conecta ese respeto con la historia de la Villa O’Higgins y con la existencia de sujetos colectivos que han sabido mantener viva una oralidad en la que el consultorio se mantiene como un referente comunitario. A pesar de la entrada masiva de la logorrea tecnocrática, como dice Demailly, el consultorio sigue siendo identificado como un lugar en el que es posible tener un vínculo, por ende, es depositario de un cariño y un respeto en esta localidad.

El programa MAS es un ejemplo de cómo la institución ha logrado fomentar la conformación de sujetos colectivos. Como queda en evidencia en el relato de Rodrigo, el programa ha removido la cultura de los clubes de adulto mayor. Este hecho no nos debe llevar a pensar que la institución busca acompañar los procesos de autosubjetivación de estos usuarios, pero al generar un cambio en las prácticas comunes de estos clubes posibilitan la emergencia de nuevas formas de uso de estos espacios. La autosubjetivación es para Certeau un uso no esperado de los dispositivos y los momentos de cambio son fértiles para la emergencia de estas variantes. El rol que cumple el programa MAS es de una reconstrucción de vínculos colectivos y la forja de un deseo por participar. La batalla es contra la condición de abandono que da forma a la primera figura de usuario que revisamos anteriormente. Aquella figura que complicaba a los profesionales del área terapéutica es presentada como una condición posible de modificar desde el trabajo de promoción de la salud, en el que se han evidenciado logros importantes. Este cambio en los usuarios, este nuevo sujeto, es el logro que más valida a los profesionales del área de participación frente a sus colegas de las áreas clínicas.

El trabajo de promoción de la salud es un área gris entre la relación terapéutica y la de participación. Esto se debe a que las actividades de promoción de la salud tienen como objetivo final el cuidado de la salud, a través de la adopción de hábitos saludables. Sin embargo, esto se realiza fuera del espacio del box con grupos de pacientes entorno a talleres y bajo la fuerza dispositiva de la formación. Esto le imprime un carácter completamente diferente a este tipo de relación de lo que podemos extraer un importante matiz en referencia a nuestra hipótesis de investigación. Cuando la posición detentada por los sujetos en los dispositivos está mediada por un colectivo esta adquiere un carácter distinto a cuando se encuentra como sujeto individual frente a la institución. Si bien esto no es novedoso en términos del análisis sociológico, una característica de la institución sanitaria como se ve reflejada en los relatos de los entrevistados es la preminencia de la salud individual. Esto es tan marcador que lo podemos ubicar al nivel de las fuerzas dispositivas por la determinación que ejerce tanto en profesionales como en usuarios. Regresaremos a este punto más adelante.

Entre los colectivos de usuarios que giran entorno al CESFAM el Consejo de Usuarios ocupa un lugar especial y no exactamente por su vitalidad. El Consejo de Desarrollo Local, como le llaman al Consejo de Usuarios en el CESFAM Villa O'Higgins, también requiere de una validación constante, ya que es una organización que se mantiene ajena en la experiencia de muchos

usuarios. Isabel subraya esta distancia que existe entre el CDL y los usuarios comunes y corrientes. "Los usuarios ni siquiera lo logran entender". En términos más generales esto representa la escasa penetración que el dispositivo de participación tiene entre los usuarios, ubicándose más bien en los márgenes del dispositivo de servicio y del dispositivo terapéutico.

“¿Qué influencia tienen estos personajes, dirigentes que han trabajado aquí en el CESFAM siendo parte del Consejo, en los demás usuarios y pacientes? ¿Cuál es el aporte de ellos para la comunidad si se quiere, de pacientes, de usuarios? ¿Cómo lo ves tú?

Lo que pasa es que el consejo de desarrollo local, en principio, no es un, no es representativo de los usuarios, porque los usuarios ni siquiera lo logran entender. Las organizaciones pa mí, hoy día, sobre todo por lo que ha pasado se juntan en función de temáticas que lo convocan, que le hacen sentido. Y en el Consejo de Desarrollo Local como que ha costado ese... encontrar ese sentido de pelear por la salud pa todo. Como, como que cada uno estuvo así como “yo voy, porque a mí me interesa mejorar mis horas, las cosas pa mí”, como de la satisfacción más inmediata, entonces, yo no siento que el Consejo de Usuarios sea en todo este tiempo, algo muy reconocido por la comunidad, por la comunidad de la villa O’Higgins”. (Isabel, Trabajadora Social)

Isabel fue por mucho tiempo la encargada de participación del CESFAM. Ahora sin la responsabilidad del cargo en sus espaldas, señala abiertamente su visión de la participación, en el sentido de que el Consejo no tiene un lugar privilegiado frente a otros grupos de usuarios que usan el centro de salud. De hecho, el CDL, siendo una instancia de participación institucional, se nutre de estos otros grupos que tienen una dinámica social activa.

“Como yo lo veo hoy día es distinto, porque hoy día ya he hecho un proceso del centro de salud que al principio nos quejábamos de la participación y que en realidad siempre hubo participación, pero nosotros... son distintas formas de participación, esta participación hoy día en el centro de salud hay muchos grupos que se reúnen acá y que es CDL es uno más de uno de estos grupos.

Nosotros buscamos que todos los grupos tuvieran representatividad en el CDL. Entonces, hoy día el taller de artrosis, el que asumió como presidente ahora, es el presidente de... es la persona que trabaja mucho con el grupo de artrosis. Y en el de artrosis son 130 adultos mayores. Entonces ahora si va a ser... yo lo siento a él hoy día como mucho más, “ya cabros, ahora les voy a mostrar bien que hace el CDL” y el así como... yo creo que él le va

dando el carácter de que la gente realmente conozca el CDL. [él decía] “oye, queremos tener una oficina pa hacernos más vistosos, pa que la gente nos conozca” y no sé qué... No, él ahora sí...” (Isabel, Trabajadora Social)

Es necesario detenerse en este punto. Esta variante de la validación de la participación pasa por la toma de consciencia, por parte de los profesionales, de las maneras en que los usuarios hacen uso de las instancias colectivas que el centro de salud propicia. De cierta forma, lo que se da es una renuncia a la definición de participación ciudadana, desde un ideal del ciudadano informado, interesado en incidir en la política pública en representación de su comunidad. Las orientaciones de la gestión participativa pujaban hacia aumentar los niveles de participación desde las definiciones técnicas y operativas del involucramiento ciudadano en la gestión pública. Dicho llamado era sólo atendido por algunos dirigentes sociales, pero ignorado por la gran mayoría de los usuarios de la salud pública. En el Villa O'Higgins podemos verlo claramente ejemplificado: los usuarios que participan se congregan entorno a las actividades recreativas que hemos nombrado. Tanto los dirigentes sociales como los profesionales de la participación se posicionan desde ese tipo de participación sabiendo hacer la diferencia entre dicho espacio y la normativa institucional de la participación.

La protocolización de la participación

Hay una serie de instrumentos que orientan la acción profesional y que se pierden unos dentro de otros, lo que Isabel resume como “el plan del plan del plan”. Ella fue protagonista de lo que describe como una época de la planificación, de la protocolización del trato hacia al usuario, un proceso que ha sido también sostenido desde el trabajo de calidad. El trabajo de Isabel ha estado ligado al desarrollo de una serie de instrumentos orientados a normalizar la forma en que los profesionales se vinculan con los usuarios, esto bajo distintos modelos de atención que han sido promovidos desde el dispositivo de servicio.

“Aquí, la mayoría de la gente sabe que se está trabajando en temas de calidad y ya no hay tanta resistencia, pero cuesta hacer seguimiento, cuesta concretar planes, que tengan continuidad, a veces por recursos, pero a veces también porque nosotros estamos como con prácticas que nos cuestan cambiar. El Protocolo de atención presencial salió en 2013, y

tuvimos mucha difusión y hoy día lo estamos como evaluando, pero todavía... ponte tú, si te fijas están todos los box de atención en el protocolo. Se lo estamos enseñando también a los usuarios para que los usuarios lo empiecen como a demandar. Pero estos son como procesos largos, que son como cambios de conducta, culturales, eso.

Me imagino que a lo largo de tu trabajo acá te ha tocado conocer varios protocolos, varias...

Cuando yo llegué no había protocolos. En el 2009 no había protocolos y eso lo que te digo yo que te veí que la cosa va, ha ido evolucionando. Porque empezamos con el tema del MAIS, del MAIS, del modelo...

De atención integral de salud.

Claro, familiar. Tanta sigla (risas), bueno con ese modelo el tema de calidad, y como que con todo eso yo creo que se empezaron a generar varias... protocolos, cachai. Como que se empezó a aterrizar [...] en varios planes, protocolos, plan del plan del plan que decía siempre yo, y ahora tenemos que ya se armaron esos planes, entonces ahora como que yo siento que estamos en una [etapa] de aplicarlo y de hacer seguimiento” (Isabel, Trabajadora Social)

Nuevamente uno puede preguntarse qué tiene que ver este trabajo, eminentemente de gestión, con la participación. Como lo hemos señalado, hay toda un área de “gestión de usuario” que ha sido puesto bajo la tutela de los profesionales de participación. Ella representa una reorganización de la institución, una necesidad de modificar posiciones subjetivas que eran de alguna manera impermeables a los valores de la atención centrada en la persona, en el buen trato y la participación. Al verlo de esta forma entendemos que la protocolización es una fuerza que intenta moldear la conducta de los profesionales, sin embargo, según el relato de Isabel, a pesar de haber superado ciertas resistencias no hay evidencias de la efectividad que los protocolos han tenido en cambiar la cultura de los profesionales. No obstante, para ella la elaboración de protocolos es algo importante y con sentido.

“...los protocolos que hay yo creo que han estado... no son muchos, yo creo que tenemos una estructura como equipo, que te ayuda a pensar en que realmente sea una atención de calidad segura, yo no lo veo como... yo, yo si creo que a veces los protocolos a veces se quedan como idea y que cuesta concretarlos [...] Entonces como que muchos protocolos se quedan como en la idea, hay varios que se han estado revisando, pero yo creo que todo el tema de protocolos, si tu lo trabajas bien con el equipo y teni... como pensando los procesos con la jefatura [...] es un proceso de generar cosas que sean realmente necesarias. Que yo siento que es lo que nos ha

pasado a nosotros, como CESFAM, hemos tenido que repensar los protocolos en términos de cómo... que sean mejor, por ejemplo, o actualizarlo. No sé po, el de consulta ciudadana, lo tuvimos que rearmarlo un poquito porque [...] la tipificación de la consulta ciudadana cambió. Entonces, no lo siento como algo innecesario, a mí me hace hartos sentido, el trabajo de protocolos, porque ordenan, ayudan a ordenar. Ahora el [problema] es hacer que toda la gente trabaje con esos protocolos.” (Isabel, Trabajadora Social)

Isabel valora la existencia de los protocolos, en primer lugar, porque ella ha sido parte del equipo que ha levantado algunos de estos protocolos. El valor de los protocolos, de su diseño es un fomento de la reflexividad entorno a los procesos del equipo. En otras palabras, la elaboración de un protocolo es un momento que quiebre con el hacer en el que están sumidos la mayoría de los profesionales, en donde no hay tiempo para reflexionar sobre el sentido de su acción.

“Pero yo creo que eso es lo que un poquito nos da una condición más de ir pensando, lo que tú decí, que no somos seres que estamos solo de hacer, hacer, hacer, sino que también vamos pensando... y por eso es que se instalan cosas de calidad y del MAIS, como de que realmente lo que hacemos lo hagamos con sentido y no por cumplir”. (Isabel, Trabajadora Social)

La búsqueda del sentido en el trabajo ha movilizó a Isabel. Ella comenzó su carrera en el mundo de las ONG en temas de convivencia barrial. Después de eso llegó a trabajar como encargada de participación en salud en La Florida. Después de un tiempo la enviaron al CESFAM Villa O’Higgins para aprender porque allí había una persona que manejaba bien el tema. Pasaron 10 años en los que trabajó en temas del adulto mayor llegando a ser encargada de participación en el CESFAM. Sin embargo, ahora siente que tiene una deuda pendiente con la parte clínica. Ha intentado pasar a ejercer en esa área, pero no lo había logrado hasta el momento de la entrevista. El cambio que logró fue pasar a estar a cargo del Modelo de Acogida al Usuario, es decir ver los temas de buen trato en el centro de salud.

En su experiencia podemos identificar que existe un ámbito de trabajo más ligado a la gestión y al desarrollo de protocolos y otro ámbito de ejercicio clínico con pacientes. El primero intenta regular al segundo y tiene mucha dificultad en hacerlo. “Entonces yo siento que yo hablo desde el tema de participación, y siento que me falta esta cosa clínica para tener más empatía con mis compañeros y no pensar que mientras yo estoy, así como "oh, ¿Qué

cuesta atender a la gente bien?" y él [profesional clínico] está con una carga distinta...". Estas ganas de ponerse en los zapatos del otro, como ella deja ver, representa la búsqueda de ciertas respuestas a la pregunta sobre cómo una posición organizacional condiciona el ejercicio profesional. Esta tesis puede aportar a responder esa pregunta mostrando cómo las fuerzas dispositivas van condicionando el posicionamiento que toman los sujetos de la salud, profesionales y usuarios.

A modo de síntesis, hemos visto cómo los profesionales del área de participación deben validar constantemente su trabajo. Esta presión es sentida desde el juicio que sus colegas del área terapéutica dejan sentir informalmente. En el fondo esto representa un cuestionamiento de la condición de expertos, fuerza dispositiva que, como hemos visto, constituye en gran medida a los profesionales del área de la salud estableciendo una jerarquía del reconocimiento que tiene en su cúspide al médico especialista. En dicha escala de reconocimiento el trabajo comunitario aparece degradado, cuestionado en sus métodos y su rigurosidad. No obstante, una fuente de legitimación aparece encarnada por un nuevo usuario, motivado y participativo, que se congrega entorno a actividades grupales de promoción de la salud. Habiendo sistemáticamente fracasado la forja de este tipo de usuario desde la relación individual profesional paciente, se le presta atención a esta nueva forja a partir de colectivos de salud, grupos de autoayuda, talleres y actividades de esparcimiento que amplían la relación hacia los pares. En este contexto, queda en evidencia cómo la individualización de la salud se comporta como una fuerza dispositiva importante que ha marcado el desarrollo de la atención de pacientes, haciendo del box de atención el terreno de encuentro por excelencia con los profesionales.

Mientras los profesionales dejan ver el orgullo por el florecimiento de una serie de colectivos de usuarios entorno a una lógica promocional de la salud, otra fuerza dispositiva muestra una fuerte penetración en el trabajo: la protocolización de la atención, es decir el hecho de normar los encuentros entre profesionales y pacientes. Este pulso dispositivo se elabora desde un espacio conocido como la gestión de usuarios, área de trabajo que se ha anexado al trabajo de participación, centrada en la intervención sobre el trato hacia los usuarios, preocupación creciente desde el dispositivo de servicio. La normatividad que emana desde este ámbito se dirige hacia las atenciones de los profesionales que atienden en box. Si para ellos representa una pérdida de la autonomía en sus encuentros clínicos, para quienes elaboran estos protocolos abre la posibilidad de pensar cómo se está

desarrollando la atención, sacándolos del automatismo de las rutinas de atención.

Paradójicamente, validar el trabajo en participación concierne sólo indirectamente al ciudadano y sus derechos. Lo que se pone en valor es el trabajo con grupos de usuarios en una arena de promoción de hábitos saludables y en una atmósfera recreativa. Esta revitalización de los espacios colectivos pasa a ser un prerrequisito para el fortalecimiento del Consejo de Usuarios como un espacio en el que los diversos colectivos de usuarios pueden estar representados. Se esgrime una falta de confianza en los espacios colectivos que debe ser corregida para que el dispositivo de participación pueda contar con una relación que permita el diálogo y la colaboración. Lo que hay que superar es la desconfianza que existe entre institución y comunidad, que podemos entender también como un distanciamiento entre la comunidad y el derecho. En términos de Honneth (2000) la comunidad de profesionales y usuarios reconoce que la estima social es un escalón ineludible sin el cual el reconocimiento jurídico permanece como algo distante y de difícil asimilación. La confianza o la necesidad de vínculo, mencionada a lo largo de este análisis, hacen referencia al sentir y es esa la dimensión que los sujetos buscan para reafirmarse en las relaciones que componen la dinámica social de la institución sanitaria.

LOS USUARIOS DEL CESFAM VILLA O'HIGGINS

Don Santiago llegó a la capital instalándose, hace ya varios años, en un sector semi rural que pasaría a llamarse Villa O'Higgins. El sector comenzó a poblarse y el tema de la salud comenzó a ser preocupación de los vecinos. Él desde temprana edad comenzó a interesarse en los temas comunitarios. Nos señalaba que en sus tiempos existía un compromiso distinto de los profesionales quienes atendían a todos quienes requerían atención. Decía contar con una sensibilidad social y destacaba la necesidad de que los profesionales también la tuvieran, ya que esa cualidad es la que les permite a los usuarios sentirse integrados, no tan sólo en sus atenciones de salud, sino que en la sociedad. Su labor como dirigente en el CESFAM ha sido larga, habiendo sido presidente del Consejo de Usuarios y participando, en paralelo, activamente de una Junta de Vecinos. Señalaba que "la salud pública siempre ha sido mala" pero, al mismo tiempo sentía una

identificación con los trabajadores del CESFAM que lo ha llevado siempre a respetarlos, a buscar siempre el diálogo y, a veces, a callarse sus críticas.

La señora Adela se mostraba como una persona socialmente muy activa. Participaba en muchos colectivos de distinta naturaleza, siendo la presidenta de un club de adultos mayores. Cuando se mudó a la comuna de La Florida le costó integrarse en el tejido social local. En ese contexto, se acercó al CESFAM Villa O'Higgins en donde encontró una red de usuarios y profesionales que se juntaban en torno a un taller para pacientes con artrosis. Ese espacio se convirtió en la base para que ella retomara sus actividades comunitarias. Comenzó a participar activamente en el taller, formó un club de adulto mayor e ingresó al Consejo de Usuarios. La pandemia aparece como un hito muy desafiante en su relato ya que le tocó atravesar una difícil situación familiar y estuvo obligada a distanciarse de “las abuelitas” del club de adulto mayor que ella formó.

Don Carlos, es otro dirigente histórico del sector y el presidente del Consejo de Usuarios al momento del trabajo de terreno de la investigación. Formó parte de la organización sindical que dio origen a la Villa Florilana donde hoy vive. Trabajó en labores de mantención en un hospital, así como también participó en actividades de una iglesia en las que iban a visitar a personas enfermas a sus casas. A partir de esa experiencia él destacaba la importancia de la escucha con los pacientes. En muchos pasajes de su relato hablaba de la lucha para conseguir las cosas dejando ver su espíritu de organización y crítica social. También formaba parte del grupo de artrosis del CESFAM al que reconoce como la cuna de la participación en el centro de salud. Su versatilidad, disposición a ayudar, y las competencias para hablar en público lo llevaron a ser buscado para que asumiera la presidencia del CDL. Afirmaba que el mayor logro del Consejo de Usuarios era haber logrado un clima de entendimiento y cooperación con el CESFAM.

El matrimonio compuesto por la señora Daniela y don Víctor, han sido testigos de la evolución del CESFAM, señalando que antes era más cerrada la atención. Nos contaban que lo que hoy son los mesones de información, antes eran una especie de “confesionarios” que pasaban cerrados. Se sienten parte de la Villa Florilana, al igual que don Carlos, y ambos forman parte del Consejo de Usuarios. La experiencia del enfermar está muy presente en el relato de Daniela, quien nos relataba la difícil situación de salud que vivió su marido a raíz de un ataque al corazón y la suya propia, a partir de todos los hábitos de vida que ha tenido que cambiar por la diabetes. Su forma de participar es más bien formativa, es decir, les gustaba asistir a

las charlas y talleres que les pueden enseñar cómo cuidarse mejor, bajo el lema que un buen dirigente aprende de la institución. Ambos destacaban que los dirigentes debían ser “personas bien derechas”, cumpliendo con su palabra e informando de forma transparente a las bases. Habían sido testigos de lo contrario con los usuarios del CESFAM, que tanto en sus tratamientos, como en su participación en el CDL, no cumplían con sus compromisos. En ese sentido ellos se ponían en el lugar de los profesionales del CESFAM y, al mismo tiempo, remarcaban la responsabilidad que debían mostrar los usuarios del CESFAM.

Finalmente, pero no por ello menos importante, la señora Marcela afirma haber vivido un proceso similar al de Adela, en el sentido de haber encontrado, a través del taller de artrosis del CESFAM, una red de personas con las cuales realizar distintas actividades. El momento de jubilar marcó para ella el ingreso a la salud pública ya que no pudo seguir pagando la ISAPRE. Conoció así el CESFAM en el que nunca logro sentirse a gusto con la atención recibida. Hacía la diferencia entre los usuarios que no cuidaban el centro de salud, que no se informaban y, por el contrario, quienes si lo hacían. Señalaba haber vivido algunas “humillaciones” en el consultorio como, por ejemplo, ser llamada en reiteradas ocasiones, teniendo que ir al CESFAM, para que no le dieran ninguna respuesta. Al entender de que no había horas disponibles para la atención decidió no ir más, y sólo asistir, estratégicamente, para tener acceso a medicamentos. En general, su relato dejaba ver que costaba mucho “encontrar una buena atención” y que era el usuario quien debía informarse, no quedarse callado y hacerse escuchar por los profesionales.

No sentirse integrado

La posición que toman los usuarios en el CESFAM Villa O’Higgins tiene un eje común que podemos describir como un sentimiento de no sentirse integrados en la sociedad. Frente a este diagnóstico social ellos toman posición, a veces recalando su propia experiencia personal, mientras que otras veces lo que apuntan es la experiencia de soledad y abandono de otros vecinos a quienes ellos prestan ayuda y en quienes se sienten reflejados.

Un lazo perdido

Una primera aproximación a la experiencia de desintegración social tiene que ver con el paso del tiempo. En relación a ello es necesario recordar dos aspectos: en primer lugar, el trabajo de terreno se realizó entre el estallido social y la pandemia. Estas dos experiencias alteraron fuertemente la cotidianidad de las personas llevándolas hacia una posición reflexiva sobre los cambios y el aislamiento social. En segundo lugar, los entrevistados son, en su mayoría, adultos mayores. Este posicionamiento biográfico aporta una perspectiva diacrónica en las entrevistas las que son tomadas como un espacio de reflexión en retrospectiva.

Son justamente las trayectorias de dos dirigentes comunitarios las que se condensan en la idea nostálgica de un lazo perdido, lo que van evidenciando a través de un análisis del declive de la participación. Esto puede resultar paradójico pensado en las múltiples expresiones de protesta, movilizaciones y diálogos vistos en el marco del estallido social del año 2019. La distancia que ellos hacen notar es respecto a una cultura asociativa de reuniones, asambleas, sindicatos y juntas de vecinos, que no participaron tan estrechamente en dicho estallido social.

“Yo era uno de los críticos de la gente decía yo “hay una reunión de esto” “no, es que van a dar la comedia a esa hora”, de ahí peleamos porque iban a dar la comedia a esa hora.

[...] no voy a ser tan poco popular de decir “¿qué van a ver?”. Y uno alega de repente yo de eso. Pero que... Es así la cosa. Si las costumbres de la gente no las podemos cambiar...

[...] hay que tener en cuenta de dónde estamos, de qué costumbres tienen tiene la gente, que se yo. Y tomárselas en cuenta, si uno siente que a la gente la pasan a llevar. Y yo personalmente siempre tenido ese, ese cuidado de no pasar a llevar a nadie, para que las actividades resulten, y la gente participe. Como le digo, ni con eso hay de repente la junta de vecinos, los últimos como el año pasado la gente participó muy poco en la junta de vecinos.

Pero es porque uno entiende que hay un desprestigio de la organización en realidad, la misma gente, es más fácil desprestigiar que hacer lo contrario la gente... Y la gente normalmente, critica por el lado de la cosa, plata, “claro, que estos están ahí por plata”, entonces es una mala cuestión que se ha instalado”. (Don Santiago, Dirigente Social)

Don Santiago hace este diagnóstico sobre el decaimiento de un tipo de participación, aquel ligado a las Juntas de Vecinos, es decir a las organizaciones territoriales. Si este es un síntoma del cambio en la forma en que las personas se vinculan al territorio, eso también incluye al CESFAM que tiene una población inscrita en función de las unidades vecinales. En consecuencia, la crisis de este tipo de participación incluye al Consejo de Usuarios, porque esta responde también a la adscripción en el territorio de una población.

Don Carlos, por su parte, recuerda su experiencia sindical, organización desde donde se originó la Villa en la que vive actualmente. Dicha experiencia de organización tenía como objetivo lograr que todos los vecinos tuvieran casa. Un gran contraste existe entre dicho ejercicio autónomo de participación con el escenario altamente institucionalizado de la participación en salud. Sumado a ello, la casa propia se mostraba como un objetivo concreto, material, que no se prestaba a muchas interpretaciones. En contraste, luchar por una mejor salud, un objetivo que, como muestra esta tesis, se convierte un terreno de disputa y desacuerdos que dificulta el alineamiento de los intereses de la gente.

“Yo vivía [...] en la población La Bandera, en Santa Rosa, con Vespucio por ahí, Santa Rosa. Entonces nos tomamos la empresa, empezamos a trabajar y empezamos a hacer [...] trabajo voluntario [que] se hacía los días domingo, cuando no había trabajo [...] Y este trabajo voluntario a pesar de que se vendía al costo, generaba una ganancia. Entre trabajo y venta, se generaba una ganancia, y esa ganancia no se la... no había patrón, por tanto, había que repartirla entre trabajadores. Entonces, se generó un pozo tal que nuestro sindicato, yo era dirigente sindical esos años en la empresa, generamos un pozo que pudimos decir y dijimos "¿Por qué no le damos casa a la gente?". Entonces se compró, se buscó y se encontró este [...] Entonces dijimos " aquí vamos a tener un terreno grande para nosotros, y a cada uno le va a corresponder un buen pedazo", eso pensamos nosotros en nuestro proyecto, sin saber las condiciones que nos iba a poner la Municipalidad. Entonces la Municipalidad nos puso condiciones, nos dijo "tienen que dejar áreas verdes, las calles...", nos empezó a achicar las 8 hectáreas, ya se nos hicieron más chicas, para colegio... y nos empezó a poner limitantes. Y eso fue, así se fundó esta población con esa perspectiva, tuvimos algunos problemas porque vino el golpe, nosotros dirigentes sindicales”. (Don Carlos, Presidente Consejo de Usuarios)

Don Carlos avanza en este diagnóstico de la participación, en el tiempo presente de la investigación, definiendo una “idiosincrasia” poco participativa. Las razones que han forjado esa idiosincrasia sería la efectividad que tuvo el régimen militar para realizar una suerte de privatización de la vida de las personas, desde el día a día, en que “cada uno en su casa...pero no me interesa el vecino”. Hay un lazo perdido, una socialidad que resultó trastornada. A pesar de la nostalgia y el pesar su trayectoria le trajo reconocimiento.

“O sea usted, ahí al CDU, CDL llega con una trayectoria ya importante participativa.

Sí, tenía un respaldo, un conocimiento organizacional.

Y eso, ¿se le reconoce a usted allá en el centro de salud? usted...¿la gente que trabaja en participación o la gente del centro como que reconoce eso?

Me tienen bastante... desde mi punto, por lo que yo capto, me tienen bastante respeto. Reconocen mi labor en este caso. Porque tenemos una lucha constante. Porque, por nuestra idiosincrasia, nosotros somos muy poco participativos, los chilenos. Después del golpe yo creo que nos hemos acostumbrado a cada uno en su casa y lo que me corresponde. Y lo que yo puedo digerir, eso lo tomo, pero -no me interesa el vecino, no me interesa...- Esa es más o menos la idiosincrasia del chileno”. (Don Carlos, Presidente Consejo de Usuarios)

De acuerdo a la señora Adela, este reconocimiento no viene sólo dado por la trayectoria de don Carlos sino también por el hecho de que, como hombre, él puede imponerse. A él lo pueden escuchar y eso es muy necesario para ser presidente del CDL. En definitiva, don Carlos reunía algunas características que era necesarias para comunicar, para que el CDL tuviera visibilidad y por eso es buscado por la señora Adela, quien, de cierta forma es quien diseña una táctica de acción desde su posición que analizaremos más adelante.

“...yo me presente al CDL estoy conformando el CDL, luego le dije a mi amiga, que anda siempre conmigo -¿Por qué no vamos para allá? Y ahí reclama y lo que tenía que reclamar, reclama allá, vamos yo te invito- le dije yo [...] después le dijimos a don Carlos [...] y le dije yo -Don Carlos, usted que se impone más- . Porque el hombre, no sé porque diablo, tiene que ser... como que es más imponente. No puede ser las mujeres imponentes, no, si tiene que ser el hombre imponente [...] Don Carlos dijo -vamos, yo la voy a acompañarla- y empezó a ir y ahora es el presidente del CDL lo

elegimos nosotros presidente -Usted po, Don Carlos- le dije yo, -Usted tiene harto desplante, usted puede comunicar lo que nosotros necesitamos, yo ya tengo el club de adultos mayores, ya me hice cargo de eso - le dije yo, -Ahora a usted le toca en CDL. -Yapo- me dijo” (Señora Adela, Dirigenta Social)

Las palabras de don Santiago nos permiten ilustrar otra dimensión del lazo perdido. El diagnóstico que hace es compartido por don Carlos. Como señalábamos, ambos tienen una trayectoria similar como dirigentes con una trayectoria sindical y de autoorganización en los orígenes de las villas que en el presente son cubiertas por el CESFAM. La participación social ha atravesado muchos obstáculos y don Santiago lo sabe de primera mano. El obstáculo presente es el relevo de los antiguos dirigentes, entre los que se encuentra él mismo, hacia otros dirigentes. Él espera "que sepan aprovechar" lo que ellos hicieron, agregando un tinte de pesimismo al decir que "sólo falta el interés" de la gente.

“...Después como se reformó un poco la ley de Junta de Vecinos, y se podía formar más de una Junta de vecinos en un territorio de una unidad vecinal. Entonces ahí se formó otra Junta de vecinos al lado de donde existía la otra, adonde existe la 21 hoy día, y nosotros para que no se nos formara otra Junta de vecinos, formamos otra Junta de vecinos acá en el sector. Como teníamos ya una sede comunitaria, así que formamos otra Junta de vecinos. Y hoy día hay nuevo dirigente, le entregamos la responsabilidad al nuevo dirigente, ojalá que sepan aprovechar porque hicimos tantas cosas, nosotros tenemos... una sede en bien buena, bien tenida, que se pueden hacer talleres de todo tipo y con... hasta talleres de repostería porque hicimos una cocina bien grande ahí, bien higiénica qué se yo. Entonces hay harto que se puede hacer ahí, falta solamente el interés”. (Don Santiago, Dirigente Social)

Ambos relatan experiencias personales que los han llevado a involucrarse en el mundo de la salud, a luchar por una mejor salud. En lugar de quedarse en el ámbito de una lucha privada, la historia de vida que ambos comparten los lleva a tomar consciencia de que el problema es colectivo, de que la salud es mala para muchas personas y que las soluciones podían pasar por la organización social.

“Claro, si en ese tiempo igual los medicamentos malos también. Ya una cuestión para los antiácidos que me acuerdo siempre, unas cuestiones que se llamaba polvo de alcalino, eran como de los que daban los viejitos que tenían boticas antes, esas boticas antiguas que habían por el barrio

Franklin [...] Y daban esas bolsitas de remedios, polvo de alcalino, y pah uno se tomaba el polvo. Los remedios malos po. Yo ahora pienso en esa cuestión y chuta cómo no... y es porque siempre la salud ha sido mala.

En el sentido de que no... cuesta sanarse o que a uno le pase...

Claro, de tener buenos tratamientos y todo eso. Pero es lo que hay, si a mí me dan ganas de reclamar hartito por la cosa de la salud. Hay hartito que ver, hay mucho que cuestionar también. No me gusta tampoco. No me gusta porque de repente hay gente que... hay mucha gente trabajando y uno dice "pa qué hay tanta gente trabajando si en realidad [...] le dije antes yo, soy trabajador no tengo que irme en contra de un trabajador, pero de repente le suceden cosas que uno ve que se gasta plata en cosas que no se debe gastarse puede invertir mejor". (Don Santiago, Dirigente Social).

Este pasaje permite hacerse una idea completa de este posicionamiento subjetivo. En primer lugar, deja ver que hay una crítica contenida por un compromiso con los trabajadores, por una suerte de solidaridad de clase, que don Santiago se esfuerza por mantener viva, aunque eso le signifique el no poder decir todo lo que tiene que decir. "Pero a mí me ata un poco eso, mi forma de pensar, yo no soy de los que llego y las suelto como decían allá, pienso un momento y digo chuta..." (don Santiago). Se deja ver una demanda ciudadana difícil de canalizar por las vías institucionales de la participación, un malestar debido a que "siempre la salud ha sido mala" y la necesidad de una mejor distribución de los recursos que se invierten en la salud. Si la participación en salud tiene un fuerte carácter de compartir, de socializar y mantenerse activos, protagonizado por adultos mayores que cargan, no tan sólo, con el peso de los síntomas de enfermedades crónicas, sino también muchos de ellos, con la soledad propia del momento biográfico que atraviesan, todo ello no impide la existencia de una conciencia crítica. Lo interesante de subrayar es que dicha crítica se encuentra contenida, es una palabra retenida, que no puede ser dicha tal como es sentida por los usuarios por el compromiso que tienen con los profesionales. El lazo que se ha perdido tiene que ver también con la capacidad de ser crítico, de tener la autonomía para decir sin ser enjuiciado desde el segundo posicionamiento subjetivo, que revisaremos a continuación.

Buscar el entendimiento

El entendimiento es una posición dialogante, es una posición que escucha a los usuarios y a los profesionales. Es encarnado por la figura de un dirigente equilibrado que valora el entendimiento como un logro, en un contexto en el que no siempre se puede alcanzar.

“¿Qué era lo que el Consejo de usuarios logró hacer, el mayor logro que tuvieron ustedes durante el momento que usted participó?

A ver, el trato con la gente, el trato de las personas que atienden con el usuario, porque parece que era muy malo antes, por lo que yo me entendí. Porque iban según la escala iban bien, entonces yo me di cuenta que habían logrado que la gente, que el usuario con la gente se entendieran... con la persona que atendía, se entendieran mejor, eso me di cuenta que fue como un logro que ellos tuvieron bastante notorio. (Señora Marcela, Usuaría)

¿Y cuál es el mayor logro del consejo de usuarios?

Poder entendernos. Eso, eso se ha logrado. El poder entendernos, porque si no nos entendemos todo anda malo. Entonces vemos que podemos hacer cuándo y cómo, ese es logro mayor po, poder entendernos, poder decir “Estas son las necesidades y las vamos a cubrir” Así, de esta forma. No hay dos lecturas que “no, me parece que no, que no.” No sé po, la V. es así como te decía yo es como “estoy dispuesta”. Es más fácil para ella entenderse y lograr, y cuando no se puede también lo dice “hasta ahí no más puedo llegar yo”. (Don Carlos, Presidente del Consejo de Usuarios)

El entendimiento se vincula con el trato entre los usuarios y los profesionales, así como también en la relación con los tomadores de decisiones. Para lograrlo se requieren ciertas cualidades que caracterizan a esta posición subjetiva. Uno de los atributos de esta imagen, que bien puede ser entendida como el buen dirigente, es la responsabilidad. En primer lugar, responsabilidad por asistir a las reuniones, ya que la intermitencia, o la inconstancia, acecha el normal desarrollo del trabajo del Consejo de Usuarios.

“...Eso sí que éramos puntual. En cuánto la reunión eso era importante, porque como era la mañana no había problema ¿ya? El curso también que nos faltamos nunca, ningún día, al curso de Elige Comer Sano también, no sé, nunca faltamos o sea nosotros nos comprometemos, pero si podemos

ser asistentes que vamos cuando corresponde, si [...] no podemos asistir [...] No nos comprometemos.

Nos comprometemos dónde podemos responder hacer las cosas bien porque no sacamos nada un día dos días y dejar botado, no es la gracia. La gracia es digamos si empieza, si empezamos algo lo vamos a terminar. Si no, no participamos. Si no tenemos el tiempo... y lo explicamos “mira nosotros no podemos ir porque tenemos médico, no tenemos esto que falta y nos vamos a ir a tal hora” ese ha sido nuestro lema”. (Don Víctor, Usuario y Miembro Consejo de Usuarios)

El asumir un compromiso y cumplirlo es la base para participar, esto desde el punto de vista de don Víctor, quien relata su participación en un curso de alimentación saludable. Su énfasis en dicha responsabilidad deja ver que otros usuarios comienzan a asistir a actividades y van desapareciendo en el camino o apareciendo de cuando en cuando. Esto es visto como un obstáculo en la constitución de confianzas.

La señora Daniela lleva este tema hacia otra vertiente: la inasistencia de los pacientes a sus citas médicas que era un tema que se trataba en las reuniones del CDL. Esta interpelación hacia los miembros del consejo se realiza desde las necesidades del centro de salud, lo que lleva a ponerse en los zapatos de los profesionales del centro de salud, quienes se encuentran con este escollo en la gestión de las horas de atención. El entendimiento no es sólo algo que el dirigente busca entablar con otros, sino que algo que el centro quiere lograr con ellos mostrando la realidad del trabajo en la gestión y en la atención de pacientes.

“A ver las reuniones, las reuniones empezaban con los temas digamos, se ponían dos oradores que eran del CESFAM más que gente, se ponían los temas relacionados, digamos, por ejemplo, los atrasos que llevan los citados cuando vienen a las citas con los médicos. Tratar de inculcar que las personas lleguen 15 minutos antes de la hora, para que los pueda atender bien el médico. Porque la hora del médico son escasas. Entonces hay gente que... otros no iban. Entonces son horas médicas que se pierden. Entonces si esas horas médicas se pierden están quedando otros que necesitan esa hora médica y no pueden acceder porque ya otro tiene tomada la hora. Entonces lo que se pedía ahí en la reunión digamos es lo posible si tenía algún problema que avisara para que otro otra persona tomara ese cupo, esos son todos los temas que se van poniendo digamos lo que se ha hecho lo que se van poniendo continuamente en el tapete y regularizando que no se pierdan tantas horas médicas, es era uno de los

temas que más se, se veía”. (Señora Daniela, Usuaría y Miembro Consejo de Usuarios)

Un buen dirigente asiste debe “tener buena asistencia a las reuniones, poner atención de los temas que se están tratando, para poder después informar a las bases o a las personas que hagan las consultas pertinentes” (Don Víctor). En este sentido, este posicionamiento subjetivo se reconoce en una relación de aprendizaje con la institución, con sus prácticas, normativas y discursos. Con ese conocimiento el dirigente puede informar, buscar la comprensión de la comunidad y también de los funcionarios.

“...de ahí salió la, que por la falta de horas, salió la situación de atender los días sábados al consultorio porque faltaban horas para atender. Ahí muchos... mucha gente digamos para atenderse y no alcanzaban horas, entonces de ahí del CDL salió la... estudiamos eso entre todos y salió qué se atendiera el día sábado y eso se estaba llevando a cabo hasta que...” (Señora Daniela, Usuario y Miembro Consejo de Usuarios)

El entendimiento requiere ponerse en el lugar del otro, ser conciliador e incluso hacer ver cuáles son los límites de las demandas de los usuarios. En el pasaje que cita más abajo, don Carlos deja ver una suerte de límite de la lucha social, es decir de un posicionamiento subjetivo que él también tiene. Al señalar que él “trata que la gente entienda que no puede exigir más” nos presenta los dos flancos de acción del dirigente: por una parte con las autoridades que transmiten que las limitaciones presupuestarias son las que impiden avanzar en las mejoras de la gestión. Por otra parte, los usuarios en una pelea contra los profesionales que atienden sin respetar los horarios de atención. Lo que hace Don Carlos es recalcar la responsabilidad que cada uno tiene para que las condiciones de la atención mejoren en el centro de salud.

“Don Carlos ¿Qué actividades concretas hace usted como miembro del Consejo de usuario?”

Mira la única actividad que yo hago es tratar de que la gente entienda de que no puede exigir más, osea [...] la pelea entre yo usuarios y tu enfermero o tu médico, me dice “usted se demoró”. Yo adulto mayor vengo caminando llegué dos minutos atrasado, y me dice “no lo puedo atender porque en 5 minutos tuve que haberlo atendido, perdió la hora”.

Entonces lo único que me queda a mí decirle a la gente es” mira, tenía que entender que el médico para que pueda atender a tu vecino, o al compañero de enfrente, o al amigo de más allá, o a tu comadre, o a tu hija, tenía que respetar el horario tuyo para que los otros también se puedan

atender" me entiende. Entonces, porque vamos donde la autoridad a hablar de presupuesto, "es que no tengo más presupuesto, el presupuesto que tengo para la salud tengo que repartirlo entre este consultorio, el otro de más allá, el otro de más allá" me entiende, entonces tampoco yo tengo derecho a ver si es verdad lo que me está diciendo". (Don Carlos, Presidente Consejo de Usuarios)

Hacia el final de su intervención don Carlos deja ver el posicionamiento crítico del que hablábamos anteriormente, y que convive en él junto con la figura del entendimiento. Si la crítica por el declive de la participación es una queja por la pérdida de un lazo, es decir, la denuncia de una desintegración social, la búsqueda del entendimiento representa el esfuerzo por acercar a las partes y lograr integrarlas. Lo que sigue estando en juego es la integración social que, si antes era eminentemente comunitaria, ahora debe realizarse en el contexto de las fuerzas dispositivas que fluyen desde la institución.

Por supuesto que el entendimiento tiene sus límites y uno de ellos se encuentra en la figura de un "usuario salvaje", que ya comenzaba a tomar forma en quienes no asisten a sus horas médicas. Esta figura de usuario es apuntada por los dirigentes desde la irresponsabilidad con la que hacen uso del centro de salud. Representa una falta de cuidado, de consideración con el lugar, con los otros usuarios y con los profesionales.

"...cuando nos metimos al CDL, logramos lo primero que fueron los baños, los baños, ayudar de ver todo lo que era... aunque se mantenía limpio, pero también la gente tiene la culpa, ya, si había, antes había, no sé si hay hoy en día, tenían gente para el aseo. Pero no fue más que colocamos todos los dispensables para el confort para el lavado de manos, todo desapareció con el tiempo, no puedes ponerle usted un Guardia a cada persona para que entre, eso parte por casa yo creo, la enseñanza primero, para llegar a algún lado. Se llevaban los confort [papeles higiénicos], los dispensadores enteros, si hasta la cuestión donde lo ponían, se desaparecieron, ya. Entonces cuesta, cuesta un montón, pa' que la gente sea un poquito, digamos, más consciente, que lo que hay ahí hay que cuidarlo y está muy bien hecho, y es para todos, no para mi nomás, y cada vez que tengo que colaborar, yo lo hago, lo hago. Aunque hemos tenido que hacer un montón de veces, sí, sí, yo doy de mi tiempo para poder ayudar". (Señora Daniela, Usuaría, Miembro Consejo de Usuarios)

Compartir y servir

Hemos señalado que la base de la participación del CESFAM aparece ligada con una socialización en actividades de activación, recreativas y formativas en la que los usuarios, en su gran mayoría adultos mayores, se encuentran y pasan momentos agradables. Los colectivos que sostienen esta participación, y que han sido apuntalados desde el CESFAM, son el taller de artrosis y la red de clubes del adulto mayor entorno al programa MAS, como lo hemos mencionado. Al menos tres de nuestros entrevistados pertenecen, o hicieron parte, de esta dinámica social. Aunque no exclusivamente, este es un posicionamiento especialmente presente en las mujeres entrevistadas. Esta pertenencia las lleva a desarrollar lazos y a conocer más de cerca la realidad de sus vecinas, por ejemplo, de “las abuelitas”. Tanto la señora Adela, como la señora Marcela han encontrado ellas mismas en esta dinámica una forma de integrarse en la comunidad. Como ambas afirmaron su llegada al sector no fue fácil y encontraron en el CESFAM un lugar de encuentro y de integración, forjando un espíritu de servicio para combatir el abandono y la enfermedad.

“...pero la atención de salud del consultorio si me gusta mucho, me gustó mucho de un principio porque se daban los talleres sobre todo, porque la integraban a las personas porque nos dan las posibilidad de compartir más de tener más personas conocidas, yo había dejado toda mi otra vida [...], entonces ya no tenía amigas aquí y en este pasaje donde vivo yo, en este sector yo no tengo amigas, no, no, o sea ni conocidas tampoco no conversamos, solamente el saludo” (Señora Adela, Dirigenta Social)

“Y cada vez que, que nos vamos sintiendo más solos, en el caso mío yo tengo hartos hijos, pero hay gente que tiene hijos pero se van, los hijos se casan o tienen sus cosas pero no toman muy en cuenta a los viejos. Entonces los viejos se van sintiendo solos y a donde sienten su apoyo en el CESFAM, y ahí van y se juntan con otra gente. Es lo mismo que pasa con los clubes de adulto mayor porque ¿A qué va la gente? Se organiza para ir a un club de adulto mayor es para estar más con sus pares digamos, con los otros adultos, salir a pasear [...] Hacer algún este para hacer un paseo, ir a las actividades que cite la Municipalidad, y eso, ese es el objetivo que cumple”. (Don Santiago, Dirigente Social)

La experiencia de enfermar también está en la génesis de una ética solidaria que se vincula con esa vocación de ayudar al desvalido. En esta lógica de

acompañamiento hay una matriz cristiana que comparten la mayoría de los dirigentes entrevistados.

“[Usted] tiene una vida bien activa socialmente

[...] esa es una cuestión que me nació de cabro joven. Porque de primera yo estuve en...iba mucho a la iglesia, como hasta los 17 años que se yo a la iglesia católica, porque era lo único que había ahí donde yo le cuento que vivíamos, era donde se reunía la gente, íbamos a la iglesia y nos juntábamos con la chiquilla jóvenes, ya empezábamos como con eso de pololear y todas esas cuestiones. Entonces el tema, era un centro de reunión la iglesia [...] Claro y ahí yo me comunicaba mucho con los jóvenes, y teníamos inquietudes entre los jóvenes a ir a hacer cosas, en ese tiempo a través de la iglesia”. (Don Santiago, Dirigente Social)

“En esto de ayudar, usted me mencionaba, ¿no sé si usted iba a ver a personas enfermas en bicicleta?

Sí, es que antiguamente [...] porque no había tantos autos, que sé yo y San Bernardo era un campo... íbamos en bicicleta a ver a enfermos (inentendible) El grupo de ciclistas de la iglesia, entonces ellos como misión tenían ir a... no sé po, a predicar a tal parte, iban en bicicleta o un enfermo ya los campos eran pasto ya... ir a visitarlo en bicicleta, por ejemplo, siempre ha sido, eso es social

¿Y qué hacían? ¿Lo iban a ver a la casa?

Sí o predicábamos, orarle, sí. Como te digo, el escuchar a la gente es lo que les hace bien, el hombre que libre “Estoy en esto, tengo este problema”, Tú lo escuchas, lo transmites y ellos lo toman” (Don Carlos, Presidente Consejo de Usuarios)

Esta convicción se materializa en el apoyo y acompañamiento que se hace de las personas que atraviesan situaciones complejas y que, muchas veces no tienen redes de apoyo. Estos son los “casos sociales” que para los profesionales del CESFAM son sumamente complejos de atender. Los dirigentes se visten de trabajadores sociales, hacen gestiones y van a visitar a quienes saben que están necesitados.

“...igual que cuando empezaron a repartir los remedios había una señora que estaba enferma, kenita le dije yo "la señora Verena está enferma, o sea la señora Verena le toca los remedios" le dije yo, pero me dijo "pero ella no tiene 80 años porque a la gente de 80 le damos y le van a dejar los

remedios [...] entonces le dije " pero yo voy a buscarlos, yo voy" entonces me dijo "no, no, yo voy a ir a dejárselo" "a yapo" le dije "gracias".

A las personas de 80 y a las personas que están en estado crítico sí. Porque tengo una señora que está, osea ella tiene fibrosis pulmonar, fue operada de cáncer, entonces a ella también le van a dejar los remedios y ella tiene 76, también se los van a dejar porque ella, tratan que no salga a la calle". (Señora Marcela, Usuaria, Miembro Consejo de Usuarios)

Es en esta ayuda social Marcela realiza su deseo de hacer voluntariado. Esto es lo que le da sentido a su acción, movilizando los recursos que le brinda la institución para lo que se pone en contacto con el encargado de participación. En este sentido, su participación se basa en la ayuda social, en cumplir las labores de asistencia social, desde su posición de vecina, desde su ética solidaria.

Construcción del otro: Los sin voz

De forma transversal, la ética solidaria encuentra sentido frente a un tipo especial de usuario, "los sin voz". Ellos son quienes no puede valerse por sí mismo, siendo comprendidos como personas dependientes en abandono y enfermas. Esta configuración subjetiva les impediría desempeñarse como usuarios, es decir, con la autonomía necesaria como para enfrentarse a las fuerzas dispositivas del dispositivo de servicio. Los profesionales los caracterizaban como personas que se han abandonado a sí mismos. Los dirigentes aluden a que muchos de ellos son adultos mayores que han sido abandonados por sus familias, cuyos hijos apenas saben de ellos, dejando nuevamente ver como la desintegración social corroe el bienestar. Pero, si bien los casos más notorios son casos extremos de abandono, los sin voz son un grupo más amplio. Son "las abuelitas" tan queridas para Adela y Marcela, quienes no tienen "a nadie que las represente". La labor de dirigente encuentra sentido en este trabajo de acompañamiento y representación que permite que una persona pueda aliviar su malestar, pueda mejorar sus condiciones de vida. Para ello, los dirigentes deben hacer gestiones con los profesionales, activar sus vínculos dentro de la institución y poner en práctica la postura de entendimiento que han forjado al alero del dispositivo de participación.

Ahora bien, esta figura del otro es quizás una de las que más claramente funciona como un espejo de un malestar propio. Los sin voz representan

también experiencias que los mismos entrevistados han tenido, y que configura un malestar que recae en una figura del profesional sin vocación, que revisaremos posteriormente.

“porque a mí me gusta la gente así que vela por el bienestar de las demás personas, el bienestar de la gente de su edad, el bienestar de la gente que está sola, y de los sin voz, porque hay gente que a mí en el club muchas me dicen y me, me dicen muchas cosas pero ellas no se atreven a hablar

¿Por qué no se atreven a hablar?

Porque son así, dicen. -No. Yo te cuento a ti, así nomás, pero así no más-. Entonces yo le expreso lo que ella no puede. -Si tu no podí hacerlo, lo voy a hacer yo porque, porque yo tengo más voz y me dirijo mejor a la gente y lo hago saber po [...] el CDL es una parte importante del, del CESFAM” (Adela, Dirigenta Social)

Tener voz es el desafío principal entre los usuarios del CESFAM. Esto adopta un carácter transversal desde la posición de paciente y de usuario en los tres dispositivos que analizamos. En cada una de las relaciones, de participación, de servicio y terapéutica, la posición cambia al momento de adquirir voz, ya que ella brinda la posibilidad de ser parte de la formación de la experiencia y, por ende, de la reafirmación de sus propias posiciones subjetivas. Sin embargo, lo que nos señala Adela es que los usuarios sin voz hacen una concesión de autoridad hacia el experto, lo que en paralelo representa una soberanía. Si bien es una soberanía negativa, es decir frustrada, genera un espacio propio, porque lo que no se dice frente al profesional se lleva a los espacios de convivencia con pares. Como vimos los profesionales entienden esto como una falta de confianza, como el resultado de un distanciamiento histórico con la institución, con los espacios públicos institucionales.

Esto no deja tranquila a Adela quien entiende que la institución tiene un deber ser hacia los usuarios, quienes tienen que atreverse a reclamar, como otra modalidad del decir, esta vez en situaciones agraviantes. El dispositivo de participación ha contribuido a fomentar esta presencia de la voz de los usuarios en la institución volviéndose un principio dentro del nuevo ethos dialógico de profesional y del usuario.

“y cuando estábamos en el CDL les digo yo que me cuenten que yo después lo hago saber con nombre y apellido, con nombre y apellido de la paciente, con todo, porque no me gustan las cosas así -oiga que dijo la señora X- No. Las cosas se dicen así -la señora tanto se quejó que tal doctor le hizo esto, esto y esto, tal día. Y ella puso un reclamo puso reclamo en la

hoja de este, y nadie le hizo caso. Y después la [directora del CESFAM] responde, entonces eso es lo que me gusta de ahí que a uno si le responden.

¿Los reclamos lo hace en escrito?

Si, en la OIRS, si ahí lo entregamos yo lo llevo a la señora y le digo ya, ahí escribe lo que tu sentiste y todo.

Muchas veces la gente no se atreve

No, no se atreven, pero ahora como estábamos más juntas, somos como una pandilla, todas se atreven a decir lo que sienten y por eso ha estado mejor, mejorado todo, si estábamos como saliendo del subdesarrollo, se estaban empoderando, estaban defendiendo sus cosas” (Adela, Dirigenta Social)

Adela destaca la importancia de la existencia de colectivos de usuarios ya que estos brindan un apoyo fundamental para el desarrollo de la capacidad de tener voz. Como lo hemos visto Freire (2015) apuntaba la importancia de la constitución de un decir colectivo para la transformación societal. Si bien su indicación se dirige hacia un contenido programático, es decir hacia un proyecto de colectividad, la existencia misma de un colectivo genera una apertura del decir, bajo la forma de compartir los sentimientos. Es que el decir al que hacen referencia los usuarios está cargado de experiencias personales y es, en ese sentido, un desahogo. Esto nos lleva de regreso al rescate que se puede hacer de lo que Arnstein (1969) llamaba “terapia”. Una terapia de un ciudadano perdido, aislado en sus malestares privados, pero que recupera algo de su motivación en tanto encuentra grupos de pares con los cuales sentirse apoyado. La educación para la participación ciudadana no puede ignorar esto pretendiendo forjar ciudadanos desde un ideal liberal de ciudadanos autónomos e informados. La importancia de la clínica del ciudadano queda de manifiesto en los relatos de estos dirigentes y usuarios que no se sienten integrados.

“...yo veía que habían muchas falencias en ese sentido. Vi que habían muchas falencias en el sentido de que la señoras decían -ay pero si nunca encontramos una, si nunca, nunca hay nada para nosotros y -¿ usted no ha ido haya a reclamar?. -Sí, he ido a reclamar. He escrito cartas... toda la cuestión y nadie me responde- Y ahí vi los carteles decía Consejo de Usuario se invita a participar- que aquí que allá que se yo. Y yapo dije yo un día voy a ir y fui, y ahí empecé a oírlas lo que hablaban todo y empecé a preguntar, y aquí se puede venir y expresar lo que uno realmente siente

y fui y exprese lo que la gente quería, mire -le dije yo- la gente necesita esto, esto, y esto y esto ¿Qué se puede hacer? Para que eso sea solucionado y ahí empecé... don Santiago era el presidente [...] luego le dije a mi amiga, la Marcela -¿Por qué no vamos para allá? Y ahí reclamay lo que tenía que reclamar, reclama allá. Vamos yo te invito -le dije yo- [...] después le dijimos a don Carlos. -Don Carlos, usted que se impone más-. Porque el nombre no sé porque diablo tiene que ser como que es más imponente, no puede ser las mujeres imponentes, no, si tiene que ser el hombre imponente... (Adela, Dirigenta Social)

Adela dice “aquí se puede venir y expresar lo que uno realmente siente” refiriéndose al Consejo de Usuarios. Para ella ese espacio se mostraba distinto a otros dentro del mismo centro de salud en los que ella, y otros de los dirigentes, también quedaban sin voz. El dispositivo de participación, a pesar de instituir formas correctas de participar, reconoce a un sujeto más vasto, no sólo reducido a su historial clínico, sino que un sujeto portavoz de otros. La participación en el Club de Adulto Mayor le brinda la posibilidad a Adela y también a Marcela, de encarnar este sujeto. Es en ese sentido que la participación convival sirve de soporte a la participación ciudadana: es el sentimiento de compartir y de ayudar, de estar entre pares, el que conforma el sujeto colectivo que le permite contar con reconocimiento a Adela y que también les permite a los profesionales tener éxito en reunir a usuarios entorno a las actividades del programa MAS.

Pero, veamos ahora como la voz de los pacientes queda retenida en el dispositivo terapéutico.

“Bueno, a mí los médicos si me ponen muy nerviosa. Con el médico parezco niña chica, si, me ponen muy nerviosa los médicos a mí.

¿Y por qué? ¿Por qué señora Daniela?

A ver, porque, lo malo que a mí, cuando yo tuve los hijos, yo tuve embarazos muy difíciles, y era muy joven, y yo no, mi madre se me fue a muy temprana hora, cuando yo más la necesitaba partió. Entonces él trabajaba [su marido]... todos esos dolores, todo eso que yo tendría que haber tenido a alguien al lado mío para poder estar más relajada, no po [...] Entonces sí, cuando estoy frente al médico, me cuesta decirle lo que me pasa, lo que estoy sintiendo, lo que quiero, lo que tengo. Pero me he ido desahogado más, así que cuando el médico me pregunta... y miedo al digamos, vergüenza a que me examinen a veces, pero el doctor es el

doctor, ya, entonces sí, me ha costado todo eso, todo". (Señora Daniela, Usaria y Miembro Consejo de Usuarios)

Un cúmulo de experiencias personales hacen que para Daniela sea muy difícil contarle al médico, con tranquilidad, lo que a ella le pasa, lo que siente y lo que quiere. Miedo y vergüenza la invaden en la situación de box frente al profesional lo que redundo en que ella no logre generar un vínculo de confianza y apropiarse de dicha situación. La dificultad del decir en el dispositivo terapéutico no se asocia solamente a disposiciones personales, es decir de la historia de vida, sino que también a los propios ritmos de los controles para pacientes con enfermedades crónicas. Una serie de esperas los mantienen alejados de la institución y cuando llega el momento tienen pocos minutos para hablar.

"...en el hospital la Florida si, y llega mucha gente, entonces, y cada de nosotros lleva un problema si...Es un problema re grande que lleva detrás uno entonces... no le va a alcanzar a solucionar, ni siquiera a preguntar mucho en 5 minutos qué le da, o a veces le da menos.

Entonces chuta digo yo, entonces esa es como la impotencia de uno de decir chuta que está... y a veces con toda la intención, uno de decir "voy a decirle esto, voy a decirle esto", al final uno le dice una cosa "chuta se me olvidó decir la otra". (Don Santiago, Dirigente Social)

Los dirigentes son conscientes de esta dificultad del decir y asumen como parte de su función el motivar la pregunta, el reclamo, el no quedarse con las dudas. Ellos entienden que este bloqueo de la palabra es parte del sufrimiento o malestar social porque las expectativas que se depositan en los encuentros con los profesionales de la salud rebasan los límites de diagnóstico y tratamiento. Recordemos la referencia de Adela respecto a que sólo en el Consejo de Usuarios pueden decir realmente lo que sienten. Eso deja ver que tanto en la relación terapéutica como en la relación de servicio existe una mayor expectativa de expresión por parte de los pacientes.

"...Yo les hablo a las señoras, les digo, cuando vaya al médico tiene que hablarle, explicarle, lo que te pasa que te diga lo que tienes que tomar [...] -Elminda tú no puedes llegar y tomarte metoclopramina- ve hasta me acuerdo.... -tu no podí llegar y tomártela porque el doctor te dijo tome la metoclopramina, tome ahí le dejo la receta y te fuiste y la fuiste a buscar a la farmacia y te la tomaste en la casa y si te da alguna cosa mal. No. - Anda inmediatamente para allá y pregunta bien todo eso [...] -Y después llamé a la hija y le dije -oye están viendo a tu mama. Si yo la acompañe -

me dijo. Era la mitad me dijo que tenía que tomarse en la noche para dormir [...] y mi mama tomaba una entera todos los días en la mañana, en la tarde y en la noche” (Señora Adela, Dirigenta Social)

“Y esa es la pelea que tienen las personas, porque salen molestas “Que el médico me trato, ni me atendió, no me escucho” Ese es el reclamo más grande qué hay “El médico no me escuchó” “Que quería decirle” “muchas cosas” La gente necesita ser escuchada, cuando hicimos el grupo de artrosis la gente se escucha. Y llegas tú con tus temas, yo tengo otros, conversamos “Oye fíjate que a tal persona” mínimo, y se empiezan a liberar de muchas tensiones. (Don Carlos, Presidente Consejo de Usuarios)

Ahora bien, si regresamos a la idea de desintegración social, entre usuarios y servicios de salud, esta tiene un origen sutil y cercano en estas experiencias cotidianas de los usuarios. Las experiencias de no ser escuchado por el médico, la dificultad para preguntar, el no atreverse a reclamar son todos síntomas de un problema del decir y del escuchar que, finalmente, forjan posiciones subjetivas desconectadas de la institución. El dispositivo de participación del CESFAM ha permitido generar un espacio de resistencia frente a la pérdida de este vínculo. Sin embargo, la magnitud de su alcance es bastante limitado en un universo de usuarios que, en distintas intensidades, se posicionan más bien desde la desconexión con el CESFAM. Los “usuarios salvajes” no son irracionales en ese sentido. Puede haber en ellos una acumulación de experiencias con los servicios públicos que los ubican al margen de lo que se espera de ellos. Probablemente ellos fueron usuarios sin voz antes de que el malestar se transformara en rabia y desidia.

Construcción del otro: la vocación de los profesionales

La figura del profesional aparece representada de forma matizada entre los usuarios entrevistados. La cualidad que marca la diferencia entre las visiones positivas y negativas de profesional se ubica en la vocación y el compromiso que estos demuestran en los encuentros con los usuarios. Es particularmente a través del trato interpersonal que los usuarios se hacen una imagen del profesional. Como señala la señora Adela, un buen médico

“Se acerca más al paciente, le da más confianza, que le da más oportunidades para preguntar las cosas y no que le pasan todo el rato en el computador –ahhh ya usted tiene esto, ya señora tómese esto- y siguen con el computador. No, eso no. Al menos los doctores que me ven a mí cuando me ven [...] no sé cómo serán con otras personas, pero conmigo han sido muy buenas personas, al menos me dan la confianza para conversar, para contarle como me he sentido, para preguntarle, si me duele esto o si puedo seguir tomando este otro o si yo puedo tomar otra cosa” (Señora Adela, Dirigenta Social)

Esta es la disponibilidad subjetiva que los pacientes aprecian en los profesionales. Se la define como la habilidad para generar un espacio de confianza, un espacio de conversación acogedor y hospitalario. La ausencia de esta cualidad fomenta la toma de distancia entre los usuarios y la institución sanitaria.

“...hubo una doctora muy buena [...] atendía muy bien a la gente, buen trato, explicaba bien. [...] Yo estimó que un buen doctor es cuando usted tiene un buen trato con él decirle, saludar, preguntarle cómo está, cuál es su situación qué se yo, y ahí decirle qué cree el doctor que tiene y le gustaría que te hiciera un examen y este, todas esas cosas así, explicar bien cómo se tiene que tomar los medicamentos, especialmente a los adultos mayores que de repente cuesta grabarse las cosas. Ese yo pienso que es un doctor bueno...” (Don Santiago, Dirigente Social)

Otro aspecto de la vocación profesional destacada por los usuarios es la disposición que los profesionales muestran respecto al dinero. Si bien no es en la interacción interpersonal en donde ello queda en evidencia hay una sensación de que la vocación profesional se ha visto erosionada, en el tiempo, por las pretensiones de altos ingresos. Esta crítica a la ética profesional complejiza la figura del buen profesional ya que, si las expectativas de altos sueldos es lo que mueve a los profesionales en sus carreras, esto los aleja constantemente de red pública de atención primaria.

En el relato de Marcela queda en evidencia una frustración por la atención recibida en el centro de salud manifestando una ausencia de vocación y al mismo tiempo estableciendo una jerarquía entre el hospital y el CESFAM, donde este último queda relegado a un segundo plano.

“...Yo, para mí, esos médicos que están en el policlínico no tienen ni una pizca de vocación, porque no se interesan en la persona en la salud que tiene.

Ya ¿y por qué estarán ahí?

Ahí si que no sé. No sé si será el desecho del hospital, pero no sé. No sé, en realidad, porque yo veo que no hay interés, porque hay cosas po, pero están dando y dando vueltas a la gente en lo mismo. [...] ser médico se me imagina que es un compromiso, pero no ahí no hay. Porque, bueno, ahora no están estudiando por vocación, si esa es la verdad, están estudiando por la parte económica.

¿Y eso es algo que usted ve particularmente aquí en el CESFAM?.

En todas partes, en todas partes, no sí ahora la medicina es un negocio, es un negocio. No si no es aquí nomás, es en todas partes, es un negocio". (Señora Marcela, Usuaría, Miembro Consejo de Usuarios)

La idea de que la salud es un negocio viene dada por un contexto más general, de las razones que mueven a los jóvenes a estudiar medicina los que tempranamente incorporarían una visión lucrativa del ejercicio profesional. Sin embargo, hay una dimensión del negocio que tiene una manifestación local que también es destacada por Marcela en la idea de mantener a la gente "dando vueltas". Ella evidencia en ese acto la generación de una dependencia nociva, que mantendría en una constante fragilidad de salud a los usuarios y, en consecuencia, en la imperiosa necesidad de atención médica. Esto lo vincula con el hecho de la dificultad para acceder a especialistas, es decir para acceder a las atenciones hospitalarias, en donde hay una mayor capacidad de resolución de los problemas de salud de las personas.

"...porque el médico negociante no da respuesta. Bueno acá, yo tengo entendido que eso es todo medicina general, por lo que me dijeron en la reunión. Entonces yo no puedo esperar que... póngale si tengo pulmonía, ir ahí, porque no van a saber. Si tengo un problema al oído, que tuve una vez, tampoco puedo. Porque ahí yo fui y me mandaron a ver un especialista. Ahora la cuestión de la artrosis, ellos no es que sepan, yo creo, ellos dan los remedios que es puro paracetamol, ya, ahora por eso tampoco voy [...] O sea, no hay especialista, la gente va y va y nunca se mejora". (Señora Marcela, Usuaría, Miembro Consejo de Usuarios)

Por una parte, ella deja ver una cierta desesperanza frente a las patologías crónicas que mantienen a quienes las padecen en una dependencia con los profesionales de la salud. Es interesante remarcar que para Marcela esta relación de dependencia es fuente de malestar ya que la entiende como el fruto de una desconsideración por el paciente. Por esa línea, ella posiciona

el tema de la precariedad de los tratamientos ofrecidos y por la ya mencionada dificultad para acceder a las atenciones de especialistas. Como hemos mencionado, la figura del especialista se forja en la confluencia de las fuerzas dispositivas de la formación y de la expertise. Aquí aparece otra vertiente de esta figura de sujeto que corresponde a una suerte de falta de vocación y su reemplazo por altos ingresos económicos.

“Y ahí también, hay temas también sobre las, los especialistas que también tenemos poco especialista en la salud pública ahí, porque hay una mentalidad también de ganar plata, de ser ganadores de plata los profesionales sino, no no son médicos. El que gana más plata es el mejor médico. Eso es relativo en realidad, pero se instaló esa cuestión en los médicos y son muy poco los que piensan diferente. Entonces ahí hacen falta profesionales... yo veo que yo veo que los profesionales chilenos no, no están comprometidos con la salud pública. Si uno va a la posta ahora y la mayoría son extranjeros. En el caso de la Florida yo, es un caso que yo he visto acá, el caso del Villa O'Higgins también la mayoría son extranjeros, entonces no hay nada contra los extranjeros, pero igual médico chileno está bien evaluado...” (Don Santiago, Dirigente Social)

En el pasaje anterior vuelve a aparecer la nostalgia de don Santiago esta vez haciendo referencia a una figura de profesional de la salud comprometido que él conoció en el pasado y que ahora ha sido reemplazado por un nuevo profesional que se mueve con una mentalidad de mercado llegando a instalarse la idea de que quien gana más plata es el mejor profesional. Ahora bien, don Santiago va a matizar su postura al referirse a nuevos procesos de formación, de los profesionales de la salud, que integran una visión comunitaria de la salud. Es justamente esa visión comunitaria, solidaria y colectiva de la salud la que pena como un fantasma en su relato, tal como lo hace la asociatividad perdida en otras épocas de su vida.

“...cuando vinieron de la Universidad de las Américas a plantear un programa ese, y yo fui el primero que lo apoyó en la junta de vecinos, porque yo pienso que los profesionales jóvenes que están ligados a la comunidad van a ser muchos mejores profesionales yo creo, que van a estar empapado ya y así si les toca trabajar en algún lugar ya de qué hacer, porque yo me di cuenta con ellos que muchos como que están estudiando algo, pero no están bien compenetrados en la sociedad que estamos. [...] Mucho mall, mucho esto, entonces...entonces ellos no, no comprenden por ejemplo si aquí “¿ustedes no tienen supermercado?” “no, no tenemos supermercado” “chuta, y ¿cómo viven?”. (Don Santiago, Dirigente Social)

“No estar bien compenetrado con la sociedad” es la expresión que más resuena en el relato de don Santiago. Es que dicha expresión deja al desnudo una serie de distancias entre profesionales y usuarios: la distancia de experiencias de vida que se bifurcan y se van haciendo cada vez más disímiles. Esto evidencia las repercusiones que adquiere a nivel institucional de la desintegración social que los usuarios han puesto sobre la mesa en sus relatos. El compromiso y la vocación, dos formas de vínculo que se sostienen desde una ética solidaria, dejan paso a una lógica de mercado del desarrollo profesional y a la ideología del especialista como figura soberana de la medicina curativa.

Otra de las distancias es la distancia intergeneracional la que recorre gran parte de los encuentros entre profesionales jóvenes, que llegan con una nueva formación a intentar hacer cambios, y pacientes de la tercera edad, que llevan años lidiando con las complicaciones de las patologías crónicas, o de las deficiencias de la atención que el centro de salud manifiesta. Don Santiago apunta a un programa de formación comunitaria que hacía parte de las carreras de la salud de la Universidad de Las Américas, pretendiendo aportar un poco de “calle” o de experiencia social en jóvenes que han vivido en una sociedad en la que los espacios públicos han sido colonizados por dispositivos de mercado, como el mall.

Si bien la mayoría de las referencias a la vocación y al compromiso que hemos mostrado hasta ahora manifiestan una visión crítica de parte de los usuarios, hay en ellos claridad que lo que hay que rescatar en los profesionales son sus cualidades humanas que denotan una vocación de servicio hacia la comunidad. En definitiva, lo que los usuarios dejan ver es el deseo de que la salud se reposicione como un área de acción social frente a la creciente mercantilización y tecnificación que se dejan sentir en los dispositivos de la salud.

“...por ejemplo de Rodrigo [...] Este chico está trabajando, no sé po 40 horas y le están pagando 20, porque el presupuesto no da pa más, pero las necesidades lo tienen ahí, y es una persona de mucho, como te decía yo, de mucho criterio, no es el que dice "ya, son las 5 y me voy" no, yo lo llamo y me contesta y está ahí, está en la pega. [...]

...la directora del CESFAM [...] es una persona muy abierta... yo creo que ella lo hace... lo hace porque lo siente [...] Yo la veo a ella sufrir por problemas que tenemos. Entonces lo más complicado es poder darle a la gente lo que necesita, esa es la complicación más grande que tenemos, las necesidades son muchas”. (Don Carlos, Presidente Consejo de Usuarios)

Estas cualidades, que los usuarios ven encarnadas en el encargado de participación y en la directora del CESFAM, son reconocidas como valiosas porque demuestran un compromiso, es decir, quiebran la indiferencia institucional manifestando interés y un lazo entre profesionales y usuarios. Si recordamos el inicio de esta sección sobre los usuarios del CESFAM, lo que en ellos se deja sentir como malestar es justamente la pérdida del lazo, el no sentirse integrados, y eso lo evalúan en las múltiples relaciones que mantienen en el CESFAM, pero se proyecta hacia los servicios públicos en general. Esto es relevante en la construcción de los sujetos y en la comprensión de un tipo de desigualdad que es propia del trato social como bien lo ha mostrado el informe del PNUD (2017), punto sobre el que regresaremos.

A MODO DE CONCLUSIÓN SOBRE EL CESFAM VILLA O'HIGGINS

Disciplina del cambio

No es de sorprender que el cambio sea un tema que determine a los profesionales de los centros de salud que hacen parte de esta investigación. La entrada a terreno fue pensada intencionalmente para hacer un análisis empírico de centros que estuvieran atravesando procesos de cambio, en este caso, cambios asociados al modelo de atención de pacientes con enfermedades crónicas. No obstante, algo que no pensábamos encontrar era un alcance tan profundo del cambio, especialmente sentido en los roles de coordinación, pero que permeaba hacia otras posiciones como veremos. Es que la nueva forma de atender no es sino una manifestación específica dentro de un proceso de gestión en el que se suceden de forma regular programas piloto y nuevos modelos. Innovaciones de menor o mayor alcance se suceden en la experiencia de los profesionales, al menos por aquellos que permanecen un tiempo en sus funciones. Muchas veces la movilidad de los profesionales está determinada por la existencia de estos programas piloto. Es el caso de Patricia, enfermera que llegó al Villa O'Higgins contratada al alero de la nueva forma de atender, con los recursos propios del programa piloto. Estando en el centro de salud presentando el proyecto de investigación, al comenzar el trabajo de terreno, una profesional comentaba

que siempre al Villa O'Higgins lo elegían para estas intervenciones piloto. La misma investigación era tomada como otra de estas experiencias semi-experimentales que se aplicaban en el centro de salud, una especie de laboratorio de la gestión en salud. Si la idea de laboratorio puede ser una exageración, tiene el valor de permitirnos destacar lo que ha sido un punto central en esta sección: la existencia de una disciplina del cambio que caracteriza al dispositivo de servicio del CESFAM y que, por consiguiente, determina a los sujetos que en él aparecen.

La disciplina del cambio desencadena posicionamientos divergentes. Por una parte, ha sido caracterizada desde el estar sometido a constantes exigencias de cambio, subrayando la vivencia opresiva de los cambios sobre los que el sujeto está llamado a plegarse, sea por el mandato de su rol o por las presiones de otros sujetos. Por otra parte, otra experiencia íntima tiene que ver con el deseo del cambio, es decir una postura que quiere el cambio, ya sea desde un registro crítico hacia lo que hay que cambiar o propositivo de nuevas acciones. Ambos posicionamientos han emergido en dos escenarios empíricos en los que los sujetos se han visto particularmente expuestos al cambio en el CESFAM. El primero es el trabajo de coordinación y de implementación de los cambios, lo que atañe íntimamente a los profesionales que ejercen roles de coordinación teniendo como misión el alineamiento de sus pares dentro de un nuevo marco de acción. En segundo lugar, tenemos la promoción del cambio entre los pacientes, es decir la educación del paciente, lo que se puede realizar tanto desde la atención por profesionales en box, como desde actividades de prevención y promoción de la salud.

La resistencia y el deseo por el cambio

El cambio es una experiencia que caracteriza a las nuevas instituciones, que se ven asediadas por los pulsos de la innovación. Esta puede ser considerada como una fuerza dispositiva, en contextos en los que lo importante es el vértigo de lo novedoso. En el ámbito de la salud esto ha sido promovido tanto por la biomedicina como por el mundo de la gestión, quedando sintetizado en el hecho de que las metas sanitarias vayan asociadas al cumplimiento, por ejemplo, de un indicador de laboratorio como son las hemoglobinas glicosiladas. Del lado de los modelos de atención, las innovaciones han sido

más lentas, exhibiendo, no obstante, una historia interesante de evidenciar dentro de la que destaca su fragmentación. Esta tiene que ver, con la superposición de innovaciones desde distintos dispositivos que generan una sobredemanda hacia los sujetos de la salud, que en algunos casos podríamos caracterizar como monstruosa.

Conducir el cambio puede ser una experiencia fuerte en este sentido. Dada la diversidad dispositiva que venimos mostrando como una característica del mundo de la salud, la implementación del cambio es compleja, pudiéndose esgrimir buenos motivos para evitarla. El CESFAM Villa O'Higgins, como lo señalábamos, tiene experiencia en la historia de los cambios y en los diversos resultados que estos puedan tener. En este sentido, la nueva forma de atender no es el primer cambio que se vive, sin embargo, al considerar la rotación profesional, común en los centros de atención primaria públicos, si puede ser la primera experiencia de cambio para una camada de profesionales jóvenes. La formación profesional en ellos los puede haber preparado para los nuevos paradigmas de la atención, pero no necesariamente para la forma en que dichos paradigmas entran en conflicto con culturas organizacionales, o bien con metas de gestión que aún responden a otros paradigmas. Desde otro punto de vista, la diferenciación funcional puede exponer de forma disímil a los distintos profesionales a las fuerzas dispositivas. Todos estos aspectos influyen en la coordinación del cambio cuya forma específica, adoptada en el CESFAM, pasamos a revisar ahora.

La historia del cambio en el CESFAM está marcada por dos tendencias. Por una parte, están los cambios que se viven como regulaciones impuestas por los distintos niveles de la administración de la salud y, en segundo lugar, están los cambios que los mismos profesionales a nivel local han levantado a lo largo del tiempo. Revisaremos aquí al primer tipo de cambio para, posteriormente referirnos a los segundos.

Los cruces de distintas regulaciones y programaciones quedaban de manifiesto a medida que una suerte de laberinto de programas se dejaba ver en la conversación con Claudia, la coordinadora del Programa de Atención Integral. Más y más programas aparecían, a veces uno dentro de otro. Esto estaba dado por una coexistencia de enfoques y de cambios organizacionales que habían afectado sólo a una parte de las atenciones o de los grupos de pacientes por lo que los programas anteriores se mantenían, formando una red de difícil comprensión para quienes no fueran expertos. Es una de las quejas de los usuarios, para quienes los cambios son experimentados en sus efectos

prácticos sobre las atenciones y las esperas. Es que incluso en el seno de la salud integral, la que debería considerar esta experiencia del paciente, la progresiva incorporación de regulaciones pone el foco en los cumplimientos hacia los niveles centrales de la gestión a través de metas cuantificables, procesos de calidad y toda una serie de protocolos. El tamaño pequeño, con el que partió el programa, representaba una ligereza o movilidad, sobre la que con posterioridad se incorporaron toda una serie de controles.

Frente a dicho escenario, uno de los caminos posible de los sujetos es darles sentido a las regulaciones. Una vez que las regulaciones se hacen norma hay cambios positivos en corregir el sentido de algunas de esas regulaciones o incorporar aspectos que habían sido omitidos. La mayoría de los profesionales inscribe la nueva forma de atender dentro de los cambios que tienen sentido para ellos. A pesar de ello, el cambio fue resistido sobretudo en sus aspectos de reorganización de las acciones profesionales. Esto deja ver que la ética con la que los profesionales conectan con el discurso del nuevo modelo de atención se enfrenta a determinaciones concretas por parte de las fuerzas dispositivas que son insoslayables a la hora de gestionar el cambio.

“...Yo creo que todavía no podemos decir que el cambio ya está instaurado. Sino que todavía estamos en este proceso. Al principio tuvimos llantos, hubo de todo [...] Cuando empezamos a hablar de esto, había personas que no querían. Personas que decían -definitivamente yo no trabajo de esta forma-. Todavía tenemos esta sensación de que nos cuesta hacer una atención más integral. Por eso, en cada reunión volvemos a lo mismo. Revisamos registros, tratamos de... de llevarlo desde lo positivo, desde lo propositivo. Pero a veces, claro... como que nos cansamos. Es un equipo que viene agotado, muy agotado también [...] Estamos agotados porque la verdad es que fue mucho”. (Claudia, Coordinadora)

¿Cómo entender que el proceso de cambio haga sentido y sea resistido al mismo tiempo? Para hacerlo es necesario recordar las determinaciones que evidencian los profesionales dentro de los dispositivos terapéutico y de servicio. El *aislamiento de los médicos*, es decir, su posición en una etapa transitoria de formación que los llevará a dejar el centro de salud más temprano que tarde, la presión por atender pacientes a un ritmo que no les da tregua, así como el estar ausente de muchas dinámicas de los equipos, los hace evaluar el cambio en la forma de atender desde un escenario saturado de regulaciones y presiones. En este sentido no es casual, que el estamento

médico haya sido el que más resistencia puso frente a la nueva forma de atender. Por una parte, este nuevo modelo de atención promovía una relación más participativa con el paciente, sin dejar ver con claridad que equilibrio podía aquello encontrar en el marco de la sobredemanda asistencial que hace parte de la experiencia cotidiana del ejercicio profesional médico. En consecuencia, algunos médicos se manifestaron en contra, otros dejaron el equipo u optaron por seguir trabajando como estaban acostumbrados.

No obstante, esta no fue la única toma de posición de parte de los médicos. Para Valentina el drama estaba en la forma antigua de trabajar. Recordemos que ella fue una de las impulsoras del cambio en el CESFAM, proponiendo un cambio en la modalidad de atención que después sería reafirmada y ampliada por el plan piloto que se implementó. Su posicionamiento resulta interesante, ya que da cuenta que las fuerzas dispositivas no actúan de manera uniforme sobre la identidad profesional. Lo que diferencia su trayectoria, es su formación en medicina familiar y su trabajo en una posta rural en la que había una forma más integral de trabajar, con menos trabas burocráticas que aislaran al médico en una sola función. La posición de Bernardo, aunque un poco más dubitativa, también compartía el espíritu de la nueva atención, haciéndose la pregunta de cuanto duraría su motivación si la presión en su trabajo se mantuviera constante.

El agotamiento es una amenaza latente en el trabajo de estos profesionales. También Claudia lo sentía y comprendía que no todos estaban de igual forma preparados para el cambio. Ella entiende que el desgaste se debió a la falta de herramientas, de capacidades para hacer salud de esta otra forma.

“Y después cuando ingresamos con el proyecto de la católica, ellos nos fueron asesorando para que sacáramos los flujos del programa. Igual fue un proceso complejo, porque después de años de trabajar con un flujo bien establecido... casi nadie sabía qué hacer cuando llegaba el usuario al box. Fue increíble el cambio de sacar el piso de los flujogramas. Fue traumático para el equipo. Muy traumático, tuvimos que hacer un trabajo de reunión tras reunión. -Acuérdense chicos que no existe el flujo, depende del usuario-. Entonces muchos llegaban aquí a preguntarme ¿Para donde lo mandó? ¿Para cuándo? Entonces miremos los exámenes, miremos la vigencia de recetas. Hablen con el usuario, establezcamos estos planes de intervención. El plan de trabajo con el usuario para darle una continuidad a la atención porque ¿qué es lo que nos pasaba antes de esto? Es que con los usuarios eran como siempre un ingreso, una primera

consulta. Como que nunca nadie los había visto antes, no había un plan. No había nada establecido. En cambio, ahora yo puedo ver la ficha de un médico donde dice -paciente no baja tal índice o está descompensado por tal razón, o por tanto tiempo-". (Claudia, Coordinadora)

Al retirar uno de los procesos claves de la infraestructura de la atención los profesionales se encontraron frente a la imperiosa necesidad de orientar el flujo que debía seguir el paciente en función de las evidencias que tenían a la mano. Los flujos de derivación "cuadrados", es decir bastante rígidos, daban un orden importante al trabajo del equipo, pero a la vez le quitaban terreno a los profesionales para ejercer una reflexividad en el flujo del paciente. Al reemplazar un proceso que establecía la decisión se debían encontrar nuevos puntos de apoyo para la acción profesional. Dichos puntos podían ser objetivos, es decir, indicadores de exámenes o vigencia de recetas, y subjetivos, como la conversación con el usuario que debía desembocar en un plan de intervención acordado con el paciente.

Son otros profesionales, como enfermeras y nutricionistas, históricamente más inmersos en las relaciones de cuidado, los que adquieren una mayor visibilidad y valoración con la nueva forma de atender. Ellas comparten una toma de posición que se podría caracterizar por el entusiasmo por el desafío que representa el cambio, ya que este tiene objetivos y un discurso que se alinea con valores involucrados en las relaciones de cuidado. Esto no quiere decir que el entusiasmo de estas profesionales sea irreflexivo. Como veremos todas dejan ver, en distintos niveles, sus reservas, sus temores frente a las paradojas de la implementación de la nueva forma de atender.

El posicionamiento de la enfermera de enlace Patricia, revela un cambio de paradigma originado en su formación universitaria, en la que se dejaba atrás la figura de la enfermera que daba indicaciones a través de una actitud directiva, para dar paso a una enfermera que trabaja bajo la lógica de la participación y la colaboración con los pacientes. La fuerza de la convicción con que Patricia se posiciona tiene que ver con darle vida a esta nueva figura de la enfermera, aquella que está validada no sólo desde la formación, sino que ahora también desde la forma en que se hacen las cosas en el CESFAM. El posicionamiento de la nutricionista Mónica es similar al de Patricia, en el sentido de la primacía de la motivación y convicción por la nueva forma de atender. Resulta interesante el equilibrio que ella plantea en tener una "mentalidad realista", lo que quiere decir que, de un lado, ellas deben atender a las condiciones de vida de los pacientes, especialmente a través de la escucha y de la toma de acuerdos y, por otro lado, deben ajustar su

intervención profesional, teniendo en vista dichas condiciones, sin renunciar a su misión profesional. Esto permite ordenar los posicionamientos de las profesionales del cuidado, más allá de la simple aceptación o rechazo de los cambios introducidos por la nueva forma de atender, sino que, desde el análisis que hacen sobre las condiciones que tienen para llevar a cabo lo que se espera de ellas bajo esta nueva modalidad de atención. Patricia y Mónica se inclinan hacia una postura en la que darle vida al cambio es posible y necesario, reconociendo las dificultades que ello conlleva, parecen encontrar los apoyos que requieren para no abrumarse, y poblar sus relatos con las oportunidades que el cambio representa. Ambas, como enfermera y nutricionista, han ganado reconocimiento con la nueva forma de atender.

No obstante, sus colegas, Renata y Tamara, si bien comparten la idea de que la relación es la que logra cambios favorables, tienden a posicionarse desde un relato más desencantado. No es menor que estas dos profesionales tengan una trayectoria más larga de trabajo no sólo en el CESFAM, sino en términos de sus carreras profesionales, a diferencia de Patricia y Mónica, quienes están en una etapa más inicial de sus carreras. Las profesionales más antiguas han vivido otros procesos de cambio, y las experiencias difíciles que ellos traen.

En el caso de Tamara, ella fue formada en el paradigma “antiguo” y experimentó el cambio, del ejercicio profesional de enfermera, en el trabajo. La libertad que el paciente tiene para elegir es lo que tensiona el posicionamiento profesional desde la enfermería, quedando de manifiesto la inquietud sobre la hegemonía de la autonomía del paciente. Si para la enfermera, la nueva modalidad de atención la da una centralidad que antes no tenía, dicha centralidad trae aparejada una incómoda posición entre escuchar al paciente y lidiar con momentos en que el paciente no quiere hacer nada. Renunciar al mandato profesional de actuar, puede esconder la renuncia a indagar en las causas más profundas de la distancia entre los pacientes y la institución de salud. El peligro es confundir una decisión autónoma del paciente con una manifestación subjetiva de la indiferencia institucional, es decir, la falta de confianza, de lazo social, entre los pacientes y los equipos de salud. Para Renata, como veíamos, el cambio implicó un “relajo de la exigencia”, es decir una libertad profesional que se puede asociar con un abandono. Lo que no hace sentido para ella es la falta de apoyos para darle vida a los cambios, para realizar una implementación con sentido y no a tropezones, que terminen por desnaturalizar los objetivos últimos del cambio. Ella ha sido testigo de cómo sus angustias profesionales, es decir el no entender por qué los pacientes no se cuidan y el desconsuelo

por no poder acompañarlos en su proceso, son tomadas parcialmente en serio en el marco de los sucesivos procesos de cambio. Conocer el auge y caída de los cambios en la atención la hace tomar una cierta distancia reflexiva entre lo que a primera vista hace sentido y lo que termina quedando como el legado del cambio, es decir lo que termina siendo incorporado por la institución.

Del paciente al usuario

Como lo hemos señalado, el cambio de paradigma genera desplazamientos en las valoraciones de las figuras profesionales en el CESFAM. Algo similar ocurre respecto a los pacientes. Bajo la tesis de que los procesos de subjetivación en contextos altamente relacionales, como es el caso del mundo de la salud, están influenciados por las relaciones entre los sujetos, un cambio en las figuras profesionales lleva necesariamente a cambios en la manera en que son concebidas las figuras de los usuarios. Este es un proceso anterior a la llegada de la nueva forma de atender, pero reforzado por él. Un proceso que ha sido abordado especialmente desde los dispositivos de servicio y de participación, generando espacios interdispositivos como aquellos de la experiencia, el trato y la satisfacción usuaria. Sin embargo, desde el dispositivo terapéutico una reacomodación análoga parece tener lugar en el momento en el que se comienza a requerir el consentimiento y el consenso del paciente. La figura del paciente, clásicamente vinculada con una relación asimétrica de dependencia frente a los expertos, no permite que esta suerte de nuevo pacto social se concrete. En función de lo que hemos analizado, entendemos que existe una presión para reforzar la figura del usuario a través de un proceso de fortalecimiento de su autonomía y responsabilización, pero sin necesariamente darle los apoyos institucionales que necesita para que dicho cambio pueda ser asimilado sin socavar el posicionamiento de los pacientes en el campo de la salud pública. Regresemos ahora a las manifestaciones empíricas que este fenómeno ha presentado en el CESFAM.

Claudia nos contaba, con cierta nostalgia, como hubo un proceso de creación de talleres, previamente a que ella asumiera su rol de coordinación en el programa cardiovascular. Se crearon talleres para educación y espacios de conversación orientados al adulto mayor, cambios que se daban por fuera de la estructura formal del programa lo que contrasta con el crecimiento que viviría con posterioridad el programa.

“Y de a poquito me fui involucrando en distintas cosas. Como te decía a mí me gusta la participación en el CESFAM con los usuarios, entonces siempre que hubiera algo, que se podía salir afuera, yo me ofrecía siempre. Y me sigo ofreciendo el día de hoy con más limitaciones, claro. Por el cargo, porque tengo otras cosas que hacer [...] Trato de ir a operativos, salir, me gusta hacer educación, me gusta trabajar en talleres. Empezamos a crear talleres acá que no existían todo eso para mí era... como que me llena mucho más en mi carrera que el área clínica”. (Claudia, Coordinadora)

Ella revela que una de las cosas que la realizan a nivel profesional corresponde a los espacios de talleres en los que se puede realizar educación del paciente. En general destaca la idea de un afuera, espacios que no estaban sujetos a una tutela tan estricta de programaciones y metas sanitarias. Esta entrada al tema de la educación del paciente nos obliga a problematizar la idea de que el involucramiento profesional en la educación del paciente corresponda simplemente a un interés por forjar al otro en la figura del buen usuario. Que la formación del paciente puede ser apropiada por este último, se juega en la posibilidad que tenga para imprimir sus intereses en estos espacios y en que haya una consecuente apertura y reflexividad de parte de los profesionales. Es pertinente remarcar la gravitación que tienen el Taller de Artrosis y el Programa MAS en el entramado social del CESFAM. Representan el eslabón que todos los centros de salud buscan, es decir la pieza que permite la forja de un lazo con la comunidad. De parte de la comunidad son espacios que permiten la integración y la socialización, siendo una especie de semillero para otras instancias asociativas, incluso para darle vitalidad al CDL. Esto deja ver que tanto los profesionales como los usuarios se han apropiado de estos espacios llegando al establecimiento de una relación de participación. De parte de los pacientes, se puede argumentar que este espacio ha posibilitado la emergencia de sujetos colectivos formalmente conformados, como el Club de Adulto Mayor “Renovando Energías”, pero también de redes de confianza entre usuarios, menos visibles, pero que sin embargo también pueden ser consideradas como sujetos colectivos, los que brindan apoyo a sus pares cuando ellos lo requieren.

Como nos relataba la coordinadora, los espacios de talleres tienen una historia en el CESFAM, en la que, en general han sido validados y promovidos. Sin embargo, los objetivos y metodologías de trabajo de esos talleres pueden ser muy diversos, ubicando a los participantes en distintos grados de dependencia frente al conocimiento experto. En el CESFAM, en general, estos espacios han sido connotados con los fines de cambiar los hábitos,

reeducar, reactivar o motivar al paciente. En general, todo apunta a lograr cambios en el otro hacia una mayor autonomía y responsabilización. En este sentido, el paciente ideal corresponde al paciente empoderado o al paciente experto. Como decía el médico Luis, es un paciente que no requiere mucha ayuda, lo que quiere decir, por una parte, que es capaz de manejar su condición crónica de salud de forma autónoma y, por otra parte, que sabe cómo funciona el sistema de salud mostrando un grado de tolerancia frente a la espera, sabiendo en qué momento debe preguntar y, de ser necesario, reclamar. De esta forma se transforma en un buen usuario; un usuario empoderado. El sujeto empoderado, puede ejercer dicha disposición subjetiva tanto en el dispositivo terapéutico como el dispositivo de servicio, habiendo una cierta correlación en la forma en que se ejerce el rol de paciente con la forma en que se ejerce el rol de usuario.

Como nos relataban Mónica y Renata, en los distintos espacios de formación del paciente se pueden ver las huellas de los pulsos dispositivos: en las metodologías que se usan para transmitir conocimientos, en los modelos de sujetos que se promocionan y en las formas de relación entre profesionales y usuarios que se idealizan. Ahora bien ¿Qué margen de maniobra tiene el sujeto frente a estos pulsos dispositivos provenientes desde la formación o educación del paciente? En primer lugar, está el rechazo al espacio de formación en salud. Como nos contaba la nutricionista Renata, los talleres en el ámbito preventivo no despiertan interés en la gente. Esto también lo dejaba ver Claudia, en su rol de nutricionista, bajo la expresión de “el estigma de la nutricionista”. A largo de su relato ella presentaba ciertas visiones negativas hacia su trabajo de parte de los pacientes que explicaban la resistencia a consultar o la negación a seguir sus indicaciones. Como decíamos anteriormente, la salud preventiva, que bien se puede entender como educación para la salud, muchas veces no tiene la fuerza necesaria para entablar una relación con el otro. El sujeto de la educación en salud muestra una determinación biográfica importante, existiendo momentos de la vida en que las personas están más expuestas a las fuerzas dispositivas de la salud. Es lo que ocurre con los adultos mayores, cuya salud se encuentra muy determinada por la presencia de enfermedades o condiciones crónicas de salud. Sin embargo, el no seguir las indicaciones sigue siendo una modalidad de acción en esta etapa de la vida convirtiéndose, como hemos dicho, en fuente de angustia en los profesionales cuya misión es cuidar, incluso a quienes deciden no cuidarse. El rechazo es, en este sentido, un rechazo del conocimiento experto del cuidado y, al mismo tiempo, una aceptación de

fuerzas irracionales³² que llevan a las personas a no cuidarse. El profesional de la salud es, en este sentido, un testigo de lo que las personas hacen con sus vidas o de lo que las vidas hacen con las personas, en definitiva, de las consecuencias orgánicas y psicológicas de esos estilos de vida.

Otro aspecto vinculado con el margen de maniobra de los sujetos, en la educación en salud, es que la modalidad de talleres tiene la particularidad de implicar la presencia de pares. Esto contrasta con la educación que se ejerce desde las consejerías individuales en situación de consulta. Si la consejería está centrada en forjar la adherencia del paciente al tratamiento, el taller abre la posibilidad para una apropiación *sui generis* del taller, en la que influye no sólo profesional y paciente, sino que también el colectivo de pares. La constitución de un sujeto colectivo está determinada por su “capacidad de voz”, como decía Appadurai (2004), es decir, de la puesta en escena de temas de interés propio. La presencia de un colectivo de pares acerca a los sujetos a la posibilidad de problematizar su posición lo que requiere, como decía Freire, de una pedagogía con características especiales (2015). Finalmente, hay una inmediatez que se potencia en el habla con los pares, un registro de habla que no está dirigido hacia el experto, y que permitiría la subversión del espacio institucional, como diría de Certeau (2000). Como ya señalábamos anteriormente, estos espacios colectivos han aflorado al alero del CESFAM, el que se ha transformado en un facilitador de un tejido social a nivel local.

No obstante, la capacidad de voz, una de las modalidades del decir, está relacionada con la reflexividad de los sujetos. Esto se pone a prueba en los espacios de educación del paciente, en los que siempre es un desafío el atender a las condiciones que habilitan al sujeto a apropiarse de las instancias formativas, no necesariamente desde su rechazo, sino desde una toma de distancia suficiente como para problematizar su propia posición en los dispositivos de la salud. Cada dispositivo hace sus propias invitaciones o negaciones a la reflexividad. Por ejemplo, en lo que respecta al dispositivo terapéutico, Claudia dejaba ver en su relato una crítica hacia los pacientes por la falta de reflexividad que estos mostraban frente a las decisiones e indicaciones tomadas por los profesionales, sin cuestionar su sentido o pertinencia. Si, por una parte, para ella la educación del paciente debe integrar la promoción de la reflexividad, por otra parte, debe incorporar un cambio en la postura que el profesional adopta en la relación con el paciente. Muchos de los profesionales entrevistados apuntaban que “la relación es la

³² A la luz de la racionalidad del cuidado.

que logra cambios”, sin embargo, como vemos, en ello está involucrado un proceso de mutación de la autoridad que rige la relación, proceso que debe ahora dejar espacios para la reflexividad de los sujetos, tanto profesionales como usuarios.

La relación es en ese sentido una conquista de la disponibilidad subjetiva que muestran tanto profesionales como pacientes para considerar al otro. Porque lo normal es la fugacidad de la relación, fenómeno remarcado especialmente por los médicos del CESFAM, o derechamente la negación de la relación en el hecho concreto de no volver a ver los pacientes, de ser “pasajeros en el camino de un paciente” al que no volverán a ver. En este punto, es el dispositivo de servicio el que interviene haciendo de la relación algo efímero, impidiendo, por ejemplo, que un paciente pida hora con un médico en específico. Por otra parte, las metas de atención reemplazan el interés del trabajo clínico en el paciente por el interés del cumplimiento de la meta. Si las metas, por momentos son destacadas por su potencial de corregir ciertas situaciones, por otro lado, generan un desapego con el trabajo clínico, con la relación terapéutica con los pacientes. Esto representa una pérdida de sentido en el trabajo y un retroceso de la reflexividad que el profesional va a desplegar en su relación con el paciente. Como Claudia y Valentina señalan, el seguimiento irreflexivo de metas es algo muy presente en los profesionales del equipo y, en general, hay una orientación al indicador en la atención primaria que está por sobre la orientación hacia el paciente.

Si a una falta de reflexividad de los usuarios que aceptan derivaciones o indicaciones sin entenderlas, le sumamos una falta de reflexividad de los profesionales, quienes mantienen una orientación al indicador, la relación se vacía de disponibilidad subjetiva y se empobrece en su potencial de lograr cambios. La formación del paciente, y del profesional, se da también en estos escenarios en los que se niega la relación. El resultado es el debilitamiento del margen de maniobra que los sujetos puedan mostrar dentro del contexto institucional, ya que una de sus fuentes, como es la reflexividad, se encuentra ausente de la relación.

VII.CONCLUSIONES

CESFAM VILLA O'HIGGINS

Ser profesional en el CESFAM: el peso de las disciplinas

En el CESFAM las distintas disciplinas de salud, a pesar de evidenciar ciertas determinaciones transversales, ejercían un peso específico en el equipo de salud. Es por ello que la primera gran determinación del sujeto profesional en el Villa O'Higgins tiene que ver precisamente con la identidad profesional. Cada sujeto, en función de su profesión se encontraba en una posición particular y diferenciadora del resto de sus colegas. Podemos diferenciar esto en tres grandes grupos disciplinarios: la medicina, los profesionales de enlace y los profesionales de participación.

Lo primero que salta a la vista respecto a los médicos en el CESFAM es lo gravitante que resultan dos fuerzas dispositivas a la hora de comprender su posición como sujetos de la salud. Nos referimos a la expertise y a la formación profesional como camino para acceder a ella. La formación profesional de los médicos, como lo hemos visto, determina la brevedad del paso por el CESFAM que muchos de ellos tienen. Existe una determinación temporal impuesta por el dispositivo de servicio que destina a profesionales jóvenes, aún en formación, a cubrir labores en los CESFAM o Postas rurales donde los médicos con mayor trayectoria no quieren desempeñarse. Uno de los médicos del CESFAM Villa O'Higgins describía esto como ser “pasajeros en el camino de muchos pacientes”. Esta transitoriedad de los médicos es conocida tanto por los profesionales como por los usuarios instalándose como algo natural sobre lo que no se tiene control, es decir la manifestación cruda de una fuerza dispositiva.

Una vez que los médicos dejan el CESFAM, su camino de formación profesional los lleva a un paso obligado por un hospital. En esto los profesionales que se sentían más cercanos a la medicina familiar nos relataban angustias por la desnaturalización de su formación en los hospitales donde, en general, no encuentran funciones relacionadas a

ella. Esta determinación viene desde la expertise, como fuerza dispositiva que desencadena la carrera por la obtención de una especialidad médica. La formación profesional los va llevando por un camino en el que la meta es lograr obtener dicha especialidad, siendo el especialista quien tiene el más alto reconocimiento en la institución sanitaria, aquel modelo de sujeto que es deseado y, como diría de Certeau, es ofrecido al consumo.

Es importante recordar, como lo hemos señalado, que este reconocimiento hacia el especialista también es atribuido desde la comunidad de usuarios de la salud. La validación por parte de ellos, y por parte de sus colegas profesionales como nos relataba tan vivamente una médica del CESFAM Villa O'Higgins, ejerce un papel importante en la modalidad de subjetivación que estamos describiendo. Las fuerzas dispositivas no actúan necesariamente de forma directa. En el campo de la salud pública, en el que hay un protagonismo de los oficios relacionales, los propios sujetos actúan como cajas de resonancia de las fuerzas dispositivas, reforzando la determinación que estas ejercen sobre otros sujetos implicados en las relaciones terapéuticas, de servicio y de participación que hemos revisado.

Ahora bien, en el ejercicio como médico en el CESFAM se dejan ver dos figuras de sujetos médicos. Por una parte, un médico cercano que mantiene vínculo con sus pacientes, en otras palabras, un médico familiar de cabecera. Por otra parte, un profesional más bien orientado a cumplir con los indicadores que no desarrolla vínculo con sus pacientes. Salta a la vista que la primera figura de profesional médico es la que se promueve por la nueva forma de atender y, en general, por el Modelo de Salud Familiar. Sin embargo, esta figura de sujeto encuentra una fuerte barrera para legitimarse en la práctica debido a la sobrecarga asistencial y, por otra parte, por la obligación de informatizar al paciente mediante el llenado de la ficha clínica y otros instrumentos digitales. Esta es otra determinación, que ejerce el dispositivo de servicio, la que muestra de facto un peso muy grande sobre los profesionales jóvenes que, teniendo la motivación para encarnar al profesional que escucha y mantiene un vínculo cercano, se ven obligados a desarrollar un trabajo maquinal en la atención de pacientes y en el llenado de formularios.

Ahora bien, hay que señalar una particularidad de la relación terapéutica tal como nos ha sido descrita por los profesionales médicos. Esta es fugaz y los médicos quedan en lo que hemos descrito como una

situación de aislamiento. En función de los pulsos dispositivos que hemos descrito, es decir la transitoriedad en el CESFAM, la atención maquinal y la informatización del paciente. Bajo ese marco, no hay acompañamiento posible. Si bien es precisamente esto lo que la nueva forma de atender pretende modificar, esto sigue teniendo un gran peso factico, lo que lleva a algunos médicos, y a otros profesionales, a desconfiar de este nuevo modelo de atención. Es interesante el hecho que ellos identifican que están entre dos grandes disciplinas: por una parte, la disciplina del atender, del registrar y, por otra parte, la disciplina del cambio, es decir el constante ingreso de programas piloto que vienen a modificar algún ámbito de su trabajo dentro de los cuales contamos a la nueva forma de atender.

Frente a la primera disciplina, una de las profesionales médico, propuso un cambio en la forma de atención para poder atenuar la fuerza con la que el dispositivo de servicio estaba desnaturalizando la atención de pacientes. Si ello nos indica un posible camino de autosubjetivación, este sigue quedando preso de las paradojas de la segunda disciplina, la que hemos llamado disciplina del cambio, que envuelve a los profesionales de salud con discursos humanizantes o de atención integral, pero los deja rápidamente desprotegidos en su implementación. Esto es algo sentido también por otros profesionales del centro de salud que tienen una trayectoria de trabajo más larga y han sido testigos o protagonistas de intervenciones similares en el pasado las que han quedado subyugadas a la disciplina maquinal del atender.

Un segundo grupo de profesionales destaca en el CESFAM. Se trata de enfermeras y nutricionistas que cumplen labores de enlace, apoyo y educación del paciente. La nueva forma de atender las ha puesto en una situación de centralidad no exenta de contradicciones, lo que se deja sentir con fuerza en sus discursos. Por una parte, la cruzada de la enfermera por establecer un nuevo vínculo con el paciente, un vínculo que deja atrás las prácticas verticales de atención y ponga en relieve la escucha y la autonomía del paciente. Este nuevo ethos profesional resuena también en las profesionales nutricionistas, que sienten que ahora las ven con otros ojos dándoles mayor capacidad para tomar decisiones en la relación terapéutica con los pacientes, pero empujándolas muchas veces más allá de sus límites profesionales llegando a experimentar el sentimiento de no poder hacer su trabajo.

La fuerza dispositiva de la formación juega un papel importante en la determinación de la posición de estos profesionales. Por una parte, algunas de ellas reconocen haber recibido formación en el enfoque comunitario y participativo de salud lo que les ha permitido estar mejor preparadas para la implementación de la nueva forma de atender. Quienes no recibieron dicha formación en su etapa universitaria han recibido capacitaciones siendo ya trabajadoras de la salud, lo que les ha permitido apreciar el sentido del nuevo enfoque de atención que promueve la autonomía del paciente. En el relato de estas profesionales se hace patente que lo que se busca modificar es un modelo de autoridad, uno basado en la verticalidad y la imposición de un conocimiento sanitario. La nueva forma de atender cuestiona dicho modelo de autoridad, pero tiene dificultades en la instalación de uno nuevo. La nueva autoridad que se promueve es una autoridad dialógica que a través de la escucha y de la persuasión instala acuerdos en la relación terapéutica. Estos acuerdos tendrían más probabilidades de ser validados y seguidos por los pacientes, según los supuestos de dicho paradigma. Sin embargo, la adherencia sigue siendo un desafío para los profesionales del CESFAM, a pesar de la entrada de la nueva forma de atender. Es que, como lo hemos dicho la disciplina del atender maquinalmente sigue muy presente y compite muy fuertemente en cada encuentro terapéutico que se da en el CESFAM. Es interesante hacer notar que la autoridad vertical, si bien tuvo logros en la historia sanitaria del país, ha visto erosionado su impacto especialmente en el manejo de las enfermedades crónicas que requieren de intervenciones en las conductas privadas de los pacientes. Es en dicho ámbito, en el que los acuerdos han salido a la palestra como instrumentos para apuntalar la relación terapéutica. Sin embargo, muchos pacientes parecen no responder a esta nueva autoridad.

Para ser justos hay que señalar, que en el momento de la investigación esta nueva estrategia de atención estaba en una fase preliminar de puesta en práctica y que esta investigación no es una evaluación de su implementación. Sin embargo, en dicho punto inicial los mismos sujetos profesionales que veían la oportunidad que este nuevo modelo representaba, atisbaban también sus límites y sus paradojas.

El principal límite estaba encarnado en el paciente que no adhiere. Los médicos del CESFAM también relevaron dicha figura desde una óptica de perplejidad y tristeza ante un paciente en abandono, sin redes de apoyo, con precarias condiciones de vida y con una baja estima social.

Dicha figura de sujeto cuestionaba su intervención profesional, orientada más bien hacia una figura ideal del paciente con la que habían sido formados bajo el modelo biomédico. Este desfase entre un sujeto ideal y otro sujeto empírico se convierte en otro factor que tensiona la relación terapéutica. Es una determinación propia de la expertise que condiciona a estos profesionales que deben bregar en su ejercicio profesional por establecer su intervención profesional en condiciones adversas. Dichas condiciones, es decir las condiciones del paciente en abandono que no adhiere a los tratamientos, requiere de la intervención de otros profesionales.

Es justamente aquí donde adquiere sentido la denominación de profesional de enlace, es decir quien mantiene y hace posible un seguimiento. Esta no adherencia es trabajada por parte de estos profesionales de enlace desde una presencia significativa en la relación con el paciente en la cual destaca la escucha. En dicha práctica el paciente encuentra un espacio para hacer una descarga emocional y que les permite a los profesionales comprender algunas de las razones de la no adherencia. El abandono no es simplemente de sus redes familiares o comunitarias, según nos relataba la enfermera Patricia, es también un abandono de sí mismos. Esto pone a la intervención integral ante las paradojas de la autonomía del otro: un otro que no puede sostenerse por sí mismo demanda dependencia y su tránsito hacia la autonomía parece requerir una tutela. En este sentido, la intervención profesional no puede caer en la mera responsabilización individual del paciente a riesgo de pasar a engrosar la indiferencia institucional.

El riesgo de desprofesionalización frente a tamaño desafío es sentido por los profesionales que les ha tocado entrar de lleno en esta nueva lógica de la atención y especialmente en ellos que llevan más tiempo trabajando en el CESFAM. En especial la nutricionista Renata llamaba la atención sobre el relajo de la exigencia en las intervenciones en las que ahora, bajo la nueva forma de atender, se podía validar la no realización de intervención alguna si el paciente no estaba disponible para ello, resaltando también la debilidad de planes consensuados entre profesionales y pacientes cuyo seguimiento carecía del tiempo necesario para realizarse y cuyo hilo de acuerdos ya nadie recordaba.

Por otra parte, el trabajo que les corresponde a los profesionales que realizan actividades de participación tiene una posición específica ya que responden a una lógica diferente a las anteriores. El dispositivo de

participación en el CESFAM no está vaciado, como ocurría en la Posta Las Vertientes. Sin embargo, ello no quita que presente dificultades en su validación dentro de la institución sanitaria. Es que si, en el contexto de la nueva forma de atender, los profesionales de la salud estaban sometidos a la incertidumbre de la desprofesionalización los profesionales de la participación estaban sometidos a eso desde mucho antes. El dispositivo de participación en el CESFAM Villa O'Higgins, debe validarse constantemente, como un ámbito de salud comunitaria, frente a cuestionamientos que emanan desde la expertise biomédica que no reconoce en sus metodologías de trabajo e intervención un conocimiento legítimo. En el tiempo, por medio de un trabajo arduo, largo y fácil de perderse, los profesionales de la participación han logrado demostrar en el centro de salud la potencialidad de su trabajo, específicamente en algo en lo que los profesionales clínicos han experimentado muchos fracasos: activar al usuario y hacerlo parte de una dinámica colectiva.

La lógica de la participación se encarnaba en una diversidad de actividades promocionales de la salud, como son los talleres y actividades especialmente dirigidas hacia clubes de adultos mayores en un trabajo que Rodrigo, el encargado de participación, calificaba como de generación de confianza entre usuarios y profesionales, pero también confianzas dentro de un colectivo de usuarios. Esto marca una diferencia importante en los resultados que se han obtenido respecto a los talleres preventivos que se han realizado desde el dispositivo terapéutico en los que ha primado una visión de la salud individual que no logra cuajar en una convocatoria exitosa para los talleres. Un aspecto interesante del dispositivo de participación en el CESFAM es que ha logrado posicionarse, de forma intermitente, frente al dispositivo terapéutico. El modelo de atención integral permitió no sólo instalar la idea de acuerdos, entre usuarios y profesionales, en la relación terapéutica sino que también en la generación de espacios de formación con metodologías participativas los que, si bien carecieron de los apoyos institucionales para mantenerse en el tiempo, generando un desgaste desmedido en los profesionales encargados de implementarlos, representaron una instancia que permitía criticar la fragmentación de la atención propiciada por el dispositivo de servicio que separaba en muchos programas las atenciones de los pacientes.

La dinámica colectiva se destacaba, por parte de los profesionales de la participación, por la emergencia de un sujeto empoderado. Se trata de

los adultos mayores que siendo miembros de distintos clubes de adulto mayor fueron legitimando el trabajo que se les propuso desde el CESFAM dando un giro a su habitual funcionamiento grupal. Este empoderamiento del sujeto contrasta con la figura anteriormente presentada de un paciente en abandono que no adhiere a los tratamientos que se le proponen. Como vemos la dinámica promocional de la salud, basada en actividades recreativas y lúdicas, ha marcado una diferencia logrando generar un vínculo entre ellos. Los profesionales de la participación buscan conectar el éxito de su trabajo con un legado histórico de un sujeto popular, de un ethos comunitario que existió en el territorio de la Villa O'Higgins desde tiempos de la dictadura, pero también desde el accionar de dirigentes destacadas que pasaron por el Consejo de Desarrollo Local (CDL) y que obtuvieron cierto renombre a nivel político.

Muy interesante para nuestro análisis del dispositivo de participación resulta una mutación en la forma en que la participación es vista por los profesionales que trabajan en dicha área. Isabel, quien fuese encargada de participación por mucho tiempo, señala que siempre hubo participación, pero que existía una dificultad para reconocerla como tal. Se refiere a que la participación estaba más bien en una diversidad de agrupaciones distintas al CDL, que realizaban actividades recreativas y de autoayuda. Esto implicaba reconocer la necesidad de abrir el dispositivo de participación más allá del CDL en una suerte de renuncia a un ideal de la representación que esta organización ciudadana podía cumplir. Veremos más adelante como se plantean frente a esta idea los dirigentes sociales.

Un último fenómeno, que marca la tensión que el dispositivo de participación le presenta a los sujetos, tiene que ver con la creciente protocolización que este ha experimentado desde el trabajo en calidad. Estos instrumentos han sido concebidos para normalizar distintas acciones que se desarrollan en el CESFAM de modo que haya criterios comunes para implementarlos. Isabel, en su larga trayectoria de trabajo en el CESFAM, reconocía una etapa de la planificación y protocolización que ella llamaba de forma irónica “el plan del plan del plan”. Esto de cuenta de una fuerza propia del dispositivo de servicio que ha modelado ciertos ámbitos del dispositivo de participación el que, no obstante, ha sabido preservar ciertos espacios en los que los sujetos puedan reconfigurar sus identidades y regenerar vínculos. Adicionalmente la propia protocolización le ha permitido a los profesionales encargados de

elaborar dichos instrumentos detenerse a reflexionar sobre su trabajo, cosa que habitualmente, bajo la presión asistencial por atender pacientes o casos sociales se les hace difícil.

Ser dirigente social del CESFAM: el compromiso social

El posicionamiento de las dirigentas y los dirigentes sociales entrevistados se despliega en tres caminos de subjetivación: compartir y servir, buscar el entendimiento y un lazo perdido. Vamos a comenzar describiendo este último.

Los dirigentes más antiguos son herederos de una matriz de participación sindical y de juntas de vecinos, a la luz de la cual dejan ver un declive histórico de la participación en el país. Lo que se ha perdido es un lazo social en la comunidad que se configuraba en torno a las experiencias de trabajo y de vida en lo que hoy es la Villa O'Higgins. Según estos dirigentes en la actualidad hay una idiosincrasia poco participativa, pero también dejan ver algo específico sobre la participación en salud. Es que la participación que ellos recuerdan se orientaba a resolver problemas comunes como lo era, por ejemplo, la vivienda. En cambio, la participación contemporánea en salud muestra dificultades para alinear intereses lo que apunta a un fenómeno que va más allá de la labor del Consejo de Desarrollo local, sino que es algo de la propia cultura asociativa.

Este es un posicionamiento crítico que constata la pérdida del sentido ciudadano de la participación como se había entendido en la matriz participativa de la segunda mitad del siglo XX. Lo interesante es que, si bien hay crítica y nostalgia, no deja de haber compromiso social. Este compromiso es con los trabajadores del CESFAM y con lo que representa el centro de salud en la comunidad, es decir un logro de la organización comunitaria de otros tiempos. La búsqueda del entendimiento, como posicionamiento subjetivo, también está presente entre estos dirigentes críticos. Ninguno de los dirigentes entrevistados parece quedarse parapetado en sólo un posicionamiento como sujetos de la salud, si bien hay uno que sobresale el tránsito hacia los otros es posible. El compromiso con los trabajadores del CESFAM los lleva a una paradoja de no siempre poder expresar sus críticas abiertamente, por

respeto, lo que deja una suerte de voz retenida, una voz que se sacrifica para resguardar un vínculo de colaboración.

El segundo posicionamiento subjetivo que hemos identificado, especialmente entre las dirigentas del CESFAM, es como decíamos la búsqueda del entendimiento. Ante la desintegración social al entendimiento se le concibe como un logro. Esto se muestra como la figura del buen dirigente en el CESFAM, quien se orienta al entendimiento y actúa de manera responsable. Los dirigentes apuntan que la falta de compromiso, de parte de algunos usuarios, ha mermado las instancias de participación, por ello se destaca que un buen dirigente reconoce la importancia de asistir a las reuniones y la importancia que eso tiene para la constitución del colectivo. La falta de responsabilidad se ve reflejada en una imagen de una suerte de “usuario salvaje” que no cuida el centro de salud, que no es puntual al asistir a sus horas de atención o directamente las pierde por no asistir. Esta caracterización refleja una empatía con los profesionales del centro de salud, un aprendizaje desde el discurso de la institución. A la vez es un aprendizaje propio al ver como muchos participantes de las actividades de participación van quedando en el camino por la falta de constancia en su asistencia a las reuniones. Esto último da cuenta del lazo perdido al que hace referencia el primer posicionamiento de sujeto que revisamos. La gente no comprende para qué asiste a los espacios de participación y rápidamente comienza a abandonarlos.

Sin embargo, es el tercer posicionamiento subjetivo el que parece actuar como aglutinador, reflejando lo que era señalado como un logro por el encargado de participación. Si bien hay un lazo perdido, al mismo tiempo hay un compartir y una solidaridad que se deja sentir en algunos colectivos asociados al CESFAM, entre los que destaca el Taller de Artrosis, reconocido como la cuna de participación del CESFAM, al momento de la investigación. También el Programa MAS hacía parte de este núcleo de colectivos que han forjado un nuevo vínculo que se deja sentir en actividades recreativas, instancias educativas y en una de ayuda social hacia otros usuarios que son concebidos como “sin voz”. Esta figura de sujeto es particularmente interpelante para los dirigentes quienes apuntalan parte importante de su posicionamiento subjetivo en el acto de brindar apoyo social a quienes lo requerían. En dicha labor se vuelve muy importante el contar con una relación de entendimiento con los profesionales del CESFAM quienes pueden abrirle las puertas de los programas de salud a los usuarios sin voz.

Ahora bien, la figura de los sin voz dejan ver uno de los principales desafíos de los usuarios y dirigentes del CESFAM que corresponde al hecho de tener voz. Este desafío está particularmente presente entre los miembros del Consejo de Desarrollo Local quienes destacan la capacidad que tiene el colectivo para expresar lo que uno siente, lo que estaría negado en otro tipo de instancias. La importancia del colectivo radica en sostener la escucha de problemas privados; al hacerlo se está validando a un colectivo que promueve una relación de confianza. En ese sentido una lenta reconstrucción de la relación de participación puede ser apuntalada desde estos espacios colectivos, lo que bien podría convertirse en una clínica del ciudadano que va recuperando elementos individuales y colectivos que sostienen la relación de participación.

El dispositivo de participación en el CESFAM, como hemos visto se apoya en una participación convivial, cuyos sujetos sostienen la importancia del tener voz y compromiso social. Si los dirigentes se presentan a sí mismo como portadores de dicho compromiso social, lo mismo les piden a los profesionales del centro de salud. Hay un cuestionamiento hacia la vocación de los profesionales, sin dirigirla directamente hacia aquellos que trabajan en el CESFAM, por no estar “compenetrados socialmente”, por no ser hospitalarios en sus atenciones y por una tendencia a privilegiar los ingresos económicos en lugar de las necesidades de los usuarios. En esta crítica resuena la pérdida del lazo social entre la comunidad y los profesionales del centro de salud.

POSTA RURAL LAS VERTIENTES

Ser dirigente social en la Posta: saber hacer la diferencia

A pesar de que no todas las entrevistadas se posicionan como dirigentes todas toman postura frente al dispositivo de participación de la Posta, sea esta de integración o de rechazo. Una de las primeras características de la relación de participación es la centralidad que se le otorga a la escucha y a la voz. Lo que articulaba a las mujeres tejedoras de la posta era precisamente la posibilidad de compartir un espacio de conversación y formación a través del cual cambiar y pronunciar el mundo, en el sentido de Freire. Sin embargo, esa relación de participación exigía familiaridad, es decir relaciones de vecindad y de pertenencia a una red social, de la que hacían parte tanto dichas usuarias como algunos de los profesionales de la posta. Dicha red no cubría a toda la población de Las Vertientes lo que era remarcado por el nuevo equipo profesional que llegó a la Posta. La debilidad de la voz emergió como una característica de una comunidad fragilizada, de gente sin opinión o cuya opinión pierde su horizonte ciudadano quedándose en la “chimuchina”, un espacio privado de conventilleo. Esto representa una crítica desde la posición de dirigente social hacia una táctica subjetiva de alejamiento del espacio público institucional. Es lo que denominamos el vaciamiento de la participación en la Posta.

La negación de la escucha, la voz y la humanidad, es decir la hospitalidad en el trato, se describe como el resultado de un poder dictatorial, de los resabios de la dictadura en la cultura. Esto requiere de una figura de dirigente social que tenga disposición de entrar al conflicto, de no dejarse avasallar. Esta es una disposición que no todos los dirigentes podían, ni querían desplegar ya que era altamente desgastante. Frente a ello surge la táctica subjetiva de escoger bien sus batallas en las arenas institucionales de la participación. Saber hacer la diferencia se plantea como el desafío mayor del dirigente ya que le permite orientarse hacia el reconocimiento a través del trabajo social con la comunidad, aquel trabajo de facilitar el acceso a los servicios públicos. Por otra parte, saber hacer la diferencia le permite no dejarse instrumentalizar por las fuerzas dispositivas, en otras palabras, no transformarse en dirigentes de cartón que están al frente de organizaciones de fachada que deben su existencia más bien a metas institucionales que a una comunidad organizada entorno a una necesidad propia.

Esta dinámica de la relación y la forma que adopta el dispositivo de participación en La Posta determina la construcción del dirigente como sujeto de la salud. Como hemos destacado, en este centro de salud el dispositivo de participación está marcado por un fenómeno que hemos denominado el vaciamiento de la participación. Este está marcado a nivel organizacional por el recambio que sufrió parte del equipo de profesionales de la posta, lo que fue vivido con impotencia por una parte de las dirigentas como una crisis de la relación. Sin embargo, más allá de esa coyuntura organizacional el vaciamiento de la participación tiene que ver con un proceso más largo sobre una transformación del ethos ciudadano, una desconfianza sostenida hacia la institucionalidad y un repliegue hacia espacios más privados tanto de la comunidad como de las familias. Si bien uno pudiese caracterizar este fenómeno como una transformación del espacio público, hay algo que se pierde en este proceso y es la conexión, a través del dispositivo de participación, de las demandas ciudadanas con la política pública.

Finalmente, frente al vaciamiento de la participación algunas dirigentas adoptan la táctica subjetiva de abocarse al trabajo comunitario, es decir de ayudar en la facilitación del acceso a las atenciones de salud, y a otros servicios públicos, para sus vecinos que lo necesitan. Es lo que hace sentido frente a un dispositivo de participación que propone espacios de formación, entre otras acciones, que no son legitimados por las dirigentas. El repliegue en las relaciones cercanas de confianza representa la forma de uso de un dispositivo al que se acude esporádicamente, como lo hicieron las mujeres tejedoras. Su repliegue fue amargo, lleno de desilusión por la falta de hospitalidad por parte de las autoridades que tomaban las decisiones como lo hemos ya mencionado. En el caso del Colectivo Vamos Mujer, en cambio el objetivo no era ocupar los espacios institucionales, pero fueron hacia ese espacio público y confeccionaron un mural en la Posta. Lo que sostiene a los sujetos de la salud en sus relaciones de participación es la ética del compartir, de socializar entorno a ciertos problemas comunes. Ese espacio intersticial es depositario del sentido que ellas le otorgan a la participación social en salud, a diferencia del dispositivo institucional que es visto como un terreno colonizado por fuerzas dispositivas ajenas, especialmente aquellas del dispositivo de servicio que dicen relación con el cumplimiento de metas de la gestión pública. Esto tiene una última consecuencia a nivel de la construcción de los sujetos de la salud. Una institución sanitaria que carece de un

dispositivo de participación usado y legitimado por los usuarios va a promover una determinación de los sujetos desde los dispositivos terapéuticos y de servicio.

Ser usuaria de la Posta: enfrentar la indiferencia institucional

Hay que considerar que la experiencia de uso de un centro de atención primaria, como la Posta, muchas veces involucra a otros centros de salud de mayor complejidad como los hospitales. Este uso, de la red de salud que tiene como base a la Posta, caracterizado por las entrevistadas desde los desafíos que presenta para acceder a atenciones de salud y desde las vicisitudes que se presentan durante dichas atenciones.

Los dispositivos que marcan la trayectoria de las usuarias de la Posta son los de servicio y terapéutico. En ambos dispositivos lo que se subraya es una experiencia de falta de hospitalidad, o una experiencia de indisponibilidad tanto en las relaciones de servicio como terapéuticas. La indisponibilidad tiene elementos organizacionales, como la falta de horas de atención, que junto con otros forman la indiferencia institucional. La falta de acceso a la atención es la primera capa de la indiferencia que los usuarios deben sobrepasar. Sin embargo, una segunda capa tiene que ver con un sentimiento de no ser tomado en cuenta en distintas interacciones con funcionarios de la salud, lo que hemos denominado indisponibilidad subjetiva. Frente a ella se despliegan al menos tres tácticas subjetivas de las usuarias: reclamar, personalizar la relación con los funcionarios y abogar por sus síntomas.

Frente a los malestares sentidos por las usuarias en sus atenciones de salud, o en la imposibilidad de acceder a ellas, la opción de reclamar parece como natural. Sin embargo, esto no es siempre así en la Posta. Una de las principales razones para no presentar reclamos es la percepción de que quien reclama es castigado con una mala atención. Más allá de la veracidad de esta percepción esta creencia deja ver que el reclamo puede dañar la relación con los funcionarios de la Posta. En este sentido el reclamo no se presenta a la institución directamente, pero queda en el espacio comunitario y familiar de los usuarios, en lo que ha sido llamado “la chimuchina”. La crítica que los dirigentes dirigen hacia este fenómeno apunta a que impide la formación de una demanda de política pública. Aquí tenemos una articulación frustrada entre la experiencia de los usuarios y el dispositivo de participación que, como

hemos visto, reducido a su mínima expresión institucional no es capaz de legitimarse y generar un espacio de confianza como para que las demandas sociales se presenten con una mirada ciudadana. Es el deseo de las dirigentas que no se pierda el potencial del reclamo en un conventillo, que no pretende modificar las estructuras a la base de los malestares de los usuarios de la salud pública. En favor de la chimuchina se puede argumentar que corresponde a un espacio libre la normativa institucional, en el que los usuarios pueden reafirmar sus experiencias y recrear una suerte de colectivo que acoge las historias sobre lo que les ocurre en los centros de salud.

Si bien un espacio como el descrito anteriormente no se reconoce por parte de las usuarias, dentro de los márgenes institucionales, existe formalmente un mecanismo de solicitudes ciudadanas. Las solicitudes ciudadanas es el nombre que se le ha dado institucionalmente a la presentación formal de reclamos, solicitudes y felicitaciones en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS). La experiencia de uso de este mecanismo es frustrante para las usuarias, incluso para las dirigentas que critican la chimuchina. Presentar una solicitud puede llevar a no obtener respuesta alguna o a obtener respuestas formales y distantes que en cierta medida violentan al sujeto que las presenta, deslegitimando el mecanismo. Formalmente se instruye la existencia de un comité de solicitudes ciudadanas, cuya misión es reunir funcionarios y usuarios para una revisión de las solicitudes ciudadanas presentadas en el centro de salud y tomar decisiones de gestión a partir de ellas. No obstante, no se mencionó su existencia efectiva en la Posta, salvo una mención genérica que hizo la presidenta del Consejo de Usuarios sobre la autocomplacencia de dichos comités al considerar cumplida su labor si se da respuesta formal a las solicitudes presentadas.

Una segunda táctica frente a la indiferencia institucional es personalizar la relación con los profesionales de la Posta. La búsqueda de este vínculo fuerte, para el caso que hemos revisado, se apoya en un estado de salud comprometido. Dicho estatus permite tener un trato especial que está asegurado mientras los profesionales de la Posta se mantengan y no roten constantemente. La amenaza de los nuevos profesionales es, desde este punto de vista, una pérdida de ciertos privilegios en el trato familiar. En cualquier caso, esta táctica permite resquebrajar la indiferencia institucional, ser reconocido como paciente y establecer una relación de cuidado. Ahora bien, esta pudiese parecer una táctica completamente discrecional, de la que muchos otros usuarios están

excluidos. En parte efectivamente lo es ya que depende de un estado de salud comprometido y no tan sólo de una relación de amistad con los profesionales de la Posta. No obstante, la estrategia de atención integral se propone justamente institucionalizar la posibilidad de tener un trato excepcional a quienes presentan una alta carga de morbilidad, es decir a quienes cuentan con un estado de salud comprometido. Esto lo vamos a analizar con mayor profundidad desde la subjetivación de los profesionales, pero es importante señalar que un propósito que les hace sentido a los usuarios respecto a los cambios en los modelos de atención es que ellos disminuyan la indiferencia institucional, entendiendo que ella tiene distintas manifestaciones.

La tercera y última táctica subjetiva corresponde a desplegar una abogacía por los síntomas que un usuario siente, sin tener necesariamente las herramientas para hacerlo. Es por ello que esta táctica fue descrita como arreglárselas como una pueda, lo que deja de manifiesto una falta de apoyos de parte de la institución sanitaria hacia los usuarios. Es parte de lo que Bazsanger (1986) entendía como la lógica del control de los síntomas. Dentro de la relación terapéutica el paciente se ve enfrentado al desafío de ser parte de la toma de decisiones, tal como lo plantea la nueva forma de atender. Lo que algunas usuarias relatan es una anamnesis centrada en el saber médico y una toma de decisiones impermeable a síntomas inespecíficos, es decir que no configuran un caso clínico descrito. Frente a ese escenario los profesionales no van más allá, como describen las entrevistadas a esta indiferencia terapéutica. Es entonces el paciente quien debe desplegar su trabajo de insistir, hacer ver y volver a consultar. Si bien esta táctica subjetiva no busca subvertir el dispositivo terapéutico, representa una tensión al presentar un sujeto paciente que no se conforma con la decisión que toma el experto.

Antes de pasar a referirnos a la presentación que hacen de sí mismos los profesionales de la Posta, es pertinente mencionar la representación que hacen de ellos los usuarios. El escenario en el que se construye esta representación del otro es, como lo hemos mencionado, una sensación de falta de apoyos para acceder al dispositivo terapéutico, un dispositivo de servicio que administra la espera y la pérdida de un espacio de participación en el que plantear estas situaciones de forma ciudadana. Lo que las usuarias están diciendo, en varias voces, es la falta de un trabajo social que tome en serio las condiciones de vida de las personas que viven en Las Vertientes, una consideración real de la cuestión social

de la localidad. Si bien el abordaje de la cuestión social tiene distintas aristas, una de ellas es el acompañamiento de aquellos que necesitan atención de salud y, dada su posición social vulnerable, tienen altas probabilidades de no buscar atención o abandonar el intento rápidamente lo que redundaría en un deterioro progresivo de la salud. La nueva forma de atender busca, más intensamente en su discurso que en su práctica, realizar dicho acompañamiento. Veremos como la nueva forma de atender plantea fuertemente la pregunta de la preparación de los profesionales de la salud para realizar dicho trabajo.

Una cosa que se desprende de nuestro análisis es que las usuarias valoran altamente la disponibilidad subjetiva en los profesionales de la salud. Las experiencias de negación que han tenido en sus trayectorias como usuarias han puesto en lo alto de su valoración esta cualidad profesional, al mismo nivel que una competencia técnica. Esta disponibilidad consiste en ser empático, saber escuchar y tener compromiso social. En definitiva, un buen profesional es aquel que se resiste a ser parte de la indiferencia institucional, tomando en cuenta a los pacientes, sus relatos sobre sus síntomas, y mostrándose susceptibles a la cuestión social que ellos portan. Recordemos que según de Certeau, los dispositivos ofrecen ciertas posiciones subjetivas al consumo, que responden por supuesto a la acción que el dispositivo pretende promover. De acuerdo al análisis de las usuarias el dispositivo de servicio, al imprimir una constante rotación de los profesionales lo que promueve es una figura profesional distante, un profesional desarraigado que tiene pocas chances de establecer una relación con sus pacientes y por ende menos chances de comprender la cuestión social que les aqueja. Esto se relaciona no sólo con el dispositivo de servicio sino también con el terapéutico en el que la fuerza dispositiva de la expertise promueve la figura del especialista, en cuya formación deben dar un paso obligatorio y breve por los centros de atención primaria. En este sentido, las usuarias reconocen que esta vulnerabilidad de los profesionales, su desarraigo, hace casi imposible el establecimiento de una relación. Contra las probabilidades, existió en la Posta un equipo profesional que tuvo estabilidad y que habían sido recientemente desvinculados de sus funciones. El nuevo equipo debió asumir el desafío de reconstruir las confianzas con la comunidad y aprovechó para ello el discurso inclusivo de la estrategia de atención integral como pasamos a ilustrar a continuación.

Ser profesional en la Posta: las arenas del nuevo profesional

Las funciones que deben desempeñar los profesionales corresponden a un primer ámbito de determinación de su constitución como sujetos de la salud. En primer lugar, cada disciplina está ligada al desempeño de ciertas funciones dentro del dispositivo terapéutico. Sin embargo, la importancia que en salud pública tiene el dispositivo de servicio ha conducido a multiplicar las funciones desempeñadas por los profesionales. Esto corresponde a una segunda determinación, es decir el lugar que se ocupa dentro del dispositivo de servicio. Este último se divide en una multiplicidad de programas y estrategias que requieren de una gran dedicación en términos de su gestión y coordinación. De ahí se desprende mucho trabajo administrativo, como ocurre con la implementación de la nueva estrategia de atención integral. Si el dispositivo de servicio fuerza la adopción de funciones de gestión a los profesionales de la salud, lo hace en un ámbito de coordinación y de trabajo administrativo. La nueva estrategia de atención integral viene a reforzar ese proceso de cambio funcional, pero en el propio ámbito terapéutico. Esto queda representado, por ejemplo, en el hecho de que el médico haga ingresos de pacientes en conjunto con la trabajadora social.

Lo que acontece en el dispositivo de participación de la Posta es diferente. Si entre los dispositivos terapéutico y de servicio hay un cruce de funciones, de igual forma mantienen una relativa especificidad funcional. En cambio, el dispositivo de participación es el menos específico, especialmente en un contexto de vaciamiento de la participación y de crisis sanitaria. Ser un buen profesional en participación se vuelve difuso. Por una parte, está la determinación ejercida desde las normas de participación social en salud, con su objetivo de fortalecer la participación en la gestión de la salud pública. Sin embargo, en la Posta lo que más pesaba era la gestión de casos sociales, labor similar a la desempeñada por las dirigentas sociales. El kinesiólogo encargado de participación en la Posta definía su trabajo como tratar de ayudar y estar conectado con la comunidad. En dicho trabajo social hay un desborde del vínculo de participación por los excesos de la atención de casos. Hemos visto en innumerables pasajes de esta tesis que la atención de casos es una necesidad muy grande frente a la indiferencia institucional y, especialmente, frente a la abstracción de la cuestión social de los pacientes. Sin embargo, desde

el dispositivo de participación esto se vive como una paradoja ya que focaliza la acción en lo individual, dejando en un segundo o tercer orden de importancia lo colectivo. El vaciamiento de la participación repercute en la acción profesional despojándola de la prioridad de abrir un espacio público en el campo de la salud, así como de perder de vista los sujetos colectivos y privilegiar la atención individual de casos.

La multiplicidad de funciones tensiona a los profesionales. Por una parte, los obliga a ir más allá de sus competencias profesionales sin contar necesariamente con los apoyos institucionales para hacerlo y, por otra parte, presiona hacia una desprofesionalización. Esta puede venir desde una gran inespecificidad de funciones, lo que desemboca en ciertos excesos del vínculo o en una asimilación del trabajo en participación social con un trabajo social desprovisto de un marco institucional de acción delimitado. Por otra parte, el sector de la salud ha establecido una fuerte protocolización del trabajo justamente para evitar lo anterior. Paradójicamente, la protocolización también puede constituir una fuente de desprofesionalización. En la Posta la puesta en marcha de la estrategia de atención integral implicó la generación de un nuevo protocolo¹. Este tipo de instrumentos describen en términos específicos las atenciones comprendidas dentro de un programa, sus flujos y sus responsables. En ese sentido distribuye las responsabilidades y funciones coordinando la acción colectiva del equipo profesional. Ahora bien, de esta forma los contornos de la acción de los sujetos profesionales quedan determinados por instrumentos que tienen una existencia externa a las situaciones específicas. Ser buenos profesionales corresponde, en este sentido, a adecuarse a las normas descritas dentro de los protocolos. Esto bien puede llevar a una pérdida de autonomía del profesional sobre su trabajo, quedando en entredicho su juicio y capacidad reflexiva en la toma de decisiones. Sin embargo, los profesionales de la Posta señalan que hay un margen de adaptación técnica en función de la realidad, lo que se aprende con la experiencia, así como hay áreas en las que ellos mismos participan de la modificación de los protocolos.

El tema de la experiencia profesional nos lleva hacia un segundo ámbito de determinación que identifican los profesionales de la Posta. Ellos señalan no sentirse preparados para abordar el desafío de estar en una encrucijada entre, por una parte, la multiplicidad de funciones que deben cumplir, la observancia de toda una serie de protocolos y, por otra

parte, la tensión que el cambio en la modalidad de atención le imprime a la relación con los usuarios y con sus colegas profesionales.

Si tomamos lo último, los profesionales están íntimamente involucrados en el desafío de coordinarse al interior de sus equipos de trabajo. Hemos mencionado como esto es generalmente abordado a través de protocolos de acción. Sin embargo, la nueva forma de atender vino a modificar un paradigma de acción más profundo ya que, si bien se formaliza en un nuevo protocolo, los objetivos que se persiguen pasan a tensionar la forma en que los profesionales están formados. Ellos reconocen haber recibido pocas herramientas desde su formación inicial para abordar los desafíos de la salud pública. La atención integral altera el foco de la acción profesional. Si antes los pacientes pasaban por una serie de programas de salud, con distintos flujos y profesionales, ahora un mismo equipo profesional está llamado a atender a un paciente por distintos motivos de consulta. Esto los empuja hacia una diversificación profesional, es decir un fenómeno contrario a la especialización. En base a ello los profesionales de la Posta se muestran críticos hacia la expertise biomédica, fuerza dispositiva que ha determinado la formación que han recibido bajo la cual se promueve una figura de paciente abstracto y una visión hospitalaria de la atención. Lo que ellos encuentran en la relación con las personas que llegan buscando atención de salud en la Posta es radicalmente distinto.

Los sujetos profesionales no sólo reconocen determinaciones, sino que también respuestas de acción frente a ellas o tácticas subjetivas, como le hemos llamado siguiendo a de Certeau. Una de las características más sobresalientes del equipo de profesionales jóvenes de la Posta es la idea de autosubjetivación que presentan al pensarse en tránsito hacia ser un nuevo tipo de profesionales. El camino para convertirse llegar a encarnar a este “nuevo profesional” está marcado por algunas estaciones como son la indignación, el interés por el paciente, la vinculación, la intervención y la consciencia de sus propios límites.

En primer lugar, está la indignación frente a la indiferencia institucional que renuncia a hacerse cargo de la situación de fragilidad del usuario. La ética social enarbolada por los profesionales de la Posta reconoce que en salud no se hace lo suficiente como para atender la cuestión social de los pacientes que llegan a los centros de salud. Si bien se reconoce que se activan redes municipales para intervenir en los casos sociales, se apunta a una desesperanza y una serie de malestares psicosociales

de las personas, que determinan sus trayectorias de salud, pero que algunos profesionales prefieren dejar fuera de su ámbito de trabajo. El nuevo profesional, en cambio se interesa por el paciente. Esta segunda capacidad viene a modificar lo que tradicionalmente se entendía por tener buen ojo clínico: no sólo se trata de una experiencia y competencia profesional para llegar a diagnósticos certeros a partir de síntomas, sino que se incorpora la escucha y la generación de un vínculo con el paciente. El nuevo ethos profesional viene a dar respuesta al reclamo que hacían las usuarias sobre la incapacidad de los profesionales para ir más allá. Sin embargo, como veremos, esta capacidad encuentra obstáculos para realizarse fuera del box de atención.

Ahora bien, la tercera estación de este camino de autosubjetivación profesional es el despliegue de una serie de tácticas relacionales para entrar en vínculo con los pacientes. Se requiere una predisposición distinta en el encuentro con el paciente. Una predisposición a la escucha, no sólo del paciente sino también de su entorno familiar y de sus condiciones de vida. Conocer el contexto social resulta determinante para entrar en una relación terapéutica que tenga posibilidades de llegar a acuerdos consensuados. Ser sociable, o conversar con el paciente, se muestra como una táctica que permite conocerlo mejor. Escuchar la historia de vida permite reencantar al usuario en sus trayectorias de cuidado. El médico del equipo apunta que las tácticas de vinculación no necesariamente deben ser predefinidas de antemano y van a depender del setting, es decir del encuadre específico que adquiera la relación terapéutica en función de las características personales o culturales del paciente. En parte, esto también es recogido por otros profesionales que subrayan la necesidad de desempeñar un personaje en el box, un personaje que tenga gran disponibilidad subjetiva para el paciente. Esto implica estar disponible en distintos ámbitos de su subjetividad para el paciente.

Sin embargo, aquí se empiezan a evidenciar los límites que existen para transitar por este camino de autosubjetivación. El desempeño de un papel esconde una serie de dificultades laborales y personales que el profesional siente y que decide dejar fuera del encuentro con el paciente. Esto representa una negación de ciertas dimensiones subjetivas del profesional que se van a acrecentar como veremos a continuación.

Una vez realizada la vinculación el profesional tiene que hacer su intervención. Los profesionales de la Posta entienden que para aumentar sus probabilidades de éxito en la relación terapéutica deben invertir tiempo en la vinculación. La nueva estrategia de atención integral les daba, en parte, esa posibilidad. Sin embargo, la gestión de un caso requiere de ciertos apoyos institucionales que permitan apuntalar la intervención profesional. Si bien se identificaban algunos apoyos institucionales, esto estaba acompañado por una fuerte sensación de la fragilidad de los mismos. Esto queda de manifiesto en el hecho de tener que ir muchas veces más allá de sus capacidades con el objetivo de lograr un cambio en la trayectoria de los pacientes. La dureza de ser testigos del deterioro de la salud de sus pacientes los hace entrar en un activismo profesional que no tiene un marco de acción bien definido en el caso de los profesionales del área social. La nueva modalidad de atención, al modificar la concepción del paciente, lo que hace es mover el eje, aunque sea de forma limitada, hacia una comprensión de las condiciones de vida y los determinantes de salud de los pacientes, sin embargo, no tiene una estrategia de acción en dicho ámbito.

Cuando los profesionales de la Posta se proponen transformar la forma en que ejercen su profesión esto pasa por cambiar la relación que mantienen con los pacientes. Sin embargo, pasar del vínculo a la acción parece ser la etapa más difícil de ese tránsito. Hay una resistencia de parte de los mismos pacientes por asumir autonomía y responsabilidad en sus trayectorias. Esto está vinculado con una concepción del otro como un actor racional, o su contrario, y con una dificultad para asimilarlo como un sujeto movido por deseos y, sobretodo, por múltiples determinaciones. El interés por el paciente se pone a prueba cuando este no responde a la disponibilidad subjetiva que el profesional ha tenido y la respuesta que espera de parte de los pacientes. La autosubjetivación del profesional requiere de reflexividad respecto al grado de dependencia que el paciente necesita mantener y un marco de acción para acompañarlo en dicho camino. Esto ha decantado en una figura del paciente como un sujeto en formación. En este sentido, un nuevo profesional requiere de un nuevo paciente. Sin embargo, las vías para forjar a este nuevo paciente se vuelven opacas sabiendo que la relación de participación ha estado obstaculizada. El dispositivo de participación juega un rol crucial en el mantenimiento del equilibrio ya que permite un encuadre horizontal frente a desafíos que la institución no tiene resueltos. En ese sentido, el nuevo ethos profesional puede

legítimamente esperar un cambio en la figura del paciente, pero para que dicho cambio no sea instrumental ni vertical se requiere de un espacio distinto a la relación terapéutica y a la relación de servicio para lograrlo.

Finalmente, la limitación para ir más allá del box nos parece que constituye una matriz de tensiones importantes para los profesionales de la Posta. Por una parte, el ethos enarbolado por los profesionales aboga por un abordaje integral y humanizado del paciente, pero entra en dubitaciones frente a la tarea de ir a buscar al paciente fuera del centro de salud. Esta es un área más gris en la figura del nuevo profesional que reconoce una frontera en su misión como profesional de la salud. Se reconoce que vínculos comunitarios fuertes son esenciales para que un paciente cuente con el apoyo necesario para ser cuidado y cuidarse a sí mismo, pero dicha fortaleza estaría más allá de la competencia que ellos tienen como profesionales. Lo que queda en entredicho es la capacidad para llevar el cambio de relación hacia un ámbito de intervención en la promoción de la salud. En este sentido, la nueva estrategia de atención sigue quedando dentro de un paradigma de compensación de pacientes crónicos y no tiene bases sólidas como para entablar un setting no terapéutico de encuentro. Ese otro vínculo requiere otro diálogo y otra escucha. Los profesionales incluyen en su discurso este ámbito, tienen consciencia de la necesidad que existe de abordarlo, pero también tiene consciencia de las barreras que actualmente existen para ello, sobretodo en la sobrecarga asistencial que les impone el dispositivo de servicio. Ir fuera del box, tanto física como epistemológicamente, requiere de apoyos institucionales que no están considerados en la estrategia de atención integral.

LO INSTITUCIONAL Y LO SIGNIFICATIVO: EL DISPOSITIVO DE PARTICIPACIÓN.

Habiendo hecho un recorrido por las grandes conclusiones en términos de los sujetos de cada uno de los dos centros de salud que estudiamos, es hora de cruzar sus análisis y caracterizar sus convergencias y discrepancias.

Los dispositivos de participación que hemos estudiado han sido institucionalmente modelados desde las normativas de participación a nivel general, es decir de la administración del Estado con las leyes e instructivos de participación³³ y también a nivel sectorial con las normas específicas de la participación en salud. Ahora bien, los dispositivos de participación en salud que han florecido al alero de dichas disposiciones normativas están lejos de ser homogéneos siendo esto, en primer lugar, el producto de la interferencia que los dispositivos de servicio y terapéutico mantienen con el dispositivo de participación en el ámbito de la salud pública chilena. Ahora bien, otra fuente que tensiona y modela a los dispositivos de participación es la propia acción de los sujetos que aparecen en él. En ese sentido, podemos decir que la institucionalización de estos dispositivos ha traído consigo una cierta posibilidad de apropiación por parte de los sujetos que el propio dispositivo ayuda a forjar. Veámoslo a partir de nuestro material empírico.

Las formas correctas de participar se han instaurado más bien desde las prácticas de los sujetos que desde las normativas que los rigen. Esto demuestra de una distancia normativa importante a la hora de subjetivarse como sujeto de la participación. Una buena parte de los dirigentes sociales que hemos entrevistado han sido forjados en otras matrices de participación, entiéndase en otros dispositivos, siendo los Consejos de Usuarios o Consejos de Desarrollo Local una estructura debe su existencia a la obligatoriedad que le impone la ley, pero que es ingrata con los sujetos que pasan por ellos. El debate que hemos instalado en este dispositivo es entre lo institucional y lo significativo, aspectos que pueden acercarse o alejarse, como dos vértices móviles de la orientación normativa de los sujetos, en otras palabras, de su afección o desafección dentro de sus procesos de subjetivación.

Lo que hemos observado en la Posta Las Vertientes difiere de lo que vimos en el CESFAM Villa Ohiggins. En la primera el dispositivo de participación estaba vaciado, en gran medida por la pandemia, pero también por una crisis

³³ Ley de Juntas de Vecinos, ley de participación en la gestión pública e instructivo presidencial de participación en la gestión pública.

del vínculo entre profesionales y comunidad que databa de antes de los confinamientos. La cisura social que experimentó la Posta alejó a quienes la habían usado como lugar de encuentro: “las Tejedoras de Las Vertientes”, un grupo de mujeres pensantes que querían cambiar el mundo. Ellas desarrollaron un vínculo cercano y horizontal con varios de los profesionales que conformaban el equipo de la Posta. Allí se generó una primera modalidad de hacer significativa la participación. El ciclo de autosubjetivación que vivieron terminó cuando llega la nueva dirección de la Posta y decide cambiar a gran parte del equipo profesional.

Esta cisura se interpreta desde dos veredas que nos dan cuenta del enfrentamiento entre posiciones subjetivas. Por una parte, la desafección de las mujeres pensantes frente a lo que ellas denominaban la monarquía, es decir una verticalidad radical en la toma de decisiones. En términos de la participación esto daba cuenta del cierre del espacio que se les había abierto en la posta. Sin embargo, desde la otra vereda, la de la dirección de la Posta y parte del nuevo equipo profesional, dicha forma de ocupar la posta estaba restringida a un grupo muy cerrado de usuarias quedando gran parte de la población objetivo del centro de salud fuera de ella. Esto da muestras de un dispositivo de participación selectivo, que no era capaz de representar a la gran masa de vecinos del sector cubierto por la Posta. Si se reconocía a este grupo de mujeres, no se hacía lo mismo con los otros grupos que terminaban engrosando las filas de los usuarios invisibles.

Una segunda modalidad, desplegada por los sujetos en la Posta, para hacer participación significativa nos lleva un caso particular que nos permite ver cómo los sujetos transitan entre distintos dispositivos de la salud. La modalidad que hemos descrito como la “ayuda que tiene valor” o “saber hacer la diferencia”, desplegada por una dirigente del Consejo de Usuarios, equivale a entender a usar tácticamente sus capacidades subjetivas y prestar trabajo social hacia los vecinos desde una labor de enlace propia del dispositivo de servicio. Mientras el dispositivo de participación puede estar habitado por dirigentes que no hacen trabajo social, en el dispositivo de servicio se evidencian múltiples necesidades de acceso a la salud. Para que el dispositivo de participación resulte significativo, según esta modalidad de apropiación, debe mantener siempre una fuerte imbricación con los dispositivos que prestan asistencia de salud a las personas. Allí radicaría lo que tiene valor.

En el CESFAM Villa O’Higgins hemos evidenciado que lo significativo no es opuesto a la institucional. A pesar de evidenciar fluctuaciones en sus niveles

de participación, el centro de salud se ha posicionado como un promotor de desarrollo para el tejido social. Dentro de los márgenes temporales de nuestra investigación no hemos podido evidenciar lo mismo en la Posta. Lo primero que salta a la vista en el CESFAM es una cierta perseverancia en prestarle apoyos a los sujetos profesionales que trabajan en el área de participación. Estos reconocen con orgullo el aporte que han hecho en la forja del adulto mayor empoderado y en el desarrollo de una relación de confianza con los usuarios. A pesar de ser una lucha constante por validarse entre sus colegas profesionales de salud, es una lucha llena de sentido y con resultados que los han posicionado en el CESFAM. Su lucha también se libra contra las fuerzas del dispositivo de servicio que los somete a una constante planificación y protocolización de su acción, que es identificada como excesiva, pero que por momentos les permite detenerse a reflexionar sobre lo que hacen.

Si los dirigentes sociales reconocen al CESFAM como un espacio de integración social, lo hacen en un contexto mayor de desprotección y de no sentirse integrados en la sociedad. Lo que recorre su posicionamiento es dicha percepción del declive del lazo social, en una mirada histórica, pero también en una mirada de sus vidas privadas contemporáneas. A pesar de ello, su discurso no queda preso en la desilusión, sino que deja ver tres modalidades que hacen significativa la participación en salud que, a la vez son tres modalidades de integración social. Lo primero que salta a la vista es un cierto compromiso de clase, de la clase trabajadora que los liga con los profesionales del CESFAM y los lleva a reflexionar antes de proferir críticas destempladas. Esta relación basada en el compromiso los lleva a tener que callar ciertas quejas y a la segunda modalidad de mantener lo significativo de la participación. Esta corresponde a la búsqueda contante del entendimiento, el buen trato y la responsabilidad como dirigentes que, muchas veces, los lleva a ponerse del lugar de los profesionales del CESFAM y criticar a ciertos “usuarios salvajes” que pasan a llevar el valor del entendimiento. Finalmente, lo que los llena de sentido es el compartir en colectivos como el taller de artrosis, una especie de motor de la participación en el CESFAM, y servir a otros como las abuelitas del club de adulto mayor. Esta última modalidad tiene una cercanía con la “ayuda que tiene valor” desplegada en la Posta. La diferencia radica en la conformación de colectivos que está presente en el CESFAM, mientras que en la Posta se aborda más bien como gestión de casos individuales.

ENTRE LA ESTANDARIZACIÓN Y LA PERSONALIZACIÓN: EL DISPOSITIVO DE SERVICIO

Como hemos señalado, el dispositivo de servicio modela las figuras del usuario y del funcionario. Es en este dispositivo donde se acumula la experiencia de la gestión de un servicio público de salud, así como la experiencia de acceder a dicho servicio por parte de quienes lo usan. Las fuerzas dispositivas llevan a los sujetos, bien hacia la estandarización o hacia la personalización de la relación que mantienen entre ellos. Dicha relación permite el acceso a derechos sociales, pero al mismo tiempo ejerce un control social y un disciplinamiento de los sujetos que se amoldan a la normatividad del servicio. En nuestro terreno hemos visto un dispositivo de servicio bastante presente en la Posta, en donde el gran tema de los sujetos, tanto funcionarios como dirigentes, era el acceso a la salud en relatos que daban cuenta de esperas, discriminación e indiferencia institucional. La negación que era ejercida hacia muchos de los pobladores de Las Vertientes, la “comunidad fragilizada”, encontraba eco en los profesionales para desplegar toda una serie de técnicas de escucha, de visibilización de la cuestión social y de disponibilidad subjetiva que encarnaba un renovado ethos profesional lo que constituye el camino de autosubjetivación de los profesionales de la Posta más importante que hemos evidenciado. Esto buscaba hacer visible el caso y personalizar la relación. Ahora bien, al hacerlo no se identificaba a la estandarización como una fuerza dispositiva gravitante o que sometiera a los sujetos coartando su posibilidad de apropiarse del dispositivo. Más bien ocurría lo contrario: la negación del acceso a la salud tenía que ver con la inexistencia de estándares en el trabajo de gestión. Por una parte, se hizo evidente la baja población bajo control y, por otra parte, se reconocía que la clasificación por riesgo de los pacientes permite visibilizar las necesidades de atención, pero con un trasfondo claro de focalización de los recursos. La imbricación que mantiene el dispositivo de servicio con el dispositivo terapéutico es clara no tan sólo en la posta, sino también el CESFAM.

En el discurso de los sujetos del Villa Ohiggins se evidenciaba un mayor peso de las disciplinas de la salud, muchas veces llevado hacia la relación terapéutica. Sin embargo, también se presenta el programa de atención integral como un intento por personalizar la relación y de establecer una mayor colaboración entre los distintos miembros del equipo profesional. Esto estaba directamente vinculado con la estandarización de ciertos flujos y procedimientos que llevaron al colapso a una de las médicas del CESFAM. Las trabas administrativas generaban una gran disonancia entre la expectativa de dar respuesta a los pacientes y la pobre respuesta que le podían ofrecer.

Esto era complementado por una tendencia a atender para cumplir con los indicadores, es decir para responder a la presión asistencial y con la informatización del paciente mediante el llenado de formularios. Esta es la experiencia que llevaba a configurar el asilamiento de los médicos, quienes quedaban fuera de la colaboración interprofesional en el CESFAM y con una muy baja probabilidad de establecer una relación con los pacientes. Los dirigentes del CESFAM no se posicionaban particularmente en este dispositivo, sin embargo, los sujetos colectivos que se desarrollaban al alero del CESFAM realizaban una labor similar de intermediación, de trabajo social, a la realizada por algunas dirigentes de la Posta. Es importante el poder que tiene la interpretación que hacen, tanto profesionales como dirigentes, del abandono, la fragilidad o la discriminación ya que es una de las fuentes más importantes de darse una misión y, sea individual o colectiva, con la potencialidad de establecer un camino de autosubjetivación.

AUTONOMÍA, DEPENDENCIA Y AUTORIDAD: EL DISPOSITIVO TERAPÉUTICO.

Íntimamente ligado con el dispositivo de servicio, por momentos bajo su influjo de fuerzas dispositivas, el dispositivo terapéutico mantiene a los sujetos, pacientes y profesionales de la salud, entre la dependencia de fuerzas centrales y consolidadas, como la expertise que ha modelado la figura del especialista, y una fuerza que puja por la autonomía de los pacientes. La nueva forma de atender podría ser parte de esta puja por la recomposición dispositiva frente a la autoridad de la biomedicina. Recordemos que el cambio más fundamental en la nueva forma de atender tiene que ver con la introducción de acuerdos entre profesional y paciente en la relación terapéutica. Sin embargo, vimos en el CESFAM que los sujetos profesionales con más experiencia han visto pasar proyectos que han buscado objetivos similares y que han cedido ante la combinación de presión asistencial y hegemonía de procesos diagnósticos de laboratorio. La salud familiar, otra forma de entender la atención integral, es un discurso que no ha logrado cuajar en una política coherente. Esta coherencia, bajo los códigos de nuestra investigación, pasa por brindarles los apoyos institucionales necesarios a los sujetos de la salud para que puedan apropiarse de un dispositivo configurado en términos colectivos, participativos, interdisciplinarios y territoriales.

En el CESFAM Villa Ohiggins vimos claramente un posicionamiento disciplinarmente determinado de los profesionales en este dispositivo. Sin embargo, la nueva forma de atender y el influjo del dispositivo de servicio han operado modificaciones notorias. Los médicos, si bien mantienen su poder de diagnóstico y su reconocimiento entre los pacientes, están en una situación de aislamiento y transitoriedad en el centro de salud. Esto condiciona su incorporación en el cambio de paradigma y deja ver resistencias al programa de atención integral por el desgaste que representa y los escasos resultados que muestra en términos de liberarlos de la disciplina de atender maquinalmente. Para ellos el especialista se mantiene como el modelo de sujeto deseado lo que deja ver la centralidad que tiene la formación de la expertise en la forja de estos sujetos. Ahora bien, otros sujetos profesionales han visto un desplazamiento desde los márgenes hacia posiciones más centrales del dispositivo gracias a la nueva forma de atender. Es el caso de las enfermeras y nutricionistas que ejercen labores de enlace y de educación de los pacientes teniendo una presencia significativa en la relación. Si los médicos, dadas sus determinaciones dispositivas, exhibían una cierta perplejidad ante la situación de abandono de los pacientes, es decir ante condiciones de vida complejas, las otras profesionales tenían la

posibilidad de intervenir mediante el acompañamiento y la escucha. Esto no estaba exento de paradojas ya que también las sometía a una cierta desprofesionalización al tener que dar la libertad de elegir al paciente sin tener todos los marcos como para conducir sus consecuencias. En otras palabras, se les presentaba abiertamente lo problemático del arte de brindar autonomía y mantener una relación de cuidado.

En la posta la ética humanista contra la discriminación parecía ser una fuerza que irradiaba tanto al dispositivo de servicio como al terapéutico. Ella permitía ejercer abiertamente una crítica a la autoridad de la biomedicina y darle un sentido social a la nueva forma de atender. No se trataba sólo de visibilizar la cuestión social del paciente, sino que también de darle voz a la comunidad fragilizada. En este equipo profesional parecía estar, la menos discursivamente, más claro que una forma de dependencia era necesaria como para abordar la fragilidad del paciente. En ese sentido, cambiar la relación equivalía a establecer una relación con el paciente, a desarrollar una disponibilidad subjetiva. Los acuerdos compartidos se entendían como algo natural que se iba a desarrollar a medida que se estableciera el vínculo. Si bien hay un cierto romanticismo en el posicionamiento de este equipo, de profesionales jóvenes y nuevos en la posta, esa era su modalidad para darse un camino de autosubjetivación a través de una indignación y compromiso con la realidad social de los pacientes de la posta.

DE REGRESO EN LAS ARENAS DEL SUJETO

Las arenas del sujeto son inestables, comparten esa soberanía imposible que apuntaba de Certeau (2000), sin embargo, que el sujeto haga pasar tanto la reflexión como la acción por estos terrenos lo mantiene vigente en su carácter “furtivo” frente a los dispositivos. Ahora bien, esta problemática la hemos enmarcado en dos grandes contradicciones propias de la modernidad que tienen gran importancia en la configuración del escenario social de la salud pública. La primera de ellas era la tensión entre la cuestión técnica y la cuestión social en oficios fuertemente relacionales y tecnificados. Por un lado, veíamos las transformaciones del sistema de salud, su creciente tecnificación y regulación que modificaban fuertemente tanto el escenario en el que se daban las atenciones de salud, como la formación de los profesionales de la salud. A esto le llamamos la cuestión técnica. Por otra parte, vimos la lucha de los pobladores y obreros por acceder a la salud. Bajo condiciones de vida muchas veces insalubres, la lucha social se daba especialmente por la salud materno-infantil, lo que iba decantando en la expectativa de tener un policlínico o consultorio cerca del domicilio. A esto le llamamos la cuestión social de la salud.

No obstante, nuestro objetivo iba más allá de la descripción empírica de estas cuestiones en un CESFAM y en una Posta Rural. Este interés reside, como lo hemos reiterado, reside en aportar elementos para la comprensión de la forja de los sujetos de la salud. Estos procesos de subjetivación acontecen gracias a la dialéctica entre disciplina y libertad, los dos grandes *retratos de la modernidad* (Wagner, 1997). Nuestro aporte, aunque modesto, ofrece una forma de operativizar esta cisura de la modernidad en un campo específico como es el de la atención primaria del sistema público de salud chileno. En ese sentido, nos ha parecido adecuado ensamblar una dinámica relacional de la subjetivación que considera la heterogeniedad dispositiva propia del mundo de la salud, en la que las fuerzas dispositivas actúan sobre los sujetos y ellos, al mismo tiempo, se posicionan e intentan no dejarse avasallar por la vertiente coercitiva de aquellas fuerzas. Esto último es especialmente sensible y nos ha llevado a preguntarnos, en una lógica prospectiva, cuáles son las vías que le permitirían a los sujetos de la salud desplegar un espacio de juego en el que puedan darse sus propias reglas y desarrollar tácticas subjetivas, es decir ¿Cómo sortear esta mutación institucional de modo de salir fortalecidos subjetivamente? Lo que hemos evidenciado es que los sujetos de la salud se encuentran en una constante búsqueda de apoyos y a una cierta distancia de la institución, o en una cercanía problemática. De acuerdo con esto es que su fuente más importante de apoyos se encuentra

en las relaciones interpersonales. Este escenario relacional es buscado tanto por los sujetos como por los dispositivos, presentando distintos grados de apertura subjetiva y de clausura dispositiva. En consecuencia, para recorrer su complejidad social los sujetos de salud acusan la necesidad de apoyos, manteniendo vivo el deseo de que los marcos institucionales se presten para el uso y para la reapropiación por parte de los sujetos. Volveremos sobre esto un poco más adelante.

De las múltiples tensiones entre cuestión técnica y cuestión social en salud pública, inicialmente, pusimos al centro una de ellas como es la participación social. Hicimos esto porque se vincula íntimamente con mi experiencia laboral previa, la que influyó decisivamente en la génesis y perspectiva de esta investigación. Pero ese sitio de la participación, lo utilizamos para observar la diversidad de relaciones que se dan entre los sujetos de la salud. En definitiva, el contenido más importante de lo que se dice en los espacios de participación tiene que ver con experiencias terapéuticas y administrativas vivenciadas por los usuarios en los centros de salud. Esta heterogeneidad de relaciones institucionales tensiona los encuentros entre los sujetos ya que, en cada uno de los dispositivos, las fuerzas que actúan sobre ellos evidencian intensidades y formas distintas de manifestarse. En otros términos, se puede afirmar que tanto la cuestión social como la cuestión técnica se conjugan de forma diversa en cada uno de los dispositivos. Esta complejidad hace que la demanda comunitaria por tener un centro de salud se vea desplazada, en el tiempo, por la incertidumbre sobre cómo se llega a tener buena salud. Es que una vez instalado un centro de salud surgen nuevas interrogantes para quienes los usan y para quienes trabajan en ellos. Estas nuevas interrogantes están en gran medida determinadas por el incesante crecimiento del dispositivo de servicio. Ya no se trata simplemente de atender pacientes. Asistimos a una masiva presencia del discurso de la calidad, de la regulación, de la coordinación, de la acción en redes de salud y de una participación en la gestión. La tensión que hacían notar algunos profesionales, entre estar “orientados al indicador o al paciente” es un síntoma de dicho operar del dispositivo de servicio.

Este dispositivo parece vivir un auge no exento de contradicciones. Extendiendo el discurso de la calidad tanto hacia las relaciones terapéuticas como hacia las relaciones de participación se convierte en un motor de grandes transformaciones en la forma en que los sujetos son considerados. La estandarización, a través de la evaluación y de la protocolización, es la fuerza dispositiva principal que hemos caracterizado a partir de los malestares y los apegos que genera en los sujetos. Los profesionales se ven inmersos en una constante tensión entre la disciplina del cambio y la

disciplina del atender generada por un dispositivo de servicio que parece tener un funcionamiento central y uno periférico que no siempre son coherentes entre sí. En el centro reside la rendición de cuentas, las metas de la gestión, mientras que en la periferia la incorporación de innovaciones, como la estrategia de atención integral, se muestra más abierta a las fuerzas de los dispositivos terapéutico y de participación, así como a una apropiación por parte de los sujetos. Sin embargo, la relativa ligereza del poder en dichos espacios es pasajera, lo que queda de manifiesto en los relatos de los sujetos que han visto, a lo largo del tiempo, como la apertura inicial va quedando sin recursos y sin apoyos institucionales.

En lo que respecta al dispositivo terapéutico, este legitima y ofrece al consumo, como diría de Certeau, las figuras subjetivas del paciente y del especialista, modeladas por la expertise y la formación. Si bien los especialistas no han sido directamente parte de esta investigación, en el sentido de no haber realizado un trabajo de terreno con ellos, su figura ha aparecido, como un fantasma, en varios puntos de los relatos tanto de los usuarios como de los profesionales de la salud primaria. Y es que a partir de dicha figura muchos de los sujetos se posicionan entorno a dos modelos de salud distintos, el biomédico y la salud familiar. La balanza se muestra inclinada hacia el primero de ellos, el que promueve y refuerza una relación individual con la institución que le pone obstáculos a una subjetivación pensada en términos colectivos.

Los profesionales jóvenes, desde su formación universitaria y desde los nuevos programas de atención, son empujados a reconfigurar sus identidades profesionales. Esto lo hacen posicionándose de forma crítica frente a los conocimientos y prácticas monolíticas de una salud hospitalocéntrica y, especialmente, frente a una forma tradicional de atender que no considera los intereses del paciente y que parece perpetuar la indiferencia institucional. La nueva forma de atender a pacientes crónicos introduce un cambio que, revitalizando principios de la salud familiar junto con un reforzado monitoreo epidemiológico, busca generar una nueva relación terapéutica basada en la autonomía y en la toma de acuerdos con el paciente. Como bien se nos hizo notar ese cambio requiere tanto de nuevos profesionales como de nuevos pacientes. En ello se deja sentir una tensión de la fuerza dispositiva de la educación del paciente que, por una parte, intenta poner en práctica una ética relacional, reorganizando los espacios del decir y del escuchar, y por otra, encasilla a los pacientes en una creciente responsabilización individual.

A lo largo del análisis evidenciamos la fragilidad del dispositivo de

participación a través de posicionamientos subjetivos como el de los dirigentes. Ellos, entre la desilusión y la crítica, deben escoger muy bien sus batallas, saber hacer la diferencia entre lo que tiene valor para la comunidad y lo que hace parte de la logorrea tecnocrática del dispositivo de servicio que socaba el ethos comunitario. El vaciamiento de la participación corresponde a la negación de que, a través de este dispositivo, se pueda reconocer a un sujeto más vasto: un sujeto portavoz no reducido a las determinaciones tanto de la salud individual como de la gestión de usuarios. En otras palabras, los espacios de voz y de escucha se muestran insustanciales, forjando posiciones subjetivas desconectadas de la institución. El sentimiento de no sentirse integrado es parte de un legado histórico que se deja sentir en los relatos de los dirigentes que forjaron su ethos comunitario en una matriz societal distinta a la que les presentan los dispositivos de participación de los centros de salud. No obstante, la evidencia de un lazo social perdido no impide la existencia de posicionamientos que buscan el entendimiento con la institución y la solidaridad hacia la comunidad, configurando así un espacio táctico para reparar vínculos. Lo que queda en evidencia es que estas resistencias del sujeto se encuentran en constante amenaza de ser encasilladas desde el exterior por la sobreexposición a las fuerzas dispositivas; una exposición al desnudo, sin los apoyos necesarios como para canalizar dichas fuerzas en función del sentido que ellos le dan a su posición en el entramado social de la salud pública.

« Lorsque la société passe d’une structure hiérarchique stable à une structure réticulaire mobile les identités vacillent, renvoyant à chaque individu le soin de construire la cohérence et la stabilité qu’elle ne lui assure plus. Chaque individu est renvoyé à lui-même pour « se faire une situation », donner du sens à sa vie, définir son identité, produire son existence. On attend de lui qu’il devienne un sujet responsable, comptable de sa destinée, acteur engagé dans la production de la société » (de Gaulejac, 2009, p. 73)

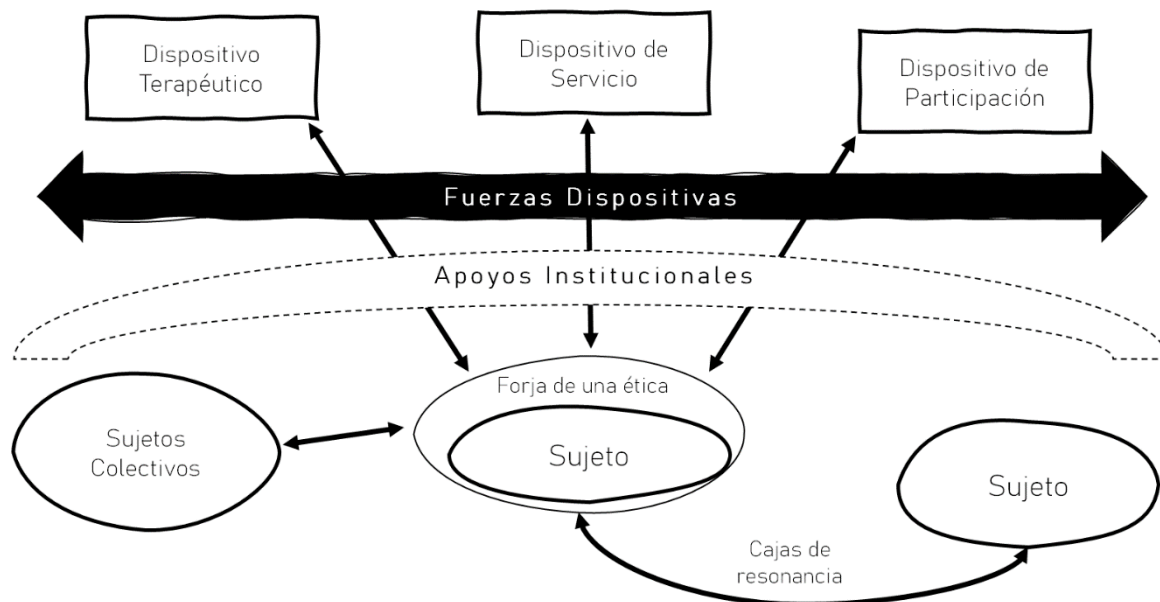
Si bien para afirmar el paso hacia una estructura reticular en la salud pública chilena necesitaríamos de antecedentes más robustos, lo que hemos mostrado en esta tesis son los constantes cambios a los que están sometidos los sujetos en el marco de los programas de atención primaria de salud, lo que hemos nombrado la disciplina del cambio. Estos cambios muestran las fisuras de las jerarquías tradicionales asentadas sobre el estatus y sobre las posiciones asignadas por los distintos estamentos de la salud. La superposición dispositiva, terapéutica, de servicios y de participación, va corroyendo estas jerarquías por ciertos excesos de funciones cuya coherencia no puede ser sostenida desde las posiciones tradicionales. Dubet

(2010) sostiene la idea de la incongruencia de la socialización del individuo lo que tiene repercusiones en la subjetivación. La tesis que hemos desarrollado corresponde a una forma de interpretar estas incongruencias a través de una serie de tensiones que se dan entre las fuerzas dispositivas y los posicionamientos que los sujetos adoptan en respuesta a ellas.

Hacia una teoría relacional de la subjetivación

Nuestra hipótesis de investigación señalaba la determinación que los procesos de subjetivación, de profesionales y usuarios de la salud pública, muestran en función de la posición que se ocupa en los distintos dispositivos. A la luz de nuestros análisis hay algunas cosas que precisar al respecto. Lo primero es señalar que, la determinación sobre la forja de los sujetos se hace desde la factualidad que le imprimen las fuerzas dispositivas a las experiencias de los sujetos en los distintos dispositivos. Si bien esto coincide con el planteamiento clásico de la subjetivación en código foucaultiano, hemos aportado elementos para una mejor comprensión de cómo esto también pasa por las relaciones intersubjetivas en contextos institucionales. El campo de la salud se caracteriza por ser altamente relacional (Demailly, 2008; Dubet, 2006; Périlleux, 2016) y es por esa línea que nos parece relevante contribuir en la articulación de una lógica relacional de subjetivación, bajo la cual los ideales normativos son puestos en escena por sujetos, ya sea por mandatos institucionales o por tácticas subjetivas, con el fin de influenciar la conducta de otros.

Figura 2: elementos para una teoría relacional de la subjetivación en salud



Elaboración propia

El esquema anterior nos permite cartografiar nuestra propuesta de análisis sobre los procesos de subjetivación en la institución sanitaria. Si observamos al sujeto que se encuentra abajo y al centro del esquema se aprecia que se encuentra inserto en una serie de relaciones hacia arriba, con lo que podríamos entender, de manera genérica, como la institución sanitaria. Sobre ese entramado de relaciones ya hemos dicho bastante. En segundo lugar, el sujeto se encuentra inserto en otra serie de relaciones hacia sus lados con otros sujetos, tanto individuos como colectivos, a las cuales les vamos a dedicar las líneas que vienen a continuación.

Una de las características más sobresalientes que hemos evidenciado en la relación entre los sujetos de la salud es su fugacidad. Por una parte, la biomedicina le ha restado importancia al vínculo entre paciente y profesional, volcando la atención hacia el laboratorio y la toma de muestras. Por otra parte, el dispositivo de servicio obliga al profesional a atender pacientes maquinalmente y a informatizarlos en una serie de registros electrónicos sin darle el tiempo necesario para hacerlo. El resultado es un empobrecimiento intersubjetivo del encuentro terapéutico a merced de la robustez del registro. Esto es sentido como un malestar por los pacientes quienes desean tener cercanía y confianza con los profesionales que los

atienden. La fugacidad de la relación parece estar instalada, hecho que es perceptible en el relato de los pacientes quienes señalan no poder decir lo que ellos sienten realmente, debiendo más bien adecuarse a la estrechez de la escucha que el dispositivo propone.

La existencia de la relación representa una continuidad en el tiempo; su negación, por el contrario, una hegemonía del presente, una urgencia de lo inmediato. Este fenómeno, como diagnóstico de la modernidad tardía, ha sido analizado por Rosa (2010) a través del fenómeno de la *aceleración* que ilustra la relevancia del tiempo en las dinámicas sociales.

“Le fait de savoir qui définit le rythme, la durée, le tempo, l’ordre de succession et la synchronisation des événements et des activités est l’arène où se jouent les conflits d’intérêts et la lutte pour le pouvoir” (Rosa, 2010, p. 26)

Al decir que la relación se resiente lo que estamos apuntando es una erosión de algunos pilares que le brindaban estabilidad, remarcando al mismo tiempo la emergencia de nuevos principios relacionales que requieren de nuevos pilares. Otro de estos pilares tiene que ver con la validación y reconocimiento que los sujetos le atribuyen, o niegan, a la alteridad. Es lo que hemos visto cuando señalábamos la necesidad de los profesionales de revalidarse frente a pacientes que cuestionan su vocación y su legitimidad, en el trato recibido y en las competencias necesarias para brindar una buena atención. Es también lo que hemos visto en los dirigentes que buscan mantener una postura de entendimiento con los profesionales y, a la vez, una postura solidaria con su comunidad. Es desde aquellas vicisitudes de la relación que hemos caracterizado un fenómeno que implica una mutación de la autoridad y del reconocimiento dentro de la institución sanitaria. Una mutación en curso que tensiona a los sujetos de la salud y frente a la cual cada uno de ellos toma una postura.

Al poner al centro de nuestro interés la relación entre los sujetos de la salud hemos encontrado que ella es gravitante y al mismo tiempo esquiva para los sujetos de la salud. La relación no es un valor en sí mismo, es una modalidad de lo social que permite un tipo de integración social y el ejercicio de un tipo de autoridad. El cambio en el tipo de autoridad, desde *una administración de los hombres* hacia una *administración por las cosas* (Martuccelli, 2015) tiene repercusiones en los modos de subjetivación presentes en el ámbito de la salud pública. Esto lo hemos evidenciado en los distintos dispositivos de la salud pública como ocurre, por ejemplo, en la biomedicina. Si ella tiene una autoridad esta es del orden de lo factual, es decir minimiza la participación

de los sujetos en las decisiones. Un diagnóstico más confiable, más certero, requiere de una serie de máquinas y procedimientos, desprendiéndose de la escucha del relato del paciente.

“Resistir a la autoridad-factual supone reivindicar y alegar en favor de la autoridad relacional. Aquí está el meollo de la cuestión y el verdadero desafío al trabajo crítico. Paradójicamente, para simetrizar el ejercicio de la autoridad, es preciso introducir –reintroducir– los individuos por doquier. Proceso sin duda paradójico a ojos de muchos a tal punto la modernidad asoció la emancipación con el fin de la subordinación personal; a tal punto, como lo hemos evocado, el ejercicio de la autoridad-relacional es el blanco de múltiples procesos de contestación o de cuestionamiento.” (Martuccelli, 2015, pp. 34–35)

En definitiva, lo que está en juego es qué tipo de sujetos van a habitar las instituciones de salud en el futuro. A la fugacidad de la relación, bien se le puede sobreponer la autoridad factual, es decir la eliminación del consentimiento subjetivo y el vaciamiento de la dependencia. La paradoja resaltada por Martuccelli es interpelante en el sentido de que, una de las fuentes de la fuerza de lo factual, son los fallos de la autoridad relacional, de sus abusos. El peligro de ello es caer en el extremo del gobierno de los indicadores que permiten el *tracking* de los sujetos, sin necesitar su presencia. El procesamiento de las trazas de su comportamiento, que constituyen al *Quantified Self* (Gadenne como se citó en Martuccelli, 2015), resultaría suficiente, en su superficialidad, para la toma de decisiones bajo la lógica de los indicadores de la gestión. De un abuso de autoridad relacional pasaríamos a la caducidad de la relación entre profesionales y usuarios.

La nueva forma de atender incorpora una serie de indicadores de la carga de morbilidad de los pacientes. Dicho modelo llevado hasta sus más promisorios alcances permitiría una eficiencia del gasto de los servicios de salud para focalizarlo allí donde más se necesita. Si este principio no es malo en sí mismo, se vuelve problemático si eso se hace en desmedro de la relación entre profesionales y pacientes. La tentación de factualizar las decisiones, aunque lejos de concretarse, estará cada vez más presente dada la creciente complejidad intersubjetiva de los encuentros en los distintos dispositivos de la salud que hemos mostrado en esta tesis. Las arenas del sujeto no se pueden pavimentar porque lo que desaparece es el sujeto mismo.

La forja de una ética y la posibilidad de la reflexividad

A lo largo de esta investigación hicimos diversas referencias a la ética, en primer lugar, a aquella presente en algunos paradigmas de la salud como lo fue la medicina social, la medicina de estado o la biomedicina. Estos grandes paradigmas les adjudican o les niegan atributos a los sujetos convirtiéndose, de esa forma, en importantes fuerzas subjetivantes. Enseguida vimos cómo los sujetos, profesionales y usuarios, tomaban posición respecto a las configuraciones dispositivas preñadas de normatividad. En dichos posicionamientos, hemos evidenciado como los sujetos le dan importancia a la relación, al decir, al escuchar y al sentir, elaborando distintos juicios éticos hacia la alteridad. El trabajar con relatos en situación de entrevista ha facilitado el acceso a esta dimensión evaluativa de los sujetos. Ahora bien, que los sujetos hagan juicios éticos no quiere decir que logren necesariamente desarrollar una consistencia reflexiva que les permita sopesar los múltiples pulsos dispositivos que pueden resultar abrumadores. La forja de una ética es, este sentido un desafío práctico para mantener transitables las vías de acceso a la autosubjetivación.

La ética relacional a la que hace mención Cifali (2019) debe plegarse a las vicisitudes de la relación, debiendo conjugar una de las tensiones más importantes que le es propia al mundo de la salud pública, es decir la tensión entre la cuestión técnica y la cuestión social. La expertise, fuerza dispositiva que hemos descrito profusamente, no sólo se encarna en la figura del experto, sino que se objetiviza en discursos que circulan por los diferentes dispositivos de la salud pública. Esos discursos se imbrican con distintas éticas, que representan tomas de postura frente a las tensiones medulares de la salud pública. A lo largo de la formación profesional, así como de lo que podemos llamar la formación de los usuarios a través de la praxis, los sujetos de la salud se conectan con estas éticas a través de un trabajo moral propio del sujeto. Adicionalmente, las propias políticas públicas cargan con éticas que le asignan un lugar a los sujetos, muchas veces a través de una mezcla de lógicas disciplinarias y securitarias, que delimitan y dejan hacer (Foucault, 2011).

Ahora bien, para Foucault la ética está íntimamente ligada con la idea de libertad, esto a través de las “prácticas del sí-mismo” (2001b). Es relevante apuntarlo en este momento ya que cuando hacemos referencia a la forja de una ética hablamos de la posibilidad que tiene el sujeto de darse a sí mismo algunas balizas para su propia subjetivación y desarrollar una especie de

musculatura al interactuar con las fuerzas dispositivas. Esto se relaciona con la dualidad de los *retratos de la modernidad*, es decir libertad y disciplina (Wagner, 1997), a los que hacíamos referencia al inicio de este trabajo. Lo que hemos hecho en el desarrollo de esta tesis es poner ciertos elementos en dicha dialéctica, como el de fuerzas dispositivas y tácticas subjetivas, a la luz de lo que hemos encontrado en un campo social como es el de la salud pública. Hemos seguido la recomendación de Foucault de estar en alerta contra una cierta ingenuidad respecto de la liberación del sujeto, lo que daría a entender de que “il suffirait de faire sauter ces [certains] verrous répressifs pour que l’homme se réconcilie avec lui-même” (Foucault, 2001b, p. 1529). Hasta este punto nuestro planteamiento es claro al respecto, lo que ha ido decantando en la idea de las arenas del sujeto. Recordemos que esta idea corresponde a los terrenos inestables en los cuales se libran las batallas del sujeto por la libertad y la determinación. Ahora bien, el punto sobre la ética ha quedado enunciado en relación a estas arenas del sujeto y de otros planteamientos a lo largo de esta tesis que es necesario de articular.

Regresemos al esquema que presentábamos más arriba. En toda su base tiene que ver con la relación entre sujetos y es por ello que hemos profundizado en algunas de sus manifestaciones empíricas que hemos encontrado a la luz de nuestros análisis, como son la fugacidad de la relación y la tensión entre autoridad relacional y autoridad factual. Pero hay otros fenómenos importantes de mencionar.

Cuando hemos hablado de los posicionamientos que realizan los sujetos estamos también haciendo referencia a un juicio ético, a una adscripción valórica hecha a partir de los dilemas morales que la experiencia de uso de los dispositivos de salud le presenta a los sujetos. Al mirar el esquema hemos ubicado al sujeto recubierto por una suerte de envoltorio ético. Esto tiene un sentido que requiere ser explicitado. Para esos fines podemos pensar que ese envoltorio es más bien una musculatura del sujeto que se desarrolla a lo largo de la exposición a las distintas fuerzas dispositivas, así como también a la influencia que otros sujetos, tanto individuales y colectivos, ejercen sobre él.

“...qu’est-ce que l’éthique, sinon la pratique de la liberté, la pratique réfléchie de la liberté ? [...] La liberté est la condition ontologique de l’éthique. Mais l’éthique est la forme réfléchie que prend la liberté.” (Foucault, 2001b, pp. 1530–1531)

La reflexividad estaría vinculada con la ética de esta forma. Foucault la vincula con la inquietud del sí mismo (*souci de soi*) y con la posibilidad de

abrir una línea de auto-subjetivación. Para nosotros es uno de los elementos claves para que los sujetos puedan tener un margen de maniobra al momento de enfrentar las fuerzas dispositivas. Veremos, más adelante, que el riesgo de no contar con esta musculatura ética del sujeto aumenta las probabilidades de que los sujetos se transformen en cajas de resonancia de las fuerzas dispositivas hacia otros sujetos con los que se entra en relación. Cada figura subjetiva tiene su propia musculatura como resultado de su exposición particular a distintas fuerzas dispositivas propias de la manera en que ese sujeto recorre el mundo de la salud pública. Esto lo hemos ejemplificado de distintas maneras. Recordemos una de ellas a propósito del nuevo ethos profesional que resuena en los relatos de los profesionales que hemos analizado.

Considerando que los profesionales jóvenes están en sus primeros años de ejercicio profesional, para ellos el cambio es algo muy presente en su biografía profesional. Para los médicos el trabajo en el CESFAM es vivido como una etapa dentro de su formación profesional, como paso previo a otra etapa de trabajo en hospital. Para otros profesionales, como enfermeras o nutricionistas, el cambio viene desde la formación universitaria en la que se les ha formado en un nuevo paradigma de intervención basado en la participación, la colaboración y la escucha. Este nuevo ethos profesional aboga por la autonomía del paciente sin renunciar al acompañamiento, como nos lo han dado a entender los entrevistados. A diferencia del ethos tradicional, este nuevo profesional tiene que valerse de nuevas formas de ejercer su autoridad, incorporando en su praxis el desafío de la escucha y de la persuasión considerando los intereses de los pacientes. En este cambio de la identidad profesional parece mostrarse aún en tensión el timing entre la autonomía y el cuidado. Por una parte, se fomenta que el paciente entre en la figura del usuario, tomando el control de sus procesos tanto administrativos como terapéuticos y, por otro lado, se reconoce que es la relación la que puede marcar un cambio positivo en los pacientes que los lleve a cuidarse, lo que implica ciertos grados de dependencia hacia el profesional. Podemos afirmar que autonomía y dependencia no son contradictorias, sino que hacen parte de distintos momentos de la intervención profesional. No obstante, la mayor dificultad mayor que se les presenta a los profesionales es tener el tiempo como para saber hacer la diferencia, a través de un trabajo moral, sobre qué tipo de vínculo se requiere en función de los intereses y necesidades del paciente.

La reflexividad a la que apuntamos consiste, adicionalmente, en la posibilidad de experimentar la incongruencia dispositiva. Esa inconsistencia

de registros que empujan al sujeto a volverse sobre sí mismo con una serie de preguntas. Nuestra hipótesis tomaba en consideración que los procesos de subjetivación, en el mundo de la salud, se ven determinados por la posición que ocupan los sujetos de la salud en los distintos dispositivos de la salud. A medida que hemos evidenciado aquello nos hemos percatado de distintas capacidades para influir en los dispositivos de la salud. Lo primero que nos ha saltado a la vista es el hecho de que no todos los sujetos de la salud toman posición desde el dispositivo de participación. A diferencia de los dispositivos terapéutico y de servicio, este dispositivo se ha ido asentando en un terreno periférico respecto a la atención de salud; un terreno que no es necesario visitar para ser usuario de la salud. Como hemos señalado, este dispositivo abre la posibilidad de observar, desde fuera, lo que ocurre en los otros dispositivos. Es de esa forma que puede constituirse como una fuente de reflexividad. Si bien, ha quedado claro que dicha posibilidad está obstaculizada por los fenómenos del vaciamiento de la participación, la desilusión y el sentimiento de no sentirse integrados en muchos dirigentes, esto no impide que la participación reaparezca como una fuerza dispositiva que trasciende hacia los ámbitos terapéuticos, bajo la preocupación por los intereses del paciente, y hacia el dispositivo de servicio, bajo el trabajo de forja de un usuario al que se le reconocen derechos y deberes, pero, a la vez, se le forja en una relación clientelar con el centro de salud. La participación, en esta faceta de fuerza dispositiva, no queda intacta a la hora de cruzar hacia los ámbitos mencionados, hibridándose con otras fuerzas dispositivas que tienen mayor gravitación en dichos escenarios.

Finalmente, en lo que respecta a la reflexividad de los sujetos, hay que aclarar que esta no la entendemos como racionalidad de los sujetos. Esto es parte de un debate más amplio que no intentaremos reproducir en este lugar. El punto importante de atender es que, siguiendo a de Certeau, las tácticas de uso de los dispositivos implican una reflexividad práctica, que de Certeau calificaba como “furtiva” (2000). En ese sentido las tácticas del sujeto tienen que ver con no ser anticipadas, o vistas, por el dispositivo. Es que el “uso” siempre conserva un principio de soberanía. Sin embargo, como el propio de Certeau lo reconoce, el usuario carece de un territorio, vive sólo de momentos. Su invisibilidad es también su condena, a vivir siempre en fuga dentro de la malla del poder. Los sujetos entrevistados nos han hablado de la falta de apoyos para realizar lo que a ellos les parece relevante, así como del desgaste de habitar una institución que los sobredemanda, los ignora, los motiva con discursos articulados con la gramática de lo humano, para luego evaluarlos a través de metas que vuelven invisible su trabajo. Es patente el

deseo de que el funcionamiento institucional reconozca y sostenga la ética relacional que a ellos les permite afirmarse como sujetos, no sólo frente a sí mismos, sino especialmente en el reconocimiento del otro, del paciente o del vecino que sufre. En definitiva, los sujetos parecen requerir de ciertos apoyos para que su reflexión pueda encarnarse en tácticas frente a las fuerzas dispositivas.

Los ideales de sujeto en la relación

El modelamiento del sujeto, como lo hemos analizado, no se produce simplemente desde las fuerzas dispositivas hacia los sujetos. Una de las características, que hemos destacado, en los escenarios sociales marcados por la relación interpersonal, es que a través de la misma relación que se produce un efecto importante de modelamiento de los sujetos. Esto puede adquirir al menos dos manifestaciones. Una es que los sujetos actúen como cajas de resonancia de las fuerzas dispositivas a las que están expuestos, amortiguando o amplificando su efecto subjetivante (ver figura 2). Adicionalmente, el reconocimiento o estima social canaliza gratificaciones a través de la relación volviendo deseables algunas posiciones subjetivas por sobre otras. Es lo que está contenido en la idea de Certeau de posiciones subjetivas ofrecidas al consumo (2000), las que están elaboradas de tal forma de brindar reconocimiento a los sujetos que las ocupan. Comentemos un poco más esto último.

Como hemos señalado, la valoración ideal del otro siempre se hace desde una posición subjetiva determinada. Esto quiere decir que, cuando un sujeto se representa a otro en términos normativos lo que está haciendo es describir un sujeto quien puede apoyar su propia posición subjetiva y, al mismo tiempo, le impone al otro una imagen de sujeto que este debe cumplir. Esto tiene consecuencias importantes de mencionar. La representación del otro, o construcción del otro como lo hemos indicado en nuestro análisis, tiene la cualidad de darle sentido al posicionamiento de quien realiza dicha construcción. En este sentido, frente a la aseveración de que el dispositivo necesita forjar un sujeto porque carece de una ontología (Agamben, 2011), debe ser complementada con que cada posicionamiento subjetivo necesita de la construcción de otros sujetos dentro del paisaje

dispositivo. De esa forma los sujetos justifican su entrada en escena, su despliegue relacional en función de otro.

No es menor en este fenómeno la asimetría con que el otro aparece, en otras palabras, la interpretación de que el otro requiere ser apoyado para lograr sobrellevar las dificultades que atraviesa. Bajo esta misión es que históricamente se han establecido relaciones de dependencia que, aún en la actualidad y bajo este punto de vista, representan soportes sociales fuertes tanto para las figuras de sujeto con vacación de servicio social, en nuestro terreno el dirigente comunitario y profesional comprometido. Recordemos que, entre las dirigentas, la comunidad aparece como fragilizada y sometida a la *indiferencia institucional*, a la falta de *hospitalidad*, de parte de la institución. Esta fuerza dispositiva ayuda en la construcción de posiciones subjetivas como los “invisibilizados” o los “usuarios no desarrollados” quienes solo confían en sus cercanos y se mantienen en relaciones de dependencia relativamente cerradas. Estas figuras de sujetos evidencian esa dependencia, manteniéndose a distancia del dispositivo de participación y en una relación problemática con los dispositivos de servicio y terapéutico, accediendo a ellos sólo por medio de sus redes densas de confianza. Pero, traslademos estas apreciaciones hacia el tema de la estima social.

« les rapports d'estime sociale sont, dans les sociétés modernes, l'enjeu d'une lutte permanente, dans laquelle les différents groupes s'efforcent sur le plan symbolique de valoriser les capacités liées à leur mode de vie particulier et de démontrer leur importance pour les fins communes » (Honneth, 2000, p. 216).

Esta idea de *lucha por el reconocimiento* está atravesada en el marco de la institución sanitaria, por la asimetría de los encuentros y la ética con que los sujetos se representan a la alteridad, así como con el mandato de acción que tienen en función de su rol. Esto nos permite entender como el sentir se conecta con la acción simbólica de los colectivos dentro del mundo de la salud y como la condición de desvalido, enfermo, vulnerable o frágil genera al mismo tiempo un lazo ético y un encasillamiento en una posición desigual. En dicho caso la estima es posible, pero vendría dada por la compasión, empatía y solidaridad entre sujetos desiguales.

Si estos encuentros se dan en el contexto institucional, los dispositivos deben cautelar que modalidad de estima quieren promover entre los sujetos que ellos mismos ayudan a forjar, porque al forjar al sujeto se forja también su ética y, a fin de cuentas, la forma en que va a apreciar o menospreciar al otro. Como vemos esto es crucial a la hora de establecer cambios que busquen

democratizar, hacer más humana o participativa la salud pública ya que, si los sujetos se menosprecian entre ellos, por más derechos que se detenten o protocolos que se activen, a nivel intersubjetivo lo que va a primar es la violencia, la indiferencia y la falta de apoyos. Una de las líneas de investigación que se desprenden desde aquí es como los dispositivos modelan la atribución de la estima social negando ciertas figuras de sujetos y levantando otras.

“Les sujets humains n’ont pas seulement besoin de faire l’expérience d’un attachement d’ordre affectif et d’une reconnaissance juridique, ils doivent aussi jouir d’une estime sociale qui leur permet de se rapporter positivement à leurs qualités et à leurs capacités concrètes” (Honneth, 2000, p. 206)

Honneth hace referencia al mismo proceso de transformación de la modernidad que apuntan la mayoría de los autores que hemos trabajado hasta aquí. Dubet, de Certeau, Foucault, todos ellos apuntan al derrumbe de un orden social basado en las jerarquías. Foucault nos indica las recomposiciones que el poder adopta en este espacio en apariencia más simétrico, pero en el que persisten fuertes microfísicas del poder organizadas en dispositivos que se hacen invisibles, que se hacen pasar por libertades del sujeto. De Certeau, nos indica que, a pesar de las estrategias del poder, el sujeto conserva un principio de soberanía, uno que para llegar a erigirse en un proceso de autosubjetivación debe recorrer las arenas del sujeto. Dubet, nos permite enmarcar estos procesos de subjetivación en los procesos de mutación de las instituciones, que de ser consideradas como fabricas socializadoras de actores se convierten en espacios polisémicos que ya no dan las mismas seguridades a sus habitantes. Uno de estos cobijos es precisamente un acceso asegurado al honor por una vía estatutaria de lo que le correspondería a cada quien según la posición que ocupa. Lo que vemos es una tensión en el acceso al reconocimiento: si bien aún se idolatra a ciertos sujetos de la salud, estos requieren de un operar dispositivo cada vez más denso para ejercer su rol. Esto nos deja frente a los distintos tipos de relaciones, que se dan en el marco de la institución, como un renovado ámbito en el que se busca la estima social tanto por usuarios como por profesionales.

Disponibilidad subjetiva

Hemos señalado que la noción de apoyo es relevante al representar un soporte para sostener un camino propio de subjetivación. Por supuesto, esto no se vivencia de la misma forma por profesionales y usuarios. Los primeros desempeñan roles institucionales, es decir responden a mandatos como puede ser el cuidar a un paciente, curar una enfermedad o aliviar el dolor. Los usuarios, en cambio, carecen de un mandato de intervención hacia los profesionales y se orientan a ellos más bien en la búsqueda de apoyos para atravesar alguna situación de salud que puedan presentar.

En ese sentido, la representación del otro contiene también la evaluación de cómo, ese otro, desempeña la función institucionalmente atribuida. Sin embargo, la institución nunca es aprehendida de forma completamente objetiva por los sujetos, es decir que, más allá de las funciones descritas, los protocolos y las leyes que conforman la institución, el sujeto siempre la internaliza y la evalúa a partir del uso que hace de ella. Es que la institución viva, es la que se deja ver en las interacciones y en las representaciones de los sujetos que la habitan.

De acuerdo a esto, la evaluación que se hacen recíprocamente los sujetos habla de la forma en que ellos están posicionados, cómo se representan las fuerzas dispositivas y los apoyos que requieren para sobrellevarlas. En este sentido, para los usuarios, un buen profesional es alguien de confianza lo que se desarrolla en una relativa estabilidad de la relación y en el hecho de sentirse escuchado. La vocación es una idea esgrimida en las descripciones del buen profesional, que se hacen desde la posición de pacientes en el dispositivo terapéutico. El buen médico denota una dedicación por lo que hace y una consideración por el paciente. El reconocimiento otorgado al especialista convive con aquel de un profesional cercano, que no es bueno simplemente por sus conocimientos sino por el acompañamiento que realiza.

Ahora bien, cuando el profesional es representado en términos negativos, constituyendo la figura indeseada del otro, aparecen una serie de características que, no siempre equivalen a la ausencia de la característica positiva. Por una parte, la dimensión de la disponibilidad subjetiva del otro, es decir la disposición a escuchar, se complementa con el tratar bien, con el mostrar respeto por el paciente. La falta de respeto en la atención es uno de los mayores agravios que se pueden vivenciar en la relación. Las figuras de sujeto que emergen aquí son el profesional prepotente, quien maltrata a los

pacientes. Por otra parte, está el profesional sin vocación. Este es, en general, asimilado a un tipo de profesional que, por una parte, no muestra dedicación hacia el paciente, receta sólo paracetamol, no escucha, atiende apurado y, por otra parte, tiene ingresos por encima de la media de los otros profesionales. Tener estos atributos lo hacen ser evaluado como un profesional “negociante”, es decir, que no trabaja para acompañar a los pacientes sino para mantener una posición económica. Por supuesto, la cualidad de -tener vocación- va más allá de la profesión médica. Es un juicio que puede recaer sobre cualquier profesional que trabaje en un centro de salud.

La atribución de la cualidad de tener vocación es el resultado de un proceso con varias determinaciones que no siempre corresponden a la disponibilidad subjetiva. Uno de los mayores desafíos que enfrentan los usuarios o pacientes corresponde a la búsqueda de horas de atención con profesionales. Esto es competencia del dispositivo de servicio dentro del que se realiza la llamada programación operativa, es decir la “definición de la cartera de prestaciones que se le brindará a la población [...] el cálculo de las horas técnico-profesionales necesarias, así como de su oferta concreta” (MINSAL, 2017). Sumado a ello, a nivel de cada centro de salud, siempre hay uno o más funcionarios que organizan la agenda de los profesionales clínicos, bloqueando o liberando horas de atención. Esto corresponde a un primer nivel de la disponibilidad, que podríamos llamar sistémico. La dificultad para lograr una hora de atención le pone presión a las expectativas del encuentro intersubjetivo y a al juicio sobre la vocación.

Cuando efectivamente se concreta la atención emerge lo que hemos llamado disponibilidad subjetiva y que corresponde al momento en que la relación permite la consideración por el otro. En otras palabras, es el momento en el que un sujeto se pone al servicio de las necesidades de otro, poniendo en juego todas las dimensiones que lo constituyen como sujeto y que pueden resultar de ayuda para el otro. Esto bien puede asemejarse a lo que se ha llamado en otras investigaciones *hospitalidad* (Stavo-Debauge, 2017; Zaccāi-Reyners, 2006). En la línea de nuestra investigación la disponibilidad subjetiva que busca el paciente se apoya en la posibilidad de ser escuchado, pero no sólo eso, sino también en la capacidad de que los profesionales puedan *ir más allá* y realicen un acompañamiento del paciente. Por supuesto, como nos lo han señalado nuestros entrevistados, la fugacidad de la relación y la rotación profesional son sentidas como indisponibilidades ya que representan un volver atrás en la relación.

Ahora bien, no tener vocación es asimilado a una insensibilidad, a una falta de empatía y consideración por el otro. Tener vocación, en cambio, queda representado como la capacidad de sentir que tiene el profesional. La fugacidad de la relación hace que ciertos aspectos de la interacción se vuelvan relevantes, condicionando hacia ellos el reconocimiento. Los sujetos fuertemente sometidos a dicha fugacidad, médicos y pacientes esporádicos, no acceden a la misma reflexividad sobre la vocación del profesional o la adherencia del paciente. En otras palabras, se ven obligados a hacerse un juicio sobre el otro con muy pocos elementos. Esto contrasta, por ejemplo, con la posición de dirigente quienes tienen la posibilidad de establecer una relación, de cierta estabilidad en el tiempo, con profesionales y directivos de los centros de salud. Gracias a ello, siempre y cuando exista un clima en el que no se hayan transgredido las bases de la ética relacional, los dirigentes son capaces de apreciar la fragilidad que existe en los profesionales, la empatía o el desarraigo que pueden llegar a sentir. Es en esa medida en la que ellos pueden acceder a la humanidad que equilibra la figura del experto.

La posición del dirigente es especial en este sentido. Por una parte, las gestiones que realizan requieren de un apoyo por parte de la institución, hecho que los lleva a reconocer a los profesionales que les facilitan dicha tarea, como los encargados de participación. Es que dicha disponibilidad les permite a ellos ser buenos dirigentes, es decir dirigentes solidarios que pueden sacar la voz, buscar el entendimiento y hacer las gestiones que otros usuarios no pueden hacer. Esto deja ver que en la institución sanitaria la disponibilidad de los sujetos representa siempre una tensión, manifiesta o latente, que podemos llevar al nivel de una fuerza dispositiva. Es que el nivel de voluntariedad, en estar disponible o indisponible, parece ser reducido frente a las exigencias dispositivas sobre el deber estar de los sujetos, fijos en un lugar o en un circuito de desplazamientos.

La búsqueda de apoyos que realizan los dirigentes en la institución parece reconocer las limitaciones de los funcionarios gracias al desarrollo de una cierta reflexividad que, en este caso, se relaciona con la posibilidad de hacer un juicio ponderado sobre el otro. Esta capacidad queda representada en *saber hacer la diferencia sobre la ayuda que tiene valor* y, vinculado a ello, a *estar en lo social sabiendo mantener la distancia*. En el fondo esta reflexividad representa la capacidad de evaluar la atribución de ideales que uno mismo hace hacia otros sujetos. Cuando esto no ocurre el sujeto puede permanecer ignorante de un segundo efecto que tienen las idealizaciones de sujetos.

La valoración ideal del otro tiene otra cara importante de señalar en términos de los procesos de subjetivación. Si, por una parte, como hemos señalado, esta idealización busca reafirmar la propia posición subjetiva y proveerse de apoyos en los otros sujetos que habitan los dispositivos, por el mismo acto esto pone al otro bajo un deber ser. Eso puede ser directamente buscado, es decir plantearse como una necesidad de transformación subjetiva, o bien ser más sutilmente sugerido a través del deseo y del reconocimiento. En cualquiera de los dos casos, el resultado sobre el sujeto en el cual recae es la imposición de una forma de conducirse que resulta opresora.

“Être sujet c’est être entièrement moi-même, en toute simplicité et acceptation. C’est tuer l’image de l’enfant et de la femme idéale que l’on avait placé en moi. C’est valoriser mes impressions, mes intuitions...” (de Gaulejac, 2009, p. 18)

Como hace ver el relato anterior, las imágenes ideales que son impuestas sobre nosotros pueden determinarnos en un sentido que se aleja de nuestro propio deseo. Esto reside fundamentalmente en el hecho en que el sujeto muchas veces no participa de la definición del ideal. Aún más, incluso teniendo la posibilidad de participar, eso no quiere decir que el sujeto vaya realmente a influir en la imagen de buen sujeto que las fuerzas dispositivas ponen en circulación. Esto se ve claramente ejemplificado por la formación, es decir todas las instancias que se organizan para formar, sea a profesionales o pacientes, dentro de las que hay claras imágenes del buen y del mal sujeto. Ahora bien, como hemos señalado las fuerzas dispositivas influyen en la determinación de los sujetos a través de la relación. Esto vuelve sumamente difícil diferenciar lo que es una legítima búsqueda de apoyo, para reafirmar la posición subjetiva de un sujeto, de una influencia determinante por parte de las fuerzas dispositivas. El apoyo, formulado en las palabras del sujeto que lo busca, no tiene necesariamente fines instrumentales. Sin embargo, la acción de las fuerzas dispositivas, y en cierta medida, el legado de la indiferencia institucional, pueden opacar el peso determinante de las idealizaciones que se dejan caer sobre los hombros de los sujetos que habitan la institución.

Veamos esto a través de un ejemplo que da Demailly, entorno a las demandas de simetrización de las relaciones en contextos de intervención

institucional (2016). Su tesis toma lugar en el contexto de una creciente demanda de simetría por parte de los usuarios de los servicios públicos. Si antes “ce sont les praticiens qui tendaient à diviser le monde en bons et mauvais usagers. Aujourd’hui les usagers le leur retournent” (Demailly, 2016, p. 55). Esto corresponde a un movimiento de *agentividad de los usuarios*, quienes buscan modificar su posición en las relaciones institucionales. Lo interesante es que esto confluye con otro movimiento como es la retórica de la calidad en la gestión, fuerza dispositiva que

“déstabilise ainsi une partie des praticiens dans leur positionnement symbolique subjectif d’une part, mais d’autre part ils rendent les groupes professionnels concernés très fragiles devant la nouvelle gestion publique ou privée” (Demailly, 2016, p. 55)

Podemos retener de este pasaje que, los juegos de juicios normativos hacia el otro pueden ser instrumentalizados por las fuerzas dispositivas que, encuentran aliados inesperados en estos movimientos que pudieran considerarse, inicialmente, tácticas del sujeto. Es así como entendemos que la relación misma se transforma en una arena en que el sujeto debe enfrentarse a las fuerzas dispositivas. En otras palabras, los dispositivos pueden actuar sobre los sujetos a través de otros sujetos que actúan como cajas de resonancia de las fuerzas dispositivas, encontrando por esa vía un vigor subjetivante renovado.

Ahora bien, si bien está vinculada con la violencia de los ideales impuestos, hay una segunda forma en que el sujeto se ve determinado de forma negativa en la relación. Esto es por las experiencias denigrantes, malos tratos o menoscabos vividos en la relación.

“...Es posible que aquellos que sufran o hayan sufrido experiencias de tratos denigrantes se perciban, como consecuencia de ello, ocupando posiciones más bajas en la escala social. Si fuese así, la experiencia de sentirse discriminado sería un determinante en la percepción de pertenecer a un grupo de estatus subjetivo menor. Esto es muy relevante, porque indicaría que el lugar en que uno se percibe en la sociedad no solo está determinado por los recursos educativos y de ingresos sino también por las experiencias de menoscabo o falta de respeto, o, dicho en forma positiva, por las formas de reconocimiento social desde las cuales las personas pueden desplegar su subjetividad”. (PNUD, 2017, p. 203)

Entendiendo que el maltrato tiene consecuencias negativas en la subjetividad de quien lo padece (PNUD, 2017) las relaciones intersubjetivas

que se dan en el marco de la institución deben ser foco de especial cuidado para no replicar el funcionamiento del menoscabo. Normativamente, las instituciones públicas modernas se han dado a sí mismas la misión de intervenir en la cuestión social, y eso se deja sentir con fuerza en los relatos de los profesionales entrevistados en esta investigación. La ética del nuevo profesional intenta, en este sentido, entrar en un trabajo de reparación que apunta a fortalecer los pilares de los sujetos, uno de los cuales es la estima social. La falta de estima se transforma, como hemos visto a lo largo de esta investigación, en abandono de sí mismo y en violencia intersubjetiva, siendo un aspecto de la vida social que no puede ser ignorado por la acción pública. Si la constatación de esta problemática es directamente observable en los relatos de los profesionales y usuarios, también lo es la dificultad para encontrar el equilibrio necesario para actuar sobre ella. La idea de equilibrio es ilustradora ya que permite ver al sujeto expuesto a las fuerzas dispositivas lo que por momentos le hace perder su orientación normativa, su ética de la reparación, sea porque se siente menoscabado él mismo o porque entiende que hay conflictos de valor que no están siendo atendidos. El posicionamiento del sujeto en el mundo de la salud parece determinante para la formulación de esta clase de juicios y representaciones. Sin embargo, este posicionamiento no hay que verlo solamente en su vertiente sincrónica, es decir en su posición en los dispositivos que hemos incluido en el análisis, sino que, con la misma importancia, hay que verlo en su vertiente diacrónica porque se ha evidenciado que la trayectoria aporta perspectiva, tanto en profesionales como en usuarios. En otras palabras, la permanencia en el tiempo de los sujetos en el mundo de la salud pública les permite apreciar de mejor forma los pulsos dispositivos, es decir la forma en que las fuerzas dispositivas van mutando. Aquello deja el descubierto, por ejemplo, una falta de acompañamiento en el desarrollo de la salud familiar y comunitaria, la que cada cierto tiempo asoma como una ética renovada, pero para cuyo desarrollo la propia institución no presta siempre los apoyos necesarios.

Sujetos colectivos

La salud integral, como ética y praxis, ha representado históricamente una apertura hacia los espacios colectivos de la salud preventiva y comunitaria. También al fomento de la participación como fuerza modeladora de la relación que la institución promueve hacia la comunidad. Sin embargo, en la actualidad, que hemos visto representada tanto por un CESFAM como por

una Posta Rural, dicha salud se ve acechada por otro modelo de salud volcado sobre los rendimientos y sobre una responsabilización individual, tanto de los profesionales como de los usuarios.

Los profesionales se ven enfrentados a la tensión entre compromiso y distanciamiento, En otras palabras, a lo largo de su formación y de su trabajo se ven expuestos a pulsos dispositivos contradictorios que los llevan desde la convicción por la participación y los espacios colectivos y comunitarios de salud hacia el distanciamiento por la angustia de la sobredemanda y la falta de apoyos para realizar una intervención integral. En cuanto a los usuarios, la fuerza dispositiva de la formación los lleva a ser evaluados en función de un ideal de sujeto autónomo y responsable de su salud. La forja de la figura del usuario evidencia este tránsito desde un paciente en relación de dependencia respecto a los profesionales que intervienen su cuerpo, con una autoridad adscrita a su estamento profesional, hacia usuarios empoderados y dignos de hacer valer sus intereses en sus atenciones de salud.

Si ese tránsito puede acercar al sujeto individual hacia un camino de autosubjetivación, esto parece hacerse a costa de las vías colectivas de subjetivación, fenómeno en línea con el desarrollo neoliberal de la sociedad chilena. Aun así, parece haber una fuerza dispositiva particular, que podemos llamar individualizante, con gran presencia en los dispositivos terapéuticos y de gestión quienes se orientan a evaluar el desempeño individual de los sujetos de la salud. Veamos esto a través de nuestro terreno en el CESFAM Villa O'Higgins.

La tensión entre los dispositivos terapéutico y de participación se dejaba sentir en el relato de los profesionales que trabajan en participación. El trabajo en dicho dispositivo no goza de la misma validación que el trabajo terapéutico, lo que lleva a los profesionales del área a sentir una constante necesidad de validarse. Esa validación, difícil de lograr, llegaba a través de la capacidad para motivar y reencantar a los usuarios, es decir el desarrollar con ellos la confianza en la relación con la institución. Esto se puede considerar un proceso de empoderamiento del sujeto en el contexto del trabajo institucional. Dicha forja se realizaba más desde la lógica de la promoción de la salud, que desde la participación ciudadana propiamente tal. En dicha lógica hay un sentido de resistencia a la fuerza dispositiva de la individualización, al allegarse a espacios colectivos de talleres y conectarse con una tradición comunitaria, en la que se forjaron los dirigentes de antaño, que ahora se atienden en el CESFAM.

La conexión con dicho ethos comunitario representa la apertura hacia la asociatividad, por ende, una vía que valida la acción de los sujetos colectivos, que en nuestro terreno están representado por grupos de adulto mayor, grupos de autoayuda, Juntas de Vecinos, los propios Consejos de Usuarios, etc. Esta conexión es siempre frágil ya que se da en un contexto en el que, como lo hemos señalado, otro ethos de usuario recibe la atención. Este corresponde a un ethos del cliente, que marca una fuerte transformación del vínculo entre institución y comunidad, donde lo que prima es la atención al cliente. Esta es otra manifestación de la hegemonía que ha ido tomando el dispositivo de servicio en la forja de los sujetos de la salud. En dicho contexto, de fragilidad del ethos comunitario, el fomento a la actividad de los sujetos colectivos puede abrir la posibilidad para dejar abiertas nuevas formas de apropiación de los dispositivos. Es por esa línea que nos ha parecido importante incorporar a los sujetos colectivos en nuestro esquema de la teoría relacional de la subjetivación.

Esto tiene repercusiones a nivel de la teoría que es importante de repasar. De acuerdo con el análisis que hemos desplegado los sujetos están expuesto a una serie de fuerzas dispositivas que influyen en ellos de las formas que los hemos descrito hasta ahora. La participación en colectivos tiene el potencial de alterar la forma en que se ejercen estas fuerzas dispositivas sobre los sujetos al abrir espacios de voz y de escucha con una dinámica propia (ver figura 2). Es lo que representado en La Posta Las Vertientes a través de un grupo de usuarios que se propuso salvar a la posta ante la falta de usuarios, concibiendo un uso del centro de salud que implicaba tanto un despliegue comunitario como una relación estrecha con un grupo de profesionales que trabajaba en ese momento allí. El declive que tuvo ese momento de participación no significa que no haya marcado una inflexión en la subjetivación de aquellas “mujeres pensantes que querían cambiar el mundo” y en la forma en que eran afectadas por las fuerzas dispositivas que hemos descrito. Así también, el compartir y servir, como modalidad subjetiva de los usuarios del CESFAM Villa O’Higgins marcaba un regreso a aquella solidaridad comunitaria que le daba sentido al rol de dirigente. En ese sentido representaba una resistencia al hecho de no sentirse integrados en este nuevo orden institucional y comunitario.

Pues es a través de estos espacios que los sujetos se proveen de medios para “pronunciar el mundo” (Freire, 2015), alterar los términos del reconocimiento social (Appadurai, 2004), o desplegar una serie de ardidés frente a los dispositivos (de Certeau, 2000). Si tanto Freire como Appadurai apuntaban a una transformación estructural del orden, con distintas

reminiscencias del sujeto histórico, de Certeau lo hace a partir de un sujeto que no aspira necesariamente a una transformación de la sociedad o de las estructuras del poder. Si bien nos hemos volcado por esta última vía queda por dilucidar cómo es que una táctica subjetiva, que no pasa por una cierta concertación colectiva, no se vuelve opresora e instrumental hacia otros sujetos de la salud. Es que la débil presencia de sujetos colectivos puede conducir a una fragmentación de las tácticas subjetivas, un nuevo síntoma de la debilidad del lazo social, de la desconfianza y de la merma del entendimiento. En otras palabras, nos parece, a la luz de nuestros análisis que existe una tendencia hacia una relación individual con la institución, lo que hemos llamado fuerza individualizante, que pone obstáculos para pensar la subjetivación en términos colectivos.

Ahora bien, no hay que dejar de lado la determinación que nuestra entrada al terreno ha tenido en esta constatación. Sin bien creemos que la presencia de esta fuerza de la salud individualizante es innegable, los colectivos de salud existen. En una mirada prospectiva uno puede pensar en una investigación que centre su mirada en dichos espacios, es decir, que tome como casos de estudio grupos de autoayuda, clubes de adulto mayor o talleres preventivos. A través de una investigación-acción con dichos colectivos se puede articular una clínica de la ciudadanía en salud con el potencial de renovar la fuerza del dispositivo de participación desde una perspectiva que reconozca las particularidades de los sujetos de la salud.

Apoyos institucionales

Una de las conclusiones, en lo que ha sido el análisis institucional que hemos realizado, corresponde a la necesidad que sienten los sujetos de contar con ciertos apoyos institucionales. Estos, en principio, no tienen relación con los procesos o recursos para resolver problemas de gestión o para tomar mejores decisiones terapéuticas. A pesar de que ello puede ser de igual manera valorado, los apoyos a los que nos referimos no son recursos para la gestión o para los diagnósticos, sino que son recursos para la construcción de los sujetos. Son apoyos para su participación en la vida institucional y, de esa forma, para fortalecer la capacidad que ellos tienen de forjar su propia subjetivación. Como hemos graficado en la figura 2, estos apoyos pueden cumplir un rol de intermediación entre las fuerzas dispositivas y los sujetos. En ese sentido permitirían atenuar el efecto de fuerza que ejercen los dispositivos sobre los sujetos o, en palabras de Agamben (2011), atenuar la

urgencia que le es inherente a los dispositivos. Es importante remarcar la naturaleza inmanente de estos apoyos, en el sentido de que no es posible pensarlos sino desde lo que hemos llamado arenas del sujeto.

Pero veamos algunos aspectos específicos en los que se ilustra la necesidad de estos apoyos antes de anudarlos en su generalidad.

Hacia los profesionales

Del lado de los profesionales, hay diversas situaciones en las que ellos requieren de apoyos institucionales que, en el marco de la dinámica de la acción pública, han sido erosionados o simplemente nunca han llegado a formularse.

Hemos descrito como los profesionales se conmueven cuando se ven enfrentados a situaciones dramáticas de pacientes y sienten el deber de intervenir. Esta es una situación que remueve la dimensión afectiva del reconocimiento, como lo entiende Honneth (2000). La conmoción afectiva fue presentada en distintos momentos de los relatos de los profesionales para justificar una toma de posición firme frente a ella. La fragilidad del usuario, representación a flor de piel de los profesionales en la Posta Las Vertientes, era enarbolada para argumentar la imperiosa necesidad de un cambio en los mismos profesionales, es decir en la necesidad de contar con un nuevo profesional que tomara en serio al paciente. Ese tomar en serio pasaba no sólo por el tener buen ojo clínico, es decir, no se reduce a la capacidad del especialista, sino que tiene que ver con tomar en cuenta al otro, lo que representa una puesta en práctica de una nueva ética que sustenta a este nuevo profesional.

No obstante, no sólo desde la representación de un usuario fragilizado los profesionales de La Posta tomaban posición. También lo hacían desde una indignación dirigida hacia un profesional insensible, que frente al drama existencial hace la vista gorda, e incluso, participa en la discriminación. Es especialmente frente a esa crítica a una figura profesional que emerge el llamado a construirse como un nuevo profesional. Dicha construcción tiene el potencial de apoyarse en un proceso de autosubjetivación, es decir, con la participación de ellos mismos en el delineamiento y materialización de este nuevo profesional a partir de una reflexión de la posición que tienen en el entramado dispositivo. En parte, eso es lo que hemos evidenciado, pero esto

no deja de estar expuesto a las fuerzas dispositivas y, al clima afectivo de conmoción e indignación que moviliza un activismo profesional y, al mismo tiempo, afecta la capacidad de sopesar reflexivamente las tácticas de uso de los dispositivos, en palabras de Certeau. Es allí donde deberían intervenir los apoyos institucionales porque, dada la complejidad de la reconstrucción profesional, es muy fácil que sean nuevamente las fuerzas dispositivas, sin el consentimiento de los sujetos, las que rápidamente modelen a este nuevo profesional. Es lo que ha pasado muchas veces y ha quedado en evidencia en el CESFAM Villa O'Higgins.

En el CESFAM Villa O'Higgins, existía una representación análoga del paciente, en situación de abandono, lo que llevaba a una implicación emocional fuerte difícil de delimitar. Es que, el deseo de ayudar a todos los pacientes contrastaba fuertemente con la imposibilidad de estrechar lazos en relaciones con pacientes que destacaban por su fugacidad. La tensión entre atender al paciente o al indicador marcaba los relatos de varios profesionales dejando ver el gran peso que la estandarización ejercía como fuerza del dispositivo de servicio. Ahora bien, el caso del CESFAM nos ayuda a comprender la naturaleza de los apoyos que requieren los profesionales para la forja de sí mismos y cómo dicha construcción en una batalla que se libra a lo largo de toda la carrera profesional. A diferencia de lo que acontecía en la Posta marcada por un reciente recambio de profesionales, en el CESFAM tuvimos la oportunidad de entrevistar a profesionales que llevaban tiempo no sólo en el CESFAM, sino que en su ejercicio profesional en general. Esa trayectoria les permitía introducir matices a la hora de valorar la nueva forma de atender ya que ellos ya habían visto pasar anteriormente otras iniciativas similares, es decir provistas con el discurso de la salud familiar. Aquellas iniciativas habían terminado por perder los recursos como para poder ejecutarse de manera armónica y habían terminado siendo en gran medida cercenadas y desprovistas del potencial transformador que inicialmente se les reconocía.

En definitiva, lo que está en juego con los apoyos institucionales hacia los sujetos, en el caso de los profesionales, es el desencantamiento respecto del cambio, de las innovaciones que, a pesar de portar con elementos que hacen sentido a los profesionales, son tomados con la sospecha y con la crítica de saber que el ímpetu y la apertura a la innovación inicial termina decantando en un nuevo refuerzo de la disciplina del rendimiento, es decir en una evaluación en función de indicadores tradicionales de volumen de atención. A la luz de dicha situación es que los apoyos institucionales que sostienen a un sujeto en formación tienen el crucial desafío de permanecer en el tiempo.

Por supuesto, no queremos con esto abogar por la reificación del orden institucional, pero si queremos apuntar a un efecto no deseado de la disciplina del cambio, fuerza muy presente en el dispositivo de servicio, que motiva a los sujetos con lo novedoso para después desviar la mirada hacia otros programas, sin darse el tiempo de analizar las condiciones que permiten consolidar el cambio sin dejar sumergidos a los funcionarios en un sentimiento de abandono.

Hacia los usuarios

En nuestros análisis mostramos una serie de posicionamientos por parte de las usuarias y de los dirigentes. Los apoyos institucionales no son simplemente apoyos para estos posicionamientos sino que buscan establecer una clínica del sujeto entorno a ellos. Como lo hemos descrito, la diversidad de posicionamientos subjetivos está en gran medida determinada por la acción de las fuerzas dispositivas, bajo las cuales los sujetos de la salud no siempre han tenido los espacios de palabra y de escucha, es decir de reflexión, lo que los ha llevado a tomar posicionamientos tácticos o defensivos cuya deconstrucción puede ser necesaria para transitar un proceso de autosubjetivación.

Desde la posición de dirigentes hemos evidenciado un vaciamiento de la participación, así como la pérdida de un ethos comunitario. De igual forma los dirigentes evidencian una tensión entre mantenerse a distancia de la institución y buscar el entendimiento dentro de ella. El dispositivo de participación, como un escenario importante para los dirigentes, muestra debilidades por escasez y por exceso. En La Posta Las Vertientes el vaciamiento de la participación, más allá de los confinamientos por la pandemia, se produce después del intenso despliegue de una táctica de uso del dispositivo de participación por parte de un grupo de usuarias. Esto bien puede estar en el polo del exceso, en el sentido de representar una relación muy estrecha que impregna al dispositivo de participación con intereses específicos que no se ven expuestos necesariamente a la representación de la diversidad. Es lo que se presenta como crítica desde la nueva administración de la Posta, no dirigida hacia los dirigentes, sino hacia una figura de profesionales que participaba de la indiferencia institucional hacia toda una parte vulnerable de la comunidad. La escasez está representada por la fragmentación, al borde de la disolución, de la instancia colectiva de representación, es decir del Consejo de Usuarios. Los dirigentes han

establecido una distancia, entre la desilusión y la crítica, que ha dejado al dispositivo de participación, en dicho momento, en su mínima expresión. Ambas posturas, la del exceso y de la escasez, como vemos requieren de apoyos institucionales para encontrar el equilibrio, restablecer la relación de la institución con un sujeto colectivo.

Será desde otro posicionamiento subjetivo que se apelará a un principio de participación. La nueva forma de atender, como lo vimos, traía consigo la indicación de buscar acuerdos con el paciente basados en sus intereses. Es necesario remarcar que, si bien este es un principio de participación, se le instala en el contexto del dispositivo terapéutico desde el cual se ejerce una presión individualizante del sujeto, gran diferencia respecto a lo que está establecido en el dispositivo de participación y que revisaremos más adelante.

Los dirigentes en el CESFAM Villa O'Higgins relevaban una distancia con la institución que describíamos por el hecho de no sentirse integrados. Sin embargo, en ellos esto tenía más que ver con un análisis histórico del rol de dirigente y de la propia sociedad dentro de la que la participación exhibe mutaciones importantes, trasladándose desde un eje comunitario hacia otro eje gestor. Ellos introducen matices importantes con dos posicionamientos que llamamos la búsqueda del entendimiento y el compartir y servir. El primero de ellos requiere de apoyos institucionales para que buscar el entendimiento no signifique renunciar a la crítica, fenómeno que vimos asociado a una solidaridad de clase, es decir al mantenimiento de lazos de integración normativa, pero que al mismo tiempo minaban la capacidad de ejercer con autodeterminación el rol de dirigente social en salud.

Nuevas instituciones para nuevos sujetos

La idea prospectiva de apoyos que las instituciones ponen a disposición de los sujetos, en los términos que los hemos descrito, nos lleva a pensar en instituciones de otra naturaleza. Una naturaleza que puede ser descrita como reflexiva o plural que se deja sentir en una serie de tensiones en los niveles institucionales, de acción y sociales como lo señala Bonny (2012). Nos ha parecido importante adentrarnos en las lógicas de acción, es decir en las "orientaciones sostenidas por los actores claves de la institución" (Bonny, 2012, p. 16) para desde allí proponer un análisis de la institución, como entramado de dispositivos, y enunciar ciertas consecuencias a nivel de la acción pública en salud. Los apoyos institucionales que apuntamos

corresponden, en este sentido, a un intento por apuntalar la transición hacia instituciones reflexivas o plurales poniendo atención a que los procesos de subjetivación, de usuarios y profesionales, no estén completamente inclinados hacia un polo de determinación. Si bien una aproximación más concreta a estos espacios intersticiales requiere de una investigación prospectiva podemos aquí hacer referencia a algunos principios que se deben cautelar.

En primer lugar, hay que señalar la necesidad de que la institución tenga presente cuáles son sus puntos de indiferencia. A la luz del análisis que hemos realizado ha quedado en evidencia que los sujetos se sienten abandonados por las instituciones, en puntos específicos si se trata de profesionales o de usuarios como los que hemos mencionado. Algunos de ellos son más evidentes, mientras que otros requieren de un trabajo clínico de mayor profundidad para detectar los “males indecibles”, utilizando la bella expresión de Fassin (2004). Los puntos de indiferencia hacen parte de la violencia que la institución ejerce sobre los sujetos, ignorando lo que para ellos es relevante, haciendo inaudible sus malestares, dejándolos a la intemperie de las fuerzas dispositivas y responsabilizando de forma individual sin apoyar a los sujetos para sortear los desafíos prácticos y éticos, pero esperando de ellos rendimiento y conductas moldeables a las figuras subjetivas que se ofrecen al consumo en los diferentes dispositivos.

Para abordar esta compleja labor hay que introducir cambios en la geografía local de los dispositivos que hemos visitado. Esto puede ser realizado apelando a lo que Périlleux (2019) llama “dispositivo clínico”. Su llamado a superar el tecnicismo en la manera de entender los dispositivos y a verlos como espacios potenciales que pueden “abrir un espacio hospitalario a la palabra dándole prioridad a la escucha por sobre la mirada” (Périlleux, 2019, p. 203). Lo que estos espacios permitirían es visibilizar las arenas de los sujetos como las hemos descrito anteriormente. Igualmente, permite repensar la “terapia”, que Arnstein (1969) criticaba por corresponder a un sucedáneo de participación, devolviéndole su potencialidad de apuntalar una clínica del sujeto. Es en este sentido que nos parecen fundamentales algunas de las condiciones, para que un dispositivo pueda ser considerado como un dispositivo clínico, que expone Périlleux: su apertura a lo inesperado, la receptividad a los afectos negativos junto con un fuerte marco de contención para los mismos y la necesidad de dar cuenta de este trabajo en el espacio público (2019). A la luz de nuestros análisis parece importante que, tal como se pueda movilizar el trabajo de estos dispositivos clínicos hacia los espacios públicos que resulten pertinentes, se requiere establecer

las vías por las cuales este trabajo pueda incidir en la propia institución ya que, de permanecer en la indefinición estos espacios pueden perder su potencial transformador y dejar atrapada a la terapia y a la escucha en lógicas determinantes del sujeto como lo han hecho notar en su crítica tanto Arnstein (1969) como Fassin (2006). Sin embargo, la medida del éxito de estos dispositivos no se puede concebir a priori, sino que debe pasar por la transformación de los sujetos que los implementen.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249–264.
- Allende Gossens, S. (1939). *La realidad médico-social chilena: (síntesis)*. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Disponible en <https://doi.org/10.34720/mj3z-6m24> Disponible en <https://doi.org/10.34720/mj3z-6m24>.
- Anigstein, M. S. (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista Mad; Núm. 19 (2008)DO - 10.5354/0718-0527.2011.13898*.
<https://revistas.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/13898>
- Appadurai, A. (2004). The capacity of aspire: Culture and the terms of recognition. In *Culture and Public Action* (pp. 59–84). Stanford University Press.
- Araujo, K. (2009). *Habitar lo social: usos y abusos en la vida cotidiana del Chile actual*. LOM Ediciones.
- Araujo, K. (2018). *Transformations sociales, individus et démocratie. Le cas du Chili*. (71; Subjectivité/Subjectivation).
- Araujo, K., & Martuccelli, D. (2013). Beyond institutional individualism: Agentic individualism and the individuation process in Chilean society. *Current Sociology*, 62(1), 24–40.
<https://doi.org/10.1177/0011392113512496>
- Área de Salud - Corporación Municipal de La Florida. (2022). *Plan de Salud Comunal La Florida*.
- Armstrong, D. (2014). Actors, patients and agency: a recent history. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 163–174.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12100>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *AIP Journal*, 35(4), 216–224.
- Arriagada, N. (2016). Identidad y subjetivación política en el Movimiento por la salud digna en Chiloé. *Polis*, 44.

- Auyero, J. (2012). *Patients of the state. The politics of waiting in Argentina*. Duke University Press.
- Bardin, L. (2013). Chapitre III. L'analyse de l'énonciation. In *L'analyse de contenu* (pp. 223–242). Presses Universitaires de France.
- Barrientos, M., & Moller, S. (2018). Trayectoria de dirigentes Poblacionales de la Salud. Entrevistas. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 15–28.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, 3–27. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280
- Becker, H., Geer, B., Hughes, E., & Strauss, A. (1992). *Boys in white. Student culture in medical school*. Transaction Publishers.
- Benveniste, É. (1970). L'appareil formel de l'énonciation. *Langages*, 12–18.
- Bonny, Y. (2012). Les institutions publiques au prisme de la pluralité. In L. Demailly & Y. Bonny (Eds.), *L'institution plurielle*. Presses Universitaires de Septentrion.
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Science* (pp. 843–860). Springer. <https://doi.org/10.4135/9781526405555>
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In C. Gordon, G. Burchell, & P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect. Studies in Governmentality* (pp. 281–298). The University of Chicago Press.
- Castillo, J., Ixonicio, S., & Millán, A. (1973). COMO SANAR A LA SALUD EN CHILE. *Revista Mensaje*, 22(216), 59–62.
- Charles, J. (2016). *La participation en actes. Entreprise, ville, association*. Desclée de Brouwer.
- Charmaz, K. (1991). *Good Days, bad days. The Self in Chronic Illness and Time*. Rutgers University Press.

- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE Publications Ltd.
- Cifali, M. (2019). *Préserver un lien. Étique des métiers de la relation*. PUF.
- Contandriopoulos, D. (2004). A sociological perspective on public participation in health care. *Social Science & Medicine*, 58(2), 321–330. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00164-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00164-3)
- Corporación Municipal de La Florida. (2023). *Cuenta Pública 2022 CESFAM Villa O'Higgins*.
- de Certeau, M. (2000). *La Invención de lo Cotidiano. Vol. 1 Artes de Hacer*. Universidad Iberoamericana - Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.
- de Gaulejac, V. (2009). *Qui est "Je"? Editions du Seuil*.
- De Nanteuil, M. (2013). *La democracia insensible. Economía y Política a prueba del cuerpo*. Ediciones Uniandes.
- Delamaza, G. (2015). Enhancing Democracy. Public Policies and Citizen Participation in Chile. In *Berghahn Books / CEDLA Latin American studies* (Vol. 104).
- Delamaza, G., Robles, C., Montecinos, E., & Ochsenius, C. (2012). Redes de política pública y agendas de participación ciudadana en el Chile postransicional ¿Desafiando la política o recreando sus límites? *Gestión y Política Pública*, XXI(1), 45–86.
- Deleuze, G. (1989). Qu'est-ce qu'un dispositif? In *Michel Foucault philosophe. Rencontre internationale Paris 9,10, 11 janvier 1988* (pp. 185–195). Editions du Seuil.
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Presses Universitaires du Septentrion.
- Demailly, L. (2016). Nouveaux acteurs, nouvelles logiques de champ pour les métiers de la relation. In M. C. Doucet & S. Viviers (Eds.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail* (pp. 51–66). Presses de l'Université Laval.

- Dey, I. (2007). Grounding Categories. In A. Bryant & K. Charmaz (Eds.), *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (pp. 167–190). SAGE Publications Ltd.
- Doucet, M.-C. (2016). Activité et langage des métiers relationnels. Une sociologie de l'implicite. In M.-C. Doucet & S. Viviers (Eds.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail* (pp. 13–34). Presses de l'Université Laval.
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado*. Gedisa editorial.
- Dubet, F. (2010). *Sociología de la experiencia*. Editorial Complutense - Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Fassin, D. (2004). Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute. In *Alternatives sociales*. La Découverte. <https://www.cairn.info/des-maux-indicibles--9782707140661.htm>
- Fassin, D. (2006). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, 73(1), 137–157. <https://doi.org/10.3917/pox.073.0137>
- Favreu M., A., & Moya M., M. (2006). *Esbozo para una Historia Local. Población "Villa O'Higgins" 1967-2006*.
- Feder Kittay, E. (1999). *Love's Labor. Essays on Women Equality and Dependency*. Routledge.
- Ferrero, M., Hoehn, M., & Rivera, F. (2014). *Participación Ciudadana*.
- Foucault, M. (2001a). La naissance de la médecine sociale. In *Dits et écrits: Vol. Tome II* (pp. 207–228). Gallimard.
- Foucault, M. (2001b). L'éthique du souci de soi comme pratique de liberté. In D. Defert & F. Ewald (Eds.), *Dits et écrits II 1976-1988* (pp. 1527–1548). Gallimard.
- Foucault, M. (2001c). L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne. In *Dits et écrits. tome II* (pp. 508–521). Gallimard.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.

- Foucault, M. (2003). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. In *Siglo XXI editores*.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2011). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Fondo de Cultura Económica.
- Francequin, G. (2019). Empathie. In *Dictionnaire de Sociologie Clinique*. éditions érès.
- Franssen, A. (2017). *La fabrique du sujet au coeur des politiques d'activation* (66; Subjectivité/Subjectivation).
- Freire, P. (2015). Pedagogía del oprimido. In *Siglo XXI editores*.
- Fung, A. (2006). Varieties of Participation in Complex Governance. *Public Administration Review*, 66(s1), 66–75. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00667.x>
- Glinne-Demaret, H. (2019). Relation de service. (service relationship – relación de servicio). In *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 542–545). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0542>
- Gongora, M. (1981). *Ensayo histórico sobre la noción de Estado en Chile en los siglos XIX y XX*. Ediciones La Ciudad.
- González, M., & Zárate, M. S. (2019). Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. *Salud Colectiva*, 15, 1–14. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2214>
- Graham, M. (2002). Emotional Bureaucracies: Emotions, Civil Servants, and Immigrants in the Swedish Welfare State. *Ethos*, 30(3), 199–226. <http://www.jstor.org/stable/3651871>
- Habraken, J., Pols, J., Bindels, P., & Willems, DL. (2008). The silence of patients with end-stage COPD: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58(557), 844–849.
- Hernández, J. (2019). *De calvarios, travesías y laberintos. Ciudadanos frente a la violencia institucional en salud y justicia en México*. Universithé catholique de Louvain.

- Herreros, G. (2007). L'avènement du sujet. In *La Sociologie Clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques* (pp. 131–148). érès.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Les Édition du Cerf.
- Illanes, M. A. (2010). En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública en Chile 1880/1973. In *Ministerio de Salud de Chile*.
- Infante, A., & Moller, S. (2018). Auge y caída transitoria de la participación social en salud: Chile 1965-1973. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(3), 33–35.
- Jaspers, K. (1989). The Physician in The Technological Age. *Theoretical Medicine*, 10, 251–267.
- Kauffman, J.-C. (2011). *L'entretien comprehensif* (3eme édit). Armand Colin.
- Keating, P., & Cambrosio, A. (2003). *Biomedical Platforms*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/1622.001.0001>
- Kottow, M. (2014). El padeciente. La medicina cuestionada. Un testimonio . In *Ocho libros*.
- Kottow, M. (2015). La enseñanza de una bioética proximal. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(29-2 SE-Artículos). <https://doi.org/10.18359/rlbi.532>
- Legrand, M. (1992). L'Approche Biographique: Théorie, Méthode, Pratiques. *Análise Psicológica*, x(4), 499–514.
- Levin, L. S., Katz, A. H., & Holst, E. (1977). *SELF-CARE. Lay initiatives in health*. Croom Helm London.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service* . Russel Sage Foundation.
- Long, N. (2001). *Development Sociology: Actor Perspectives*. Routledge.
- Martuccelli, D. (2015). Crítica de la autoridad factual. Por la administración de los hombres contra la administración por las cosas . *Revista de La Academia*, 19(Otoño), 13–39.

- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). Encuesta Casen 2022. In *Encuesta Casen 2022, Observatorio Social*. Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- MINSAL. (2015). *Promoción de la Salud*.
- MINSAL. (2017). *Programación Operativa en Atención Primaria de Salud*.
- Mol, A. (2009). *Ce qui soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*. Presses des MINES.
- Molina, C. (2007). *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989*. Universidad de Chile.
- Moller, S. (2013). *Embarras de l'action professionnelle. Les épreuves des équipes de santé mentale au Chili. Mémoire du master en Sociologie*. Université catholique de Louvain.
- Municipalidad San José de Maipo. (2018). *Actualización Plan de Desarrollo Comunal San José de Maipo 2018 - 2022*.
- Niewiadomski, C. (2010). Histoires de vie de collectivité. Un exemple de recherche-action en milieu hospitalier. In V. de Gaulejac & M. Legrand (Eds.), *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle* (pp. 33–62). érès.
- OEUS. (2017). *La Salud entre Pares*.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. In U. Armand Colin.
- Parsons, T. (1951). Illnes and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452–460. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>
- Périlleux, T. (2016). Le coeur battant du travail relationnel. Métiers mis en danger, répliques cliniques. In M.-C. Doucet & S. Viviers (Eds.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail* (pp. 123–139). Presses de l'Université Laval.
- Périlleux, T. (2019). Dispositif clinique. (clinical device – dispositivo clínico). In *Dictionnaire de sociologie clinique* (pp. 202–205). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0202>

- Perilleux, T., & Cultiaux, J. (2007). Être responsable de sa santé? Faces, accents et limites d'un argumentaire de responsabilisation des patients. In *Action publique et subjectivité. droit et société* Vol. 46 (pp. 133–146). L.G.D.J.
- Pérrilleux, T. (2009). *Travail sur soi et affairement. Les voies de la subjectivation du travail* (8).
- PNUD. (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*.
- Quaranta, I. (2017). The production and transformation of subjectivity. Healthcare and migration in the province of Bologna (Italy). In B. Hadolt & A. Hardon (Eds.), *Emerging Socialities in 21st Century Healthcare* (pp. 89–101). Amsterdam University Press.
- Rabeharisoa, V. (2010). Les associations de malades et d'usagers de la santé. In B. Hauray & D. Fassin (Eds.), *Santé publique. L'état des savoirs* (pp. 457–468). La découverte.
- Raffnsøe, S. (2008). Qu'est-ce qu'un dispositif? l'analytique sociale de michel foucault. *Symposium: Revue Canadienne de Philosophie Continentale*, 12(1), 44–66.
- Ravon, B. (2016). La fabrique des pratiques acceptables. Travail relationnel, épreuves de professionnalité et régulation dialogique de l'activité . In M.-C. Doucet & S. Viviers (Eds.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Presses de l'Université Laval.
- Ravon, B., & Ion, J. (2012). *Les travailleurs sociaux*. La Découverte.
- Ringeling, I. (2022). *[Intervención en Seminario] A 70 años del Servicio Nacional de Salud en Chile. Universidad Alberto Hurtado - Universidad de Las Américas*.
- Rosa, H. (2010). *Accélération. Une critique sociale du temps*. La Découverte.
- Sojo, A. (1996). *Reformas de Gestión en la Salud Pública en Chile* (13; Serie Políticas Sociales).
- Sojo, A. (2001). Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de La Cepal*, 74, 139–157.

- Star, S. L., & Strauss, A. (1999). Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 8(1), 9–30. <https://doi.org/10.1023/A:1008651105359>
- Stavo-Debaugue, J. (2017). *Qu'est-ce que l'hospitalité ? Recevoir l'étranger à la communauté*. Liber.
- Tirado, F., Gálvez, A., & Castillo, J. (2012). Movimiento y regímenes de vitalidad. La nueva organización de la vida en la biomedicina. *Política y Sociedad*, 49(3), 571–590.
- UNDP. (2025). *HUMAN DEVELOPMENT REPORT 2025. A matter of choice People and possibilities in the age of AI*.
- Wagner, P. (1997). *Sociología de la modernidad. Libertad y disciplina*. Herder.
- Zaccaï-Reyners, N. (2006). Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin. *Esprit*, Janvier(1), 95–108. <https://doi.org/10.3917/espri.0601.0095>
- Zittoun, P. (2013). Dispositif. In C. I., B. R., B. L., C. F., F. J-M., L. R., N. C., & S. D (Eds.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. GIS Démocratie et Participation.
- Zuiderent-Jerak, T., & Berg, M. (2010). The sociology of quality and safety in health care. Studying a movement and moving sociology. In C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, & S. Timmermans (Eds.), *The Handbook of Medical Sociology* (pp. 324–337). Vanderbilt University Press.