



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

EXCESOS DE GESTIÓN: SUFRIMIENTO Y ÉTICA
**Una aproximación al trabajo de psicólogos/as encargados/as del programa de Salud
Mental en establecimientos de Atención Primaria de Salud**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

DIEGO AGUIRRE ALVARADO

**Profesora guía:
Svenska Arensburg
Profesor co-guía
Álvaro Jiménez
Informante:
Gonzalo Miranda**

Santiago de Chile, 12 de Julio 2019

EXCESOS DE GESTIÓN: SUFRIMIENTO Y ÉTICA
Una aproximación al trabajo de psicólogos/as encargados/as del programa de Salud
Mental en establecimientos de APS

RESUMEN

El trabajo en Salud Mental que realizan los/as psicólogos/as en la Atención Primaria de Salud (APS), ha sido caracterizado por una organización laboral en constante transformación, determinando prescripciones, condiciones y formas de evaluación que tensionan el logro de diversos objetivos sanitarios. Este diagnóstico ha sido escasamente explorado en relación a la experiencia laboral de sus interventores, cuestión que justifica la relevancia de esta investigación. Desde una perspectiva socio clínica y psicodinámica del trabajo, el objetivo de esta tesis es explorar las tensiones y desafíos laborales de encargados/as del programa de salud mental en establecimientos de APS, a partir de los sentidos que atribuyen a la organización de su trabajo.

Método: Considerando un tipo de estudio cualitativo, se realizaron 6 observaciones no participantes de una reunión de psicólogos/as encargados/as del programa de salud mental de un servicio de salud de Santiago. En base a dichas observaciones, se realizaron 8 entrevistas activas a 5 de dichos encargados/as asistentes, seleccionados por un muestro teórico por intensidad. Además, se realizó una entrevista a un profesional experto en salud mental en la APS. Para analizar las entrevistas, se utilizó un tipo de análisis cualitativo de contenido.

Resultados: Se propone considerar que las tensiones laborales encontradas se fundamentan a partir de ciertas paradojas inscritas en una organización laboral que demanda hacer “más con menos”, determinándose por una racionalidad pragmática y *cuantiofrénica* que decanta en una superposición de sufrimientos en cuanto a la experiencia laboral de los/as encargados/as. Esta lectura implica la consideración de un trabajo condicionado, que no logra responder a las necesidades de los/as consultantes de acuerdo a principios técnicos y valóricos interiorizados en el ethos profesional, dando cuenta de un sufrimiento que es variablemente negado con el fin de conservar el sentido del trabajo. Lo anterior involucra una tensión en torno al sentido ético de las prácticas en salud mental, motivando la proyección de algunos desafíos en lo que compete a la necesidad de reflexionar sobre ciertas condiciones y evaluaciones del trabajo explorado.

PALABRAS CLAVE

Programa de salud mental en APS, organización paradójal del trabajo, managerialismo, sufrimiento en el trabajo, ética del trabajo.

DEDICATORIA

A mi madre, por enseñarme y entregarme el valor del cuidado y siempre plantarse humildemente ante la adversidad, nunca habiendo cesado de entregar amor. Tu legado es mi fortaleza.

A Constanza, por su inmejorable presencia, su compañía y su paciencia, también la de Benjamín, sobre todo en los momentos de mayor oscuridad en el desarrollo de esta tesis. Tu amor es el combustible de mis pasos.

A Co-k, por siempre estar.

A Sergio, por su apoyo, su esfuerzo, por nunca rendirse en el empeño de ser quien pueda alentarme, todos tus gestos tienen un valor inestimable.

A mi padre, por su ternura y su preocupación. Tu cariño es uno de mis mejores regalos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Álvaro Jiménez por su gran disposición para acompañarme en este camino, su presencia garantizó una guía que facilitó innumerables decisiones que permitieron el desarrollo de esta tesis.

A los/as profesores/as de FACSO Pablo Reyes, Svenska Arensburg y Gonzalo Miranda, por permitirme acceder a sus saberes y así poder avanzar en momentos claves de esta investigación.

A Ximena Zabala, Marcelo Astorga y César Castillo, por recibirme de manera desinteresada, abriendo un espacio de diálogo fecundo aún sin haberme conocido, muestra de una calidad humana que valoro más allá de cualquier ganancia particular.

A María Luisa Morales y Ana Karina Ramírez, por su disponibilidad para colaborar en la realización del proyecto de esta investigación.

A Javiera Díaz-Valdés por su amistad y su apoyo incondicional.

Y finalmente a Gonzalo Soto, el referente del servicio de salud y especialmente a los/as encargados de programa de salud mental que accedieron a participar de esta investigación, porque su trabajo destaca el valor, y los tremendos desafíos que implica asumir las (paradójicas) misiones que se inscriben en la salud mental en la APS, cautelando de no socavar el sufrimiento y las necesidades de quienes le dan su razón de ser. Este escrito es ante todo un reconocimiento a vuestra enorme entrega cotidiana.

"Sólo podemos lograr una vida material más humana si comprendemos mejor la producción de las cosas" (Richard Sennet, 2009, p. 12).

"Vivimos en una sociedad enferma de gestión y quizás lo que más consternación causa es que no nos percatemos de ello, que el pensamiento social no se haya volcado a analizar en detalle los hilos finos con los que se anuda el poder managerial" (Alejandro Saldaña, 2008, p. 2).

"De una manera más general, lo que le importa a la gente no se mide en las tablas y estadísticas de la gestión. Lo importante es la ética. Y la ética del cuidado no se mide" (Pascale Molinier, 2015, p. 8).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
OBJETIVOS.....	10
MARCO TEÓRICO	11
Algunas precisiones conceptuales: Subjetividad laboral, organización laboral y sentidos del trabajo	11
Management y mecanismos de optimización del trabajo	14
Organización Paradojal del trabajo, <i>cuantiofrenia</i> y Management como estrategia	18
Management en salud y salud mental: Algunas consideraciones críticas.....	25
Algunas nociones en torno al sufrimiento laboral aplicado en el mundo sanitario	31
Del sufrimiento ético a las defensas en el trabajo.....	42
METODOLOGÍA.....	46
Procedimiento	48
RESULTADOS	56
I) Una aproximación al trabajo en el programa de salud mental en la APS: El porqué de la gestión y sus imperativos.....	56
Hacer más con menos	56
De un déficit a otro(s)	62
El problema de la cobertura y la primacía de los números	66
II) “La meta es la meta”: La racionalidad paradojal de los números y la disputa por el sentido ético del trabajo.....	72
Una meta potencialmente perversa	72
“El número versus la calidad”: El problema de las evaluaciones de las prácticas	83
¿Optimización y eficiencia?: el problema del tiempo en el caso de los “nsp”	98
DISCUSIONES	108
Managerialismo asistencial y las paradojas del trabajo	109
Una tensión ética minimizada.....	115
CONCLUSIÓN: Una propuesta deliberativa	122
REFERENCIAS	129
ANEXOS	138

INTRODUCCIÓN

El trabajo que realizan los/as Psicólogo/as en la Atención Primaria de Salud en Chile (APS en adelante), constituye un objeto posible de caracterizar a partir de una multiplicidad de discursos, relaciones y tradiciones sociohistóricas y territoriales que lo contextualizan desde hace ya algunas décadas, concentrando en la actualidad una densidad dinámica de poderes y saberes que han ido determinando los abordajes y las intervenciones, donde la salud mental, constituye su ámbito afín por excelencia.

Dentro de este panorama, se han realizado algunas investigaciones en Chile que describen la actualidad de una tensión relativa al desarrollo de estas actividades desde un punto de vista laboral, donde se mezclan aspectos del rol profesional, las condiciones y evaluaciones del trabajo, la diversidad y exigencias de las tareas a realizar, y una cierta preocupación por el lugar que asumen las personas a las que se atienden (Zamora, 2015; Andrade, 2015; Carrasco y Yuing, 2014), lo que también ha sido encontrado en estudios sobre otras latitudes latinoamericanas (Mera, Morales y Mosquera, 2018; Parra, 2016). Estas tensiones, como punto de partida, contextualizan mi interés por acceder a la experiencia del trabajo como psicólogo/a en la APS, considerado como un “rol imprescindible” para los equipos de salud¹ (Minoletti, Soto, Sepúlveda, Toro e Irrarázaval, 2018).

Como antecedente de este escenario, parece pertinente recordar que la salud mental ha sido progresivamente posicionada como un objeto prioritario para los Estados Occidentales, legado que en Chile tuvo lugar a través de distintos movimientos y experiencias político-sociales desarrolladas durante la segunda mitad del siglo pasado². Tal consideración ha sido particularmente fecunda en la APS, reconocida como la estrategia de mayor fortalecimiento político y económico con miras a la articulación y el desarrollo de la salud

¹ Según el actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2017), el último catastro realizado en 2012 determinó que el 99,6 % de los centros de APS contaban con al menos un psicólogo/a, arrojando un promedio de 2,5 profesionales por Centro de Salud, a razón de 83,6 horas semanales, siendo la profesión de mayor presencia laboral en los programas de salud mental con una tasa de 171,5 por 100.000 habitantes. Además, la mayoría de las consultas de Salud Mental son realizadas por psicólogos, aumentando su participación en ellas desde un 34% a un 53% entre el año 2007 y el 2016. (Minoletti, et. al. 2018)

² Destacando entre otros hitos relevantes, el trabajo de Juan Marconi respecto de la adopción de un enfoque de salud pública para la salud mental, así como los efectos que tuvo la declaración de Caracas de 1990 organizada por el movimiento internacional de salud mental comunitaria y reforma psiquiátrica, en cuanto a la necesidad de que los Estados inviertan económicamente en el desarrollo de políticas de salud mental democratizadas (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

pública según los objetivos que los Estados Occidentales comenzaron a delinear desde la célebre conferencia de “Alma Ata” en 1978. Desde allí la salud se constituye como un derecho humano universal a ser garantizado, reconociéndose como un objeto clave para el alcance de una mayor justicia e igualdad social³ (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En esos términos la salud mental ha ido abriéndose camino en el itinerario sanitario, concibiéndose ya no sólo como un escenario que designa el mundo de las enfermedades mentales, sino también, como un objeto históricamente producido, que dibuja el campo donde dichas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas según la consideración de aspectos socioculturales, económicos y políticos que las determinan. Esto implica recordar cómo las definiciones en torno al daño psíquico fueron objeto de nuevas referencias, integrando prácticas sociales a la primacía psiquiátrica clásica, lo que realzó el carácter político de una salud mental que emergió articulada a conceptos relativos a la participación, la justicia, la democracia, la gestión social, la organización participativa entre muchos otros (Galende, 1990).

En Chile, estos ordenamientos fueron formalizados en la “gran reforma de salud” a comienzos de la década del 2000. Así, el paso de una concepción biomédica centrada en la cura de las enfermedades entendidas individualmente hacia un abordaje biopsicosocial, familiar y comunitario sobre todo el continuo salud-enfermedad marcaron uno de sus ejes fundamentales (Scharager y Molina 2007), produciendo la necesidad de dar un espacio a las condiciones generales del bienestar y por tanto, más que curar la enfermedad, procurar el objetivo de “cuidar la salud” (Ministerio de Salud [Minsal], 2008).

Lo anterior implica recordar cómo desde la gran reforma, se reconoció legalmente al “modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario” como el rector de las prestaciones a realizar, adquiriendo relevancia la llamada “integralidad” en las prácticas de salud y salud mental (Minsal, 2008; 2013). Dicha integralidad, implica la adopción de una

³ De ahí su famoso lema “salud para todos el año 2000”. En esta conferencia internacional se fortaleció la visión de la salud como un medio de desarrollo social, lo que articuló la necesidad de una participación de todos los sectores sociales, políticos y económicos para su despliegue, descartándose como un objetivo exclusivo de las organizaciones sanitarias. Sin perjuicio de ello, en tales organizaciones se definió a la Atención Primaria como el enfoque de trabajo más pertinente para la salud pública, proponiéndose como su articulador central (Gajardo, 2014).

concepción de ser humano que reconozca que la salud y la enfermedad están determinadas por la interrelación de factores biológicos, psicológicos, económicos, socioculturales y espirituales. De modo que la concepción de la salud mental formaliza un quiebre con la primacía dada al psiquismo individual, para ser trabajada bajo la producción de objetivos ejecutados interdisciplinariamente en una orgánica dispuesta como una red de servicios, que se articula por una APS llamada a resolver “la mayoría de las necesidades de la dimensión de salud mental de la población, con eficacia y eficiencia”⁴ (Minsal, 2018. p. 85).

En este contexto hemos visto cómo las políticas sanitarias de Salud Mental, han admitido tanto la conservación de las intervenciones terapéuticas individuales para personas consideradas “enfermas”, como un cada vez más enfático impulso respecto de la necesidad de generar prácticas desde un modelo integral y comunitario, enfatizando la prevención de los riesgos de las enfermedades y la promoción de factores protectores de la salud para personas “sanas” (Ascorra, 2002).

En este sentido, destaco cómo algunas investigaciones han observado desde varios ángulos el problema que ha significado para los/as psicólogos/as el pasar de una lógica individual a una colectiva, movimiento en el cual se denuncia un trastocamiento del objeto “mental” que fundamentaba las intervenciones. Esto se ha vinculado a una suerte de difuminación de la especificidad clínica de la profesión, describiéndose además confusiones y traslapes con otros actores en el ejercicio del trabajo⁵ (Fernandes, et al. 2016; Martic, 2015; Moncada, 2015). Tales hallazgos redundan en observaciones que, ya desde el comienzo de la emergencia de la salud mental bajo un modelo comunitario, advertían sobre las “amplias y diversas resistencias” que los equipos ejercerían, al estar acostumbrados al trabajo en una modalidad de asistencia médico-clásica/individual (Galende, 1990).

⁴ Para dimensionar esta tarea, debemos considerar que el 73% de la población general está inscrita en algunos de los 678 centros de APS del país (Minoletti, et. al. 2018).

⁵ Una polémica a partir de la publicación de las orientaciones técnicas del Trabajo Social en Salud (Marzo, 2018) da cuenta de un extremo en el que se expresa la actualidad de este problema. Sucintamente, dicho documento señalaba que debían destinarse horas para que dichos profesionales realicen procesos psicoterapéuticos en los Centros de Salud, declaración que al cuestionar la exclusividad de los psicólogos/as sobre el ejercicio de estas prácticas, motivó incluso una declaración del colegio de Psicólogos/as que señaló la invalidez de la normativa al no estar suscrita al código sanitario vigente. Poco más de un año después (Abril, 2019), la contraloría nacional de la república dejó sin efecto tal resolución, lo que avaló la declaración realizada por del colegio de psicólogos/as.

Como quiera que sea, se ha hecho evidente cómo en los últimos años los discursos sanitarios abogan –y se mantienen abogando- por una transformación y diversificación en el quehacer de los equipos, dada la amplia comprensión de los procesos de salud y enfermedad en relación a la salud mental y sus prácticas interventivas (Minsal, 2018). Esto implica la sobrevenida de nuevos modos de trabajo que buscan ser internalizados en cada integrante, con el fin de apoyar en la constitución de un sistema que, desde la interdisciplina y el abordaje de los determinantes sociales, se transforme en un eje de desarrollo social, más que en un medio de tratamiento de las enfermedades⁶ (Minsal, 2008).

Si bien todos los esfuerzos en torno a la implementación de éstas y otras dimensiones reformistas del trabajo en salud mental habrían logrado diversos avances y mejoras, (Minolleti, et. al. 2018) se han recopilado una serie de “brechas e inconsistencias” tanto a nivel de la oferta y la calidad de los servicios como respecto del grado de coherencia que ellos asumen frente al modelo propuesto (Minsal, 2017; 2018), conformando un cúmulo de observaciones que se tornan interesantes de puntualizar, ya que caracterizan las acciones como medios limitados e insuficientes frente al alcance de los objetivos estatales planteados.

Así aparecen los “nudos críticos de la red” (Minsal, 2018), a través de los cuales se desprenden aspectos problemáticos del trabajo en salud mental. Al respecto, me interesa destacar el importante papel que en ellos tienen las modalidades de financiamiento, diseño, gestión y evaluación de los servicios, lo que permite aproximarse a la organización “real” del trabajo que asumen los programas, posibilitando una lectura que visibiliza más concretamente el cómo se están determinando las acciones y permitiendo así, profundizar en los desafíos que imprimen para los/as trabajadores/as.

En este sentido, los nudos críticos insisten en la falta de recursos humanos que adolece la salud mental, lo que impide satisfacer la alta demanda de la población consultante. Esta

⁶ Un problema de largo recorrido relativo a la emergencia del modelo comunitario y su relación con la salud mental, ha generado debates y desacuerdos en una llamativa disputa por la institucionalización de las prácticas. Así, diversos pronunciamientos se han referido a una serie de conflictos y acusaciones entre quienes defienden una concepción más progresista que rescata y defiende a las prácticas de corte comunitario, frente a quienes se definen desde una lógica interventiva más clásica ligada a la asistencia psicoterapéutica (Galende, 1990; Dimmenstein, 2003; Miranda 2011, entre otros), cuestión que no tan sólo ha generado conflictos desde un plano político-ideológico, sino también, es reconocido como un problema de desbalance en términos de la gestión de los servicios de salud mental del país (Minsal, 2018).

observación reitera una cierta cronicidad de la insuficiencia del gasto público en salud (Minsal, 2018; Dois et al. 2016; Scharager y Molina, 2007), donde la salud mental ha sido planteada como su “pariente pobre” (Valdés y Errázuriz, 2012)⁷. Tal escenario se emparenta con la producción de acciones que estarían faltando a la “evidencia científica”, según la cual se plantea que las intervenciones grupales, promocionales y preventivas “son más costo-efectivas y tienen mejor impacto en el largo plazo” (Minsal, 2015. p. 27) pero no se logran realizar. Esto implica la permanencia de un modelo asistencial clásico, enlazado a una formación profesional de los/as trabajadores/as que se describe desalineada de los objetivos del modelo propuesto, donde destaca el que las prestaciones no sean diseñadas según las necesidades de las personas usuarias (Minsal, 2017).

Asimismo, se describen limitaciones a nivel de la resolutivez de las atenciones, que se traducen en “resultados pobres” en materias de recuperación, inclusión sociocomunitaria y número de altas, debido a que los/as usuarios serían mantenidos por mucho tiempo en controles sin que se trabaje para mejorar su autonomía y calidad de vida (Minsal, 2018). Finalmente, se particulariza una organización que no produce incentivos para promover atenciones de calidad, sobredimensionando la cantidad de atenciones realizadas (Minsal, 2017). En un intento parcial de síntesis enfatizo el siguiente extracto:

“Asistimos a una preocupante discordancia entre el ideal de la gestión basada en el modelo comunitario de salud mental y las exigencias de una gestión basada en gran medida en el cumplimiento de metas cuantitativas en todos los niveles de complejidad que no necesariamente corresponden a las necesidades de la población. Esto distrae la atención de las autoridades locales, desplaza las acciones de promoción y prevención, y limita la participación efectiva de la comunidad en las acciones de salud” (Minsal, 2017, p. 10).

Según lo planteado, sería la incidencia de una particular manera de “gestionar” el trabajo en salud mental lo que estaría a la base de las diversas repercusiones indeseadas. Antes de volver a ello, marco cómo tal observación está vinculada fundamentalmente al grado de imposibilidad de la implementación del modelo, sin que se integre en aquella

⁷ Según lo expresado en el último plan nacional de salud mental, se debiesen duplicar los gastos para alcanzar el estándar buscado a nivel de los tratamientos y triplicarlos para lograr un incremento de las acciones comunitarias (Minsal, 2017).

consideración alguna dimensión relativa a sus ejecutores/as, sabiendo que los/as psicólogos/as han sido propuestos como uno de sus principales protagonistas (Minoletti, et al.; Zamora, 2015).

Si reparamos en aquel énfasis dado al concepto de “gestión” en las dificultades recopiladas por el Minsal, tiene sentido considerar la existencia de algunas perspectivas psicosociales, psicoanalíticas y críticas que han planteado la relevancia de aproximarse al par subjetividad-trabajo con la intención de visibilizar los alcances sociales y subjetivos que están generando ciertos procesos de modernización del trabajo, traducidos precisamente por los modos actuales que asume su gestión organizacional (Zabala, Guerrero y Besoain, 2017; Molinier, 2015; Zangaro, 2010).

Tales formas de gestión han sido teorizadas a través de la noción de “Management”, constituyendo un objeto privilegiado de investigaciones que las analizan en relación a los cambios que generan en las condiciones laborales, involucrando modalidades de control y regulación de las subjetividades de los/as trabajadores en función de racionalidades y objetivos estratégicos (Fardella, Sisto, Rivera, Morales y Soto, 2016). Bajo este panorama, el trabajo pasa a ser interrogado como una fuente desde donde surgen procesos psicodinámicos de sufrimiento, resistencia y transformación que desarrollan los/as trabajadores/as, los cuales resultan de diversas tensiones y desafíos a nivel de la interpretación de los roles y el despliegue de las tareas que se prescriben en el trabajo (Dejours, 2017; Pujol, Gutiérrez y Barnes, 2014).

En salud, las modalidades de gestión responden justamente a la necesidad de coordinar y optimizar los recursos estatales, produciendo una proliferación de funciones relativas a la planificación, el registro, la ejecución y la medición de las acciones interventivas (Scharager y Molina, 2007), dando paso a una cierta burocratización de procesos y estandarización de resultados en claves que replican lógicas propias del mundo empresarial en el campo de lo público (Sisto y Zelaya, 2013). Con ello, se ha descrito cómo las acciones sanitarias se ven dificultadas por tener que acomodarse a sistemas de evaluaciones pensados solo desde una lógica favorable al costo-beneficio (Miranda, 2011), lo que ha significado “un enorme y difícil esfuerzo de cambio cultural” para los/as interventores (Burrows, et al. 2013).

Entonces, podemos deducir la presencia de un escenario laboral matizado desde una prescripción fundamental, que apela a transformar los abordajes en salud mental bajo concepciones y métodos reformistas, cuestión ya observada como gatillante de una cierta tensión en lo relativo al trabajo de psicólogos/as. Sin perjuicio de ello, dicha intención se revela escasamente implementada, al no contar con los recursos necesarios ni lograr ajustarse a las formas particulares de organización y gestión que la determinan, arrojando resultados que destacan por su insuficiencia. A raíz de ello me pregunto: ¿cómo este itinerario laboral complejo, desafiante e impotente está siendo experimentado por los/as psicólogos/as interventores/as?, ¿qué opinan al respecto y qué logran desplegar a pesar de ello?

Desde ahí me parece pertinente y relevante interrogar a los/as actores que median estas “normativas en conflicto” (Foladori, 2006), para antes que evaluar el grado de implementación del modelo, dirigirme más bien a los sentidos, impactos y respuestas que los/as psicólogos/as configuran y padecen frente a tal panorama. Lo anterior, junto con realzar la relevancia de estos procesos subjetivos -cuestión que parece llamativamente desconsiderada en los documentos oficiales-, permitiría relacionarlos a los límites y las posibilidades que los propios ejecutores observan sobre las acciones que logran desplegar, lo que complejizaría, complementaría o generaría nuevas versiones de lo hasta aquí planteado.

Para concretar esta orientación, emprendí esta investigación con aquellos/as psicólogos/as que asumen la función de ser “encargados/as del programa de salud mental de APS”⁸, en tanto son quienes encarnan una posición de referencia en los establecimientos. Dicha posición, implica la asunción de funciones tanto de gestión como de intervención, configurando un trabajo cotidiano articulado por ambos mundos, cada uno con sus propios objetivos, métodos, áreas de interés e influencias recíprocas. De este modo, me interesé por la posibilidad de aproximarme al modo en cómo ellos/as se posicionan en este escenario, indagando sus apreciaciones y modos de hacer dado este fondo organizacional “preocupantemente discordante”, que además, obedece a un objeto (salud mental) del cual

⁸ La figura del encargado de salud mental, se define como un referente local que tiene “como responsabilidad la planificación, gestión, coordinación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud mental del sector público” (WHO AIMS, 2006. p. 17). Constató que esta es la única definición que hallé del cargo, la cual sin embargo, está asociada a profesionales pertenecientes a un servicio de salud, no aplicando específicamente para los/as encargado/as del programa en los establecimientos de APS.

no existe -ni parece viable- la adopción de una definición de consenso, ni de un modelo que resulte lo suficientemente integrativo (Almirón, 2008).

En este sentido, no parecen haberse realizado estudios locales que en específico recuperen la voz de estos/as psicólogos/as, lo que brindaría una cierta novedad a los hallazgos en la medida en que en ellos/as debieran proyectarse más claramente las contradicciones y desafíos que supone la especificidad de un rol que integra coordinación, gestión e intervención en salud mental. Lo anterior involucra un intento por trascender una cierta tendencia presente en los estudios nacionales afines, que han montado investigaciones según el trabajo de psicólogos/as devenido de ciertas patologías como el GES depresión y otros trastornos (Andrade, 2015; Zamora, 2015), sin distinguir las particularidades del sector de salud en los cuales se opera, ni las especificidades que provee este particular cargo.

La propuesta traducida a las claves teóricas que utilizaré, implica explorar cómo las determinaciones organizacionales movilizan procesos psicodinámicos desde una comprensión “sociopsíquica” del trabajo (Guerrero y De Gaulejac, 2017), lo que fundamenta el reconocimiento de los impactos que estas formas “manageriales” producen en los/as encargados/as del programa de salud mental en la APS. Esto implica una composición inédita, que desde ahí permita explorar las eventuales relaciones que se posan en las intervenciones que se desarrollan. En este sentido, propongo considerar plausible conocer primero cómo una determinada organización del trabajo, considerando sus prescripciones y los intereses que la fundamentan, moviliza interpretaciones y procesos subjetivos teorizados bajo la noción de “sufrimiento en el trabajo” (Dejours, 2015), para luego y desde aquella exploración, reflexionar sobre los límites y posibilidades del trabajo que realizan este tipo de psicólogos/as.

Lo anterior, rescata la necesidad de profundizar en las condiciones laborales que determinan la producción de la salud mental, cuestión que involucra inquietudes “de índole ético” respecto del ejercicio de los/as psicólogos en el ámbito de la salud pública (Has, Díaz y Raglianti, 2002). Este es un aspecto que considero especialmente patente, toda vez que frente a la integralidad propuesta de la salud mental, creo relevante reconocer y rescatar ciertas especificidades que desde este rol interroguen los abordajes del sufrimiento y la vulnerabilidad de quienes demandan este tipo de trabajo. Esto supone visualizar un escenario

laboral donde los sentidos son constantemente disputados desde distintas racionalidades (Chávez y Piquinela, 2017), lo que moviliza a sostener una atención crítica frente a las condiciones institucionales y laborales en las que se ejercen los quehaceres (Aveggio, 2017).

Por último, planteo ubicar esta investigación desde una tradición crítica psicoanalítica, en el sentido de una búsqueda que apueste a develar las tensiones y sus efectos en el ámbito de lo social, según un modo particular de intervención sobre lo humano. En este sentido, conecto con la idea de un pensamiento crítico como lo es el psicoanálisis, desde donde se ponga a prueba la capacidad de problematizar los conflictos subyacentes y sintomáticos que en las instituciones se representan, reconociendo sus complejidades, fuerzas y posibles resoluciones, hacia la exploración de transformaciones ojalá liberadoras que propongan alternativas a las concepciones y autoridades del saber y el poder que se disputan en la salud mental (Galende, 1990).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Considerando la problematización desarrollada, mis preguntas de investigación son las siguientes: ¿Cómo las/os psicólogas/os encargadas/os del programa de salud mental de APS, describen y dan sentido a las tensiones y desafíos que les impone la organización de su trabajo? ¿Qué consideraciones éticas en torno al trabajo en salud mental en la APS se desprenden de tales sentidos explorados?

OBJETIVO GENERAL

Explorar las tensiones y desafíos laborales de psicólogos/as encargados/as del programa de salud mental en establecimientos de la Atención Primaria de Salud, pertenecientes a un servicio de salud de la Región Metropolitana, a partir de los sentidos que atribuyen a la organización de su trabajo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los sentidos que los encargados/as del programa de salud mental en establecimientos de la APS, atribuyen a las definiciones y evaluaciones de las tareas prescritas organizacionalmente.
2. Analizar las experiencias de sufrimiento de los/as encargados/as del programa de salud mental en establecimientos de la APS, gatilladas por la organización de su trabajo.
3. Identificar y discutir, desde una perspectiva ética, las tensiones relativas al trabajo interventivo que relatan los/as encargados del programa de salud mental en establecimientos de la APS.

MARCO TEÓRICO

Algunas precisiones conceptuales: Subjetividad laboral, organización laboral y sentidos del trabajo

Planteando una base desde donde apuesto a trabajar los objetivos de esta investigación, considero necesario situar concisamente algunas nociones teóricas a través de las cuales se articulan aspectos del mundo laboral y la subjetividad.

En este sentido, una forma de aproximarse al mundo del trabajo⁹ desde las Ciencias Sociales, surge al reconocerlo como un objeto único, polisémico y multidimensional, que se propone como una categoría de análisis que integra registros institucionales, organizacionales, sociales, psíquicos, reales e imaginarios. Bajo tales claves, el trabajo es representado en una relación continua e indisociable entre aspectos sociales y subjetivos, existiendo variadas disciplinas que lo abordan en un más allá de la tradicional oposición individuo-organización, al conceptuarlo como un sistema “sociopsíquico” (Guerrero y De Gaulejac, 2017).

Aproximarse al trabajo desde estas concepciones, implica restarse de investigaciones que busquen soluciones y respuestas técnicas bajo una lógica funcionalista, para dedicarse más bien a la generación de preguntas que resulten del análisis de las actuales condiciones de trabajo, y los fenómenos socioculturales y subjetivos que de allí -y bajo distintas modalidades de articulación- se desprenden. En este sentido, las relaciones de poder ameritan un foco de análisis protagónico, lo que hace pertinente el uso de conceptos psicoanalíticos, del análisis institucional y de la sociología clínica del trabajo en tanto permiten “mostrar cómo la relación sujeto, trabajo, organización e institución, se configura a través de distintos niveles y en muy variadas relaciones” (Pulido-Martínez y Sato, 2013. p. 1359).

En consecuencia, la posibilidad de dar contenido a estos niveles que configuran el terreno en el cual se inscriben los escenarios y experiencias laborales, aparecen actualmente fundamentados desde una lógica que tiende a la exclusividad productiva de base capitalista, lo que ha venido determinando profunda y sistemáticamente una cierta reconfiguración de

⁹ Para efectos de esta tesis, y en relación con los planteamientos de las escuelas teóricas en los que se basa, consideraré la noción de trabajo siempre inscrita en el contexto de un marco laboral, entendiendo la diversidad de significaciones que este concepto asume.

los “mundos del trabajo”, determinando su progresiva intensificación y precarización (Stecher, 2010).

De este modo, se ha mantenido vigente la relevancia de interrogar a los/as trabajadores/as como actores sociales, tomando distancia de las miradas neopositivistas, comportamentalistas y objetivantes de la psicología industrial clásica que intentan objetivarlos en la búsqueda de una maximización productiva. Desde esta otra perspectiva de investigación, se busca más bien explorar los posicionamientos y prácticas laborales a través de lecturas hermenéuticas, críticas y/o posestructuralistas, donde se apuesta a recuperar al sujeto y la historia que se inscribe en estos espacios (Stecher, 2010).

Adherir a estas premisas epistemológicas entonces, implica trabajar con una noción de sujeto descentrado e inscrito en un sistema sociolingüístico, donde tienen lugar relaciones discursivas de gobierno, resistencias y fuerzas libidinales (Abad, 2016). Al respecto, aparece la noción de subjetividad laboral, la cual da cuenta de “la manera particular en que cada trabajador/a percibe, se representa, interpreta y valora la experiencia laboral y todos sus factores asociados, y que como conjunto de símbolos orientan y animan su experiencia y dan sentido a su comportamiento laboral” (Orejuela y Ramírez, 2011, p. 132).

Un modo de trabajar esta noción, ha sido desarrollada poniendo énfasis en los sentidos del trabajo, los que aluden a una percepción de ajuste, que determina la experiencia laboral de los/as trabajadores/as según sus posibilidades de apropiarse del valor del trabajo, y realizar prácticas con un sentido de competencia y relevancia social (Da Rosa, Chalfin, Baasch y Soares, 2011). De esta forma, se ha definido al sentido del trabajo a partir de una estructura afectiva compuesta por procesos de significación, orientación y coherencia, en el contexto de normas construidas colectivamente, y a través de los cuales los/as individuos comprenden y enfrentan las situaciones que están a su alrededor (Spink y Medrado, 2004).

Así, el análisis del trabajo y sus procesos constitutivos pueden ser entendidos como una imbricación sociopsíquica, que, desde las mencionadas disciplinas, es esquematizado a través del acople entre sus condiciones de base, ciertas actividades particulares y los efectos que produce, determinando un análisis integrado, que renuncia tanto a sobre-considerar las condiciones personales de los/as trabajadores, como a enfatizar exclusivamente los planos “objetivos” y organizacionales en los que éste intenta ser organizado (Pujol, 2014).

Considerando esta premisa, resulta necesario dar lugar al concepto de “organización del trabajo u organización laboral” (De Gaulejac, 2008; Dejours, 2010), el cual designa los diferentes modos en que el trabajo es ordenado y presentado, prescribiendo las acciones a través de la definición, jerarquización y división técnica de las tareas, y de las modalidades operatorias y de comunicación que tienen lugar al interior de las organizaciones (Zabala, 2017). Para Dejours (2001), autor fundante de la “Psicodinámica del trabajo” (PDT), este concepto definirá las formas, contenidos y objetivos relativos a las tareas laborales que deben ejecutarse, planteando modalidades de gestión y administración que definen las causas y efectos en torno a las responsabilidades que los/as trabajadores/as asumen, y determinando dinámicamente, sus experiencias laborales.

Así es como dentro de esta densa concepción, se enfatiza cómo la construcción de los sentidos del trabajo contemporáneo constituye un objeto social y científicamente relevante de investigar, en la medida en que se ha hecho frecuente hallar relatos que visibilizan grandes diferencias entre las significaciones objetivas que éste asume y los sentidos particulares que cada trabajador/a construye. Dichas diferencias se plantean a partir de la neoliberalización del mundo occidental, que produce cambios en la organización del trabajo a través de la masificación de los modelos de acumulación productiva y flexibilización laboral (Da Rosa, et al. 2011; Orejuela y Ramírez, 2011).

El señalamiento inicial de este panorama en torno al trabajo, sirve como contexto para situar este estudio en aquella corriente de investigaciones que aspiran a profundizar:

“el carácter procesual, discursivo, tensional, relacional, históricamente situado y contextualmente arraigado de los procesos de configuración de las subjetividades laborales, en los que se anudan y actualizan, de formas heterogéneas y singulares, las relaciones de poder, el carácter constrictivo de las instituciones, los discursos sociales hegemónicos, así como la capacidad de agenciamiento, resistencia y creación de sentido de los sujetos individuales y colectivos” (Stecher, 2013. p. 1312).

Dicha tendencia permite considerar la relevancia de focalizar las maneras en cómo cada trabajador/a, socializado/a bajo determinadas matrices políticas y culturales, se representa, interpreta y da sentido a su experiencia laboral, en un modelo que admite la interacción de valores y normas socialmente prescritas y relativamente ancladas en la

personalidad, con factores macro-contextuales de orden socioeconómico, político y organizacional, y dimensiones específicas y locales donde se expresan roles, tareas, funciones, contenidos y efectos (Blanch, 2007).

Management y mecanismos de optimización del trabajo

Guiándome desde la noción de organización del trabajo en el contexto de la maximización productiva actual, es preciso considerar cómo en las últimas décadas, los procesos de modernización del trabajo han determinado la adopción transversal de modelos de gestión afines (Pulido-Martínez y Sato, 2013; Sisto, 2012). Esto ha determinado a su vez, que desde comienzos de la década de los 90' se haya desarrollado un campo de investigaciones relativo, con el objeto de entender cuáles son los impactos que estas transformaciones han generado en los/as trabajadores/as, y desde donde se apela a la relevancia de describir de manera “precisa y humana”, las dificultades consecuentes que concretamente se tienen al trabajar (Zabala, Guerrero y Besoain, 2017).

En lo relativo a estas formas contemporáneas de gestión del trabajo, se ha observado una progresiva individualización de las relaciones laborales, en virtud de lo cual se ha hecho común hallar fenómenos como la autoasignación de la responsabilidad por las dificultades y resultados, la pérdida del valor de las experiencias y de los saberes prácticos que se utilizan para trabajar, así como una importante sobrecarga, vaguedad y confusión respecto del trabajo real que se realiza (Zabala, Guerrero y Besoain, 2017). Al respecto, han proliferado las reflexiones acerca de aspectos como la dominación y el control que ejercen las organizaciones, los procesos de configuración de identidad en el trabajo, y fundamentalmente, las implicaciones políticas de los dispositivos y prácticas contemporáneas de gestión o “Management”, el cual es interrogado como un sistema de organización del poder que “en su lado oscuro”, fundamenta lugares de sufrimiento para los/as trabajadores/as (Saavedra, 2009).

Los dispositivos de gestión del trabajo o “Management”, admiten observaciones densas y de amplio alcance, las cuales trascienden a los objetivos de esta investigación. Por ello, y declarando una aproximación siempre parcial e insuficiente, me interesa desarrollar algunos de sus atributos más fundamentales. Para ello, puntualizo cómo es que esta forma

organizativa del trabajo, se articula bajo la primacía de criterios de eficiencia y eficacia, según lo cual se promueve la adopción de una lógica administrativa parcelada por objetivos de productividad, bajo un modelo gerencialista. Este formato ha sido importado desde el mundo privado empresarial a las organizaciones públicas, transformando consecuentemente su estructura, procesos y fines bajo tales dimensiones (Toledo, 2009). Lazzarato (2005, en Zamora, 2015) destaca cómo este movimiento no sólo es vinculante respecto al trabajo público, sino más específicamente, apela a todos los ordenamientos administrativos a nivel de la estructura pública.

Este potencial de alcance, permite identificar el carácter ideológico del Management, que comenzó a incorporarse en la sociedad chilena a partir de la privatización de lo público y las crisis económicas generadas por el período dictatorial (De Gaulejac y Guerrero, 2017). De ahí es que se habría adoptado un funcionamiento “profundamente capitalista”, caracterizado por una lógica positivista, utilitarista y funcionalista que compele a que todos/as los/as trabajadores/as y organizaciones deban “dar más”, con independencia de cualquier condición particular que medie el proceso de producción. Esto determina el posicionamiento de una concepción idealizada del trabajar, que se supone libre de conflictos y diferencias, donde todo el trabajo es medido en función de resultados bajo la lógica del costo-beneficio, mientras sus actores son reducidos como recursos susceptibles de ser gestionados hacia el fin superior del incremento productivo (Guerrero, Balboa y Miranda, 2017).

Un hito importante asociado al influjo de dichas reformas en el mundo de los servicios públicos, se concentró en el llamado “Consenso de Washington¹⁰”, donde entre otras cosas se transmitieron las bases de este tipo de administración, presentada como una modalidad legítima de dirección de lo público. La emergencia de aquel tratado, ha sido interpretada como una operatoria clave para observar sus herramientas ideológicas, que tendieron a

¹⁰ En noviembre de 1989, el Instituto Internacional de Economía llevó a cabo esta conferencia donde participaron destacados economistas y representantes de organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, quienes llegaron a un consenso acerca de los diez instrumentos prioritarios de política económica que se consideraban claves para el crecimiento de los Estados latinoamericanos. En Chile dicho modelo tuvo especial impacto, impulsando políticas públicas en base a las posibilidades de inversión privada, instalando un modelo de mercado que determinó un Estado debilitado por la asunción de un rol meramente regulador en el plano sanitario (Martínez y Soto-Reyes, 2012).

reducir las posibilidades de conformación sindical, mientras avalaron una serie de medidas tendientes a la privatización de los servicios y el aumento de la productividad (Saavedra, 2009). De ahí se hicieron comunes los procesos de reforma y reestructuración en las organizaciones laborales, mientras se fue gradualmente trasladando la lógica y los mecanismos de gestión del mundo privado a la esfera pública, dando forma al “New Public Management” (NMP) (Bresser y Cunill, 1998, en Saavedra, 2009).

Esta transformación de la gestión pública fue estimulada con el objeto de alcanzar una gestión más eficiente de los recursos, desde donde se replicara la lógica competitiva del mercado, regulada “por estándares de desempeño y medidas de rendimiento y eficacia” (Wittmann, 2008, en Sisto 2012, p. 36). Estos atributos del modelo, han sido legitimados por discursos que ocultan sus relaciones de fuerza, al presentarlo como “la única forma de gestión posible” según criterios científicos y tecnológicos de validación que se presentan neutrales, racionales, objetivos, pragmáticos y apolíticos, lo que explicaría su vertiginoso y dogmático ascenso. Tal lectura traduce la designación adoptada por algunos autores del Management como “managerialismo” (Sisto y Zelaya, 2013).

Si se profundiza en el Management como una ideología de gestión laboral, resulta pertinente puntualizar cómo parte de su funcionamiento es tributario de los principios de la “organización científica del trabajo”¹¹, que se caracteriza por la búsqueda de una correspondencia obsesiva entre la eficiencia y los mecanismos de control que se disponen para alcanzarla (Abad, 2016). Estos principios implican la búsqueda de métodos que sean cada vez más eficaces respecto del gasto de tiempo y la inversión de esfuerzo que requiere una tarea, en base a gestiones más veloces, precisas y que ameriten un menor ejercicio de acciones improductivas, lo que lleva al ideal de un trabajo óptimo (Gastal de Castro, 2017). Así, la actividad laboral exitosa pasó a ser definida desde una racionalización traducida a un lenguaje matemático, que prescribe un cálculo constante de los tiempos, los movimientos y la capacidad productiva.

¹¹ Correspondiente a la obra de F. W. Taylor, quien diseñó métodos de trabajo de optimización productiva que llegaron a ser definidos como los instrumentos de una de las “ideologías directorales en la producción del siglo XX” (Quiroz, 2010, p. 77).

En continuidad a lo anterior, una característica que ha ido definiendo al trabajo contemporáneo responde a una separación rigurosa entre quienes lo definen y quienes lo ejecutan, permaneciendo monopolizado el control y la coordinación de cada actividad en el polo de los administradores. Estos últimos abogan por excluir ciertas acciones concretas que supone toda actividad, en favor de incrementar la capacidad de producir más trabajo (Braverman 1980, en Gastal de Castro 2017). Algunos efectos remarcados de esta modalidad, suponen la reproducción de una fuerza histórica laboral que prescinde de lo subjetivo, determinando espacios cada vez más reducidos para la experiencia sensible, junto con la sustitución del saber-hacer por operaciones mecanizadas, y un perjuicio frente a las posibilidades que los/as trabajadores/as tienen de regular, con relativa autonomía, el tiempo y las acciones laborales que despliegan.

Bajo estos preceptos, De Gaulejac y Guerrero (2017) comentan la técnica del “lean management” que, adoptada por los “managers públicos” como los directores de los centros asistenciales de salud, da cuenta del modo en cómo la calidad del trabajo se comprende desde la primacía de la optimización productiva. Esta técnica se avala de la localización de dedicaciones que son interpretadas como “inútiles” por lo que deben ser eliminadas del proceso productivo, lo que implica intervenir en la organización del trabajo para reducir aspectos como los espacios para el pensamiento, el esparcimiento y la participación colectiva como las reuniones de equipo, de modo de aspirar a dirigir todas las fuerzas hacia los objetivos concretos de producción. Del mismo modo, este ejercicio también vincula prácticas que suelen tomar más tiempo que las que se programan desde las administraciones centrales, donde se describen, por ejemplo, las acciones que los/as psicólogos/as o médicos de los centros de salud deben realizar frente a casos complejos.

Dejours (2001) comenta que esta “organización científica del trabajo” da paso a lógicas de control, donde los/as trabajadores/as son impedidos de detener las actividades al estar bajo una sospecha tácita y permanente de “holgazanería”, atributo que sería característico del lugar en el que el discurso managerial ubica a los/as ejecutores/as. Esta observación es descrita por el autor como un perjuicio psíquico para los/as trabajadores/as, toda vez que las pausas dentro del proceso productivo se constituyen como instantes que favorecen efectos de regulación en el par cuerpo/actividad, que permiten tanto la protección

de su “vida mental”, como una garantía en torno a las posibilidades de sostener la acción. Del lado “científico” sin embargo, se observa la disposición de un trabajo que no permite los ajustes necesarios, dado un patrón sistemático, repetitivo y excesivamente controlado de la actividad, que termina por esclavizar al aparato psíquico.

Estas ideas se complementan al considerar la existencia del fenómeno de la “calidad total” en la lógica empresarial sumida en las organizaciones actuales (Dejours, 2010). Este concepto señala, entre otras cosas, el que se descalifiquen o restrinjan aquellas acciones que si bien, forman parte y permiten alcanzar los objetivos de producción, no se acoplan a criterios como el de “cero-pérdida de tiempo” o “cero-falta”, los cuales guían la construcción de los patrones de rendimiento con que se organiza la consecución de los resultados. De ahí es que existirían un sinnúmero de tareas que si bien, son consideradas importantes por los/as trabajadores/as (como la precisión de un buen diagnóstico con miras a un mejor tratamiento en el mundo de los tratamientos sanitarios), carecen de valor y espacio.

Para Zangaro (2010), estos mecanismos corresponden a una tecnología que expropia la validez del saber-hacer de los/as trabajadores/as, arrojando como consecuencia sensible una separación definitiva de la concepción del trabajo respecto de su ejecución. Esto limita las posibilidades individuales y colectivas de reorganización y adaptación, al verse prohibidas las actividades que no cumplen con los criterios funcionales en la matriz de lo útil, lo eficiente y lo óptimo (Silva, 2016).

Organización Paradojal del trabajo, cuantiofrenia y Management como estrategia

Una tesis ampliamente desarrollada a partir de las características del trabajo contemporáneo, postula una considerable presencia de contradicciones que deben ser administradas por cada trabajador/a, cuestión que ha sido investigada según sus efectos en términos de sufrimiento psíquico (Besoain y Astorga, 2017). Dejours (1998) constata cómo en las organizaciones empresariales, las reglamentaciones se han tornado cada vez más complejas y difíciles de armonizar, “hasta el punto de que es imposible trabajar si se quiere respetar todas las consignas” (en Garcés 2017, p. 69).

En este sentido, uno de los efectos más notables del Management, supone la necesidad de encontrar mediaciones ante prescripciones y órdenes contradictorias, lo que en tal

condición muchas veces impide a los/as trabajadores/as realizar correctamente sus labores, al acorralarlo entre procedimientos que se vuelven incompatibles (Dejours, 2008).

La intensificación de estas contradicciones, resulta en la sobrevenida de una organización que se vuelve paradójal, en la medida en que el trabajo se fundamenta desde la convivencia de órdenes que son “tan necesarios como incompatibles entre sí, por ejemplo, en el hacer más con menos” (De Gaulejac, 2008. p. 3). De este modo, la paradoja se define como una orden desde la cual no es posible encontrar una salida, cuestión que definiría muchas experiencias laborales actuales, produciendo malestares que resultan de no entender ni sus causas, ni cómo responder a ellas (De Gaulejac y Guerrero, 2017), “volviendo locos a aquellos con quienes se trabaja” (De Gaulejac, 2008. p. 3).

Esto ha determinado una relación explícita entre las formas de organización, los sistemas contemporáneos de gestión, y un lenguaje que mueve a los/as trabajadores/as a enfrentarse a dilemas que no tienen solución, volviendo comunes y normales exigencias incompatibles, lo que redundando en un “sistema paradójante” que ha modelado el trabajo actual. (De Gaulejac y Hanique, 2014, en Zabala, Guerrero y Besoain, 2017). Así, habrán cruces paradójales en términos funcionales, donde caben aspectos financieros, jurídicos y técnicos, como también a nivel psicológico, entre los cuales se enfrentan los deseos de éxito y el miedo al fracaso, la identificación narcisista frente a la omnipotencia de la organización marcada por la angustia ante la pérdida del objeto, entre otros (De Gaulejac 2005, en De Gaulejac y Guerrero, 2017).

Un elemento relevante que se describe como un determinante de la organización paradójal del trabajo, vincula el objetivo capitalista de la productividad a ultranzas, que cómo ya describí, está inscrito como una ideología de la cual devienen discursos y prácticas. Bajo estas claves, la máxima del “siempre más” ha logrado naturalizar -entre otros aspectos-, el incremento constante de los resultados como una normativa que las organizaciones empresariales prescriben (De Gaulejac, 2005 en Guerrero, Balboa y Miranda, 2017).

De este modo, si como efecto de un determinado trabajo se alcanzó un resultado cualquiera, el piso a alcanzar durante el período siguiente será siempre algo más que dicho resultado, siendo imposible que la meta anteriormente lograda permanezca como fin. Esto implica que haya una relación proporcional entre el éxito y la exigencia, lo que aumenta

notoriamente las posibilidades de fracaso toda vez que los medios para sostener el incremento productivo vayan normalmente disminuyendo con el tiempo, al haberse agotado los recursos, contactos e ideas en el proceso que dio por resultado el primer logro obtenido (De Gaulejac y Guerrero, 2017).

En este sentido, y ante la normalización de este mandato, ha ido desapareciendo la relación entre hacer el trabajo “normalmente” y recibir reconocimiento por ello, en tanto lo normal se ha pervertido en lo ideal, el que ahora constituye la norma. De ahí que este diseño del trabajo considere “mediocre” la realización básica de las actividades, por lo que siempre se debe hacer más, cuestión que recupera la resonancia de las expresiones “calidad total” y “defecto-cero” (De Gaulejac, 2008). Estas ideas redundan en el llamado “costo de la excelencia”, principal postulado de este autor como creador de la “sociología clínica del trabajo”, donde lo paradójico y la presión del “siempre más”, serían los costos devenidos de la inalcanzable búsqueda de una excelencia productiva en clave neoliberal.

Por otra parte, y ante la exigencia del “siempre más”, se observa el desarrollo de una cultura laboral competitiva entre funcionarios/as, quienes muchas veces se sacrifican en extremo para poder mostrar qué tan productivos y eficientes son, entendiendo que en el Management se sobrevalora al individuo que da resultados por sobre quien reflexiona en relación a lo que se está produciendo (Saldaña, 2008).

En este sentido, parece pertinente explorar e integrar a estos desarrollos el lugar protagónico que le compete a los mecanismos de evaluación de los resultados laborales, elemento que permite mejorar la caracterización del Management como un dispositivo que opera siempre a través de objetivos cuantificables: “Los principios y objetivos que rigen el sistema de gestión de “calidad total”, por su parte, reducen la realidad organizacional a todo aquello que puede ser cuantificable y legitimado a través de las cifras” (Garcés, 2017. p. 79).

Por ello es que un elemento articulador de toda administración managerial, estará ubicada en la primacía de determinados índices de medida a través de los cuales se juzgarán los rendimientos, produciendo un estándar de evaluación aplicado a trabajadores/as, departamentos y organizaciones de todo tipo, lo que requerirá de algún sistema informático de almacenamiento que permita el manejo masivo e instantáneo de todos aquellos datos, ya vueltos comunes en las organizaciones públicas (Ascorra, 2010). A estos instrumentos de

evaluación se les ha investigado bajo la noción de “mecanismos de rendición de cuentas” (Sisto y Zelaya, 2013), que integran la notificación de los resultados y las acciones de traducción, recopilación, ordenamiento y consolidación de la información necesarias para evaluarlos.

En este sentido, destaca cómo para las administraciones sólo el registro “hace existir” al trabajo realizado, lo que involucra un despliegue caracterizado por la gran cantidad de tiempo que debe destinarse a estas actividades, cuestión que se ha observado como causa de desencuentros en el mundo sanitario dada la relevancia que se le suele otorgar al registro en desmedro de las propias tareas asistenciales: “La obligatoriedad del registro hace parecer al proceso real de trabajo como un aspecto secundario, que está ahí solo para ser atestiguado a través de lo que se escribe” (Silva, 2016. p. 170).

En este sentido, el NMP ha desafiado progresivamente los modos en los que tradicionalmente se construían los vínculos entre empleadores y trabajadores, los que han comenzado a depender del grado de ajuste que su trabajo muestre en relación a resultados de logro medidos por indicadores, registros de actividad y metas, desde donde penden aspectos laborales como los ingresos, incentivos, la estabilidad y el reconocimiento. Esto avala y fortalece modelos de desarrollo profesional, que se sustentan en patrones individualizados de competencia y posibilidades personales de emprendimiento (Sisto, 2012).

Además, un aspecto relevante relativo a estos dispositivos, advierte su funcionamiento como “prácticas mediacionales”, en la medida en que convierten procesos complejos en simples indicadores numéricos. Esto implica la existencia de ciertos patrones de representatividad, que terminan modificando al trabajo por el hecho de su dependencia a esta traducción, interviniéndolo en su materialidad. De ahí es que los objetivos del trabajo - al tener que ser acomodados a estas métricas (nunca neutrales) para validarlo- cambien, lo que hace de los dispositivos de rendición de cuentas una “gramática calculativa” de la que emergen las posibilidades de inteligibilidad de lo que se realiza, basadas en una óptica resultadista del trabajo (Sisto y Zelaya, 2013).

Desde una perspectiva crítica, Dejours (2017) plantea que toda evaluación del trabajo que aspira a una objetividad a través de las cifras, está fundamentada desde una base científica “errada”, ya que la evaluación cuantitativa involucra una falsedad, toda vez que nunca logrará

incorporar la realidad y complejidad de las actividades realmente desplegadas. De ahí que este autor destaque los efectos “letales” que estos dispositivos generarían a nivel de la salud mental de los/as trabajadores, donde abundan los sentimientos de injusticia en torno a los obstáculos que producen para obtener reconocimiento. Esto porque la existencia de esta gramática, termina reorganizando el contenido y las tareas que definen al trabajo, en tanto lo que se debe hacer, e incluso lo que se debe ser, siempre deberá corresponderse a los criterios contenidos en estos “regímenes de desempeño”, a través de los cuales se generarán mecanismos de clasificación en función del grado de productividad mostrado.

Al respecto, resulta interesante considerar cómo los mecanismos de rendición de cuentas han sido observados como instrumentos de interpelación de las identidades laborales de los trabajadores del sector público, donde sería habitual encontrar relatos que dibujan una tensión, entre la definición y los contenidos del trabajo que se plasma en estos mecanismos, y las versiones que ellos/as construyen del mismo. Dicha tensión, redundaría en disputas respecto a las orientaciones éticas del trabajo público desde dónde se definen las identidades y acciones (Fardella, et al., 2016), cuestión que retomaré más adelante.

“El trabajo concreto en el plano local no es reflejo directo de lo que las políticas de gestión promueven e instalan. (...) Entre lo que los estándares y sistemas de rendición de cuentas prescriben y lo que los trabajadores consideran que es su trabajo, existe una tensión irresoluta” (Fardella, et al. 2016. p. 4).

Una manera llamativa de connotar la considerable presencia de la cuantificación de los resultados en el trabajo, es a través de lo que De Gaulejac (2008) llama “la cuantiofrenia aguda”, definiéndola como una “enfermedad de la medición” que adolecen las organizaciones contemporáneas, produciendo malestares diversos en los/as trabajadores. Al respecto, el autor señala que la principal consecuencia de la *cuantiofrenia* resulta del “total desfasaje” que existe entre el valor que las personas atribuyen a su trabajo, y la forma en cómo aquel trabajo es medido, cuestión que gira en torno a la contradicción sistemática que resulta entre lo que los/as trabajadores/as creen que tienen que hacer para que algo “salga bien”, y lo que hay que hacer según lo que prescriben las herramientas de gestión, bajo estos términos. A ello se suma “la paradoja de las paradojas”, donde se visibiliza cómo la contradicción se incrementa al colegir que *lo cuantiofrénico*, se argumenta como un criterio

que asegura “la calidad” del trabajo, lo que supone el reemplazo de lo cualitativo por lo cuantitativo, repercutiendo en una pérdida de su sentido.

“Si en la sociedad industrial la tangibilidad del trabajo se estimaba en función de la calidad de los productos, en la sociedad posindustrial la terciarización ha cambiado el sentido mismo del trabajo: ahora se evalúa en función del servicio ofrecido y de la cantidad de dinero generada, pero a través de mecanismos y sistemas de evaluación que en su pretensión racional incurren en absurdos y sinsentidos (Saldaña, 2008. P. 4).

Para Neffa (1999) el trabajo así considerado ha perdido importantes espacios de autonomía, ya que al depender del protagonismo de una racionalidad determinada en última instancia desde una óptica economicista, ya no busca la valoración de las personas sino sólo del capital. En este sentido, lo que la introducción del Management en la esfera pública habría producido se caracteriza fundamentalmente por las restricciones que ejerce en la experiencia de trabajar, determinadas por la primacía de la maximización de la eficacia productiva. De ahí que para este autor, el sentido del trabajo aparezca cada vez más privado de alcanzar, al permanecer capturado bajo lógicas que lo dividen y burocratizan.

Este intento de caracterización del dispositivo managerial parece posible de ser reinterpretado bajo las características que definen a una “estrategia”, en el sentido que la desarrolla De Certeau (1980). La estrategia implica la constitución de un lugar que, asumiendo atribuciones de propiedad, ubica a sus “otros” en una situación de dependencia, ajenidad y ausencia de autonomía, a través del despliegue de formas de dominio en torno al tiempo, al espacio, los saberes, conocimientos y verdades (en Abal, 2007).

Desde este punto de vista, el dispositivo managerial es vehiculizado por una racionalidad instrumental, desde la cual se someten los desarrollos y pensamientos individuales generando una percepción desindividualizante del trabajador. Esta observación favorece un quiebre, al considerar cómo esta ideología -junto con producir efectos de dominación-, va creando y concertando las necesidades y los deseos de los/as individuos según sus imperativos (Saavedra, 2009).

De este modo, aparece una función de ajuste ejercida, haciendo justo reconsiderar la interpretación del Management como un dispositivo que no opera únicamente desde la disciplina que ejercen los mecanismos “científicos” del trabajo, la calidad total y la

cuantiofrenia. Zangaro (2010) basándose en una concepción Foucaultiana del poder, plantea que el Management también debe discutirse en torno a sus mecanismos de control, lo que en términos concretos explica el que muchos/as trabajadores/as validen e interioricen sus exigencias. Por ello tiene sentido plantear, que las formas contemporáneas de gestión del trabajo operan como un dispositivo, en el sentido de que montan prácticas de subjetivación que mueven a los/as individuos a autogestionarse de formas tales que se logre un sujeto funcional a la acumulación capitalista, “un sujeto ético” (Zangaro, 2010. p. 176). Así es como el Management puede ser problematizado como una “tecnología del yo”, que gobierna las operaciones que en el trabajo se extienden sobre los otros y sobre uno mismo, a través de las cuales se garantiza el compromiso con el sistema capitalista.

De ahí que discutir las concepciones estratégicas relativas al management admitan al menos ambas modalidades de circulación del poder, permitiendo problematizar cómo “la carrera por la excelencia” en el trabajo resulte una tarea válida para muchos trabajadores/as, que la reconocen como causa de estimulación, lo que se reflejará en cambios identitarios hacia el gobierno de las acciones. Como expresan De Gaulejac y Guerrero: (2017, p. 23)

“Muchos trabajadores validan las exigencias e interiorizan rápidamente los criterios de evaluación. Es más, muchos trabajadores adaptan su forma de pensar y sus propios criterios a los parámetros por los que serán juzgados (...) aquí tenemos la paradoja de la libertad dirigida. Los trabajadores son tan libres de someterse a este sistema, que ellos deciden buscar el reconocimiento de sus jefes, de agencias de calificación o buscar los incentivos económicos. Los trabajadores son “tan libres”, que el mismo sistema de evaluación los invita a adoptar los comportamientos deseados. Estamos aquí frente a la emergencia de una nueva forma de servitud voluntaria de la era de la hipermodernidad”.

Así, el impacto de estos “costos” a nivel de la subjetividad de los/as trabajadores/as son siempre dinámicos, explicando cómo es que muchos/as de ellos/as no siempre sucumban ante la naturaleza paradójica del trabajo. Esto depende en parte, del grado de rigidez del marco organizacional en el que habitan las paradojas, la satisfacción general en torno al placer que le resulta a cada quien el trabajo, las dinámicas relativas a las necesidades económicas y posibilidades de cambio según las variables sociales del empleo, y la capacidad de cada individuo para darse cuenta de que está en una paradoja, cuestiones que contrastarán las

experiencias relativas (De Gaulejac y Guerrero, 2017). Este último punto, se vincula al problema de las defensas frente al sufrimiento en el trabajo, lo que desarrollaré más adelante.

Así es posible establecer cómo los/as trabajadores/as son cooptados por el proceso productivo, deviniendo la producción de un sujeto “diligente” que se hace responsable por el alcance de los resultados propuestos, a partir de la significatividad que adquieren sus potenciales relacionales, afectivos, motivacionales y comunicativos, llevando el plano de la “vida personal” al centro del funcionamiento de la empresa. Tal subjetivación del trabajo, se ha alimentado de las exigencias de autodeterminación, responsabilidad de sí y libertad de acción dirigida que surgieron como respuesta a los rígidos encuadres de las organizaciones tayloristas, reconvirtiendo los potenciales subversivos de los/as trabajadores en fuerza productiva, instrumentalizando la autonomía para una nueva dependencia. Bajo este modelo reformado, se sustituyeron los mecanismos externos de sanción por la percepción personal de fracaso (Zamora, 2013).

Management en salud y salud mental: Algunas consideraciones críticas

Tomando la exploración de algunos elementos que caracterizan la proliferación de los dispositivos manageriales en el mundo del trabajo, integraré escuetamente algunos planteamientos que visibilizan eventuales efectos enraizados en la salud pública y la salud mental, los que constituirían campos notoriamente influenciados por estos modos de organización (Fardella, et al. 2016). Esto, por cierto, no impide que en el intento de desarrollar estas relaciones se integren otras causas y objetos de los programas sanitarios, trascendiendo este acotamiento inicial.

En primera instancia, tiene sentido puntualizar cómo la adopción del modelo económico neoliberal durante la dictadura chilena fundamentó las bases del sistema actual de salud a través de una lógica estatal subsidiaria, en detrimento de una lógica benefactora. En consecuencia y ya durante el retorno de la democracia, el Banco Mundial en una posición de máxima referencia, subvencionó las transformaciones a la salud que redactó en los informes de 1987 y 1993, donde destaca la adopción del análisis costo-efectividad como el criterio central en el diseño e implementación de políticas de salud, la descentralización de los servicios públicos de salud, y la adecuación a una política de ajuste fiscal bajo la cual se

incluye el presupuesto de la salud, entre otros (Huertas, 1998; Stecher, Ansoleaga, Toro, Godoy y Blanch, 2012).

Al respecto, Montoya-Aguilar (2013, en Aveggio, 2017) sintetiza las premisas centrales en torno a la determinación que el Banco Mundial propició en el sistema de salud nacional. En este sentido, el autor destaca en primera instancia que los servicios públicos sean considerados ineficientes e inequitativos a diferencia de los privados, así como que el Estado sólo responda a los problemas de salud cuando el mundo privado no acceda a resolverlos, y finalmente, que los recursos públicos para la salud siempre sean limitados.

De modo que progresivamente las instituciones estatales de salud se fueron homologando a un modelo de gestión empresarial, incorporando los principios y modos organizativos del NMP en sus procesos de reforma y modernización. En este sentido, resalta cómo en estos dominios las prestaciones sanitarias comenzaron a ser valoradas según criterios de productividad mercantilizados, cuestión que ha sido discutida como una premisa que está en franca oposición a los principios valóricos de la protección social (Aveggio, 2017).

De ahí es que se haya hecho frecuente y necesaria la introducción de cargos directivos en las organizaciones públicas sanitarias, que tuvieran una formación afín al desarrollo de métodos que valoren tales criterios ya sea en las prestaciones, como en los rendimientos del personal, dando cuenta del triunfo de una racionalidad neoliberal expresada en una gestión que obedece principalmente a la disminución de los costos y la maximización de los recursos. Al respecto, se advierte cómo en la toma de decisiones, los incentivos monetarios parecen primar frente a criterios profesionales, lo que se expresa por ejemplo en los “bonos por desempeño” que se entregan según el alcance de metas para estimular la productividad, manifiesto de aquella introducción del lenguaje de los economistas en el rubro sanitario (Aveggio, 2017).

Stecher et al. (2012) discuten cómo estas reformas dieron paso al ascenso de un “capitalismo sanitario”, definido entre otros puntos por una tendencia a la fragmentación y descentralización organizativa, un énfasis en la reducción de costos, el aumento de la eficiencia, la introducción de mecanismos de competencia entre proveedores públicos y

privados, nuevos sistemas evaluativos centrados en una lógica de rendimiento individual y rendición de cuentas, preocupación por la satisfacción usuaria y, finalmente, formas flexibles de gestión de recursos humanos, que se basan en incentivos según indicadores medibles de desempeño.

Por otro lado, los/as mismos/as autores/as consideran que la red sanitaria fue perdiendo autonomía, dados los cambios profundos suscitados en la organización del trabajo, la gestión de los recursos humanos y la experiencia psicosocial de los/as trabajadores/as. Frente a esto último, destacan aspectos como el trastocamiento de los sentidos del trabajo, y la desvaloración de la práctica profesional, entre otros. De esta base, se ha planteado la sobrevenida de un desplazamiento “de los viejos valores del servicio público, por los valores mercantilistas” (Blanch y Stecher, 2009 en Crespo 2014, p. 41) al mismo tiempo que se introducen conflictos “entre los valores puramente de servicios humanos y los puramente empresariales” (Crespo, 2014. p. 57).

Por ello, se ha vuelto necesario alternar la investigación centrada en el desarrollo de estrategias de maximización productiva, a través de la exploración de otras dimensiones comprometidas en el análisis del proceso del trabajo, donde caben aspectos subjetivos, éticos y ligados al valor del trabajo para el desarrollo cultural, evitando así una cierta banalización de las prácticas en un escenario que se va imponiendo como si fuera inamovible (Nusshold, 2015). En efecto, parece preciso considerar que en las instituciones públicas, las vías con las que se aspira a alcanzar acciones técnicamente eficaces, necesitan elaborarse según perspectivas valóricas, ya que suelen existir demandas institucionales que se contradicen y compiten entre sí, lo que supone la importancia de trabajar en sintonía con ciertos principios conservados, siempre presentes cuando el producto tiene por fin un beneficio social (Sanfuentes, Espinoza y Navarro, 2017).

De ahí que estas (y otras) transformaciones organizacionales en salud, involucren el despliegue constante de esfuerzos de adaptación de los/as profesionales y técnicos, dado el eventual movimiento que desde la inscripción del NMP se produce a nivel de estos lineamientos, en los que se confrontan racionalidades, produciendo tensiones y malestar en el personal sanitario y en los usuarios/as de los servicios. Al respecto:

“La creciente preocupación, tanto en el ámbito público como privado, por desarrollar sistemas de atención eficientes en cuanto a la utilización de recursos materiales, ha focalizado la atención en la optimización de tipo económico, más que en la preocupación por la calidad científico-técnica de la atención, por el trato humano de los pacientes y por las adecuadas condiciones de ambiente laboral de los profesionales y funcionarios de la salud. Se da, en consecuencia, la paradoja de un sistema que, ajustándose a ciertos estándares públicos y privados, parece satisfacer cada vez menos las expectativas técnicas, humanas y éticas de usuarios, funcionarios y profesionales de la salud” (Burrows, et. al. 2013, p.781).

Bajo tales transformaciones se describe la sobrevenida de una deshumanización del trabajo, lo que se expresa, por ejemplo, en la utilización indiscriminada de indicadores cuantitativos que se demandan para administrar los servicios, creando una sumisión circular que mientras va diversificando las actividades susceptibles de ser medidas como criterio de objetividad y calidad, va invisibilizando y desplazando “la realidad” de las acciones desplegadas, desviando el foco sobre el cual deberían operar. Esto se agrava en la medida en que los indicadores no siempre son pertinentes para la realidad que miden, tornando irrelevante lo que evalúan (Alonso y López, 2011 en Zamora, 2015; Fardella, et. al. 2016).

Se evidencia así una cierta impertinencia devenida de tales criterios de evaluación y calidad, que dificultaría la posibilidad de desplegar acciones más cercanas a los objetivos y necesidades que los/as trabajadores se representan del trabajo público, cuestión que ha sido observada bajo una “disputa” en la que se hallarían sus determinaciones éticas (Du Gay, 2013 en Fardella, et. al. 2016). Particularmente, el problema que resulta de los instrumentos manageriales y el trabajo público como el de la salud, resulta del desplazamiento que los primeros producirían en la concepción, ejecución y evaluación de un trabajo que no puede desprenderse de la relación que en su desarrollo establece con los/as otros/as, basada en acciones como el cuidado, la búsqueda de la equidad, la colaboración y la justicia (Catlaw y Jordan, 2009, en Fardella, et. al. 2016). Serán estos últimos objetivos los que, al ser devaluados, trastocados u obstaculizados por estas racionalidades e instrumentos, tensionarán la experiencia de cada trabajador/a, los que a su vez, levantarán resistencias, acciones opuestas u alternativas frente a quienes, desde un lugar de extraterritorialidad, definen las tareas que ellos/as consideran que debiesen definir (Fardella, et. al. 2016).

En este sentido, se ha descrito cómo en los programas de salud mental, los indicadores de cumplimiento de actividades generan malestar y son evaluados negativamente por los/as profesionales, al no integrar la complejidad de los procesos de trabajo que desarrollan. (Zamora, 2015). De modo que este plano evaluativo concentraría un exceso de atención, distorsionando la orientación de las prácticas, mientras traduce una especie de dogmatismo toda vez que “la obsesión patológica por los indicadores se impone para sugerir que lo que no se puede medir no existe” (Miranda, 2016, p. 36). Comparto al respecto, la siguiente reflexión expresada por López (2018, p. 10):

¿qué sucede cuando la racionalidad de la forma “empresa”, que se expresa a través de las mejores prácticas y los valores que promueven incesantemente las doctrinas y prácticas manageriales, entra en colisión con las racionalidades y los valores de otras esferas de lo social? ¿Cuántos recursos (económicos, humanos, motivacionales) se distraen en todo esto? ¿Cuánto tiempo y esfuerzo individual, organizacional y social se comprometen para la realización de todas estas tareas administrativas y de gestión?

Permaneciendo en una posición crítica, aparece un efecto particularmente relevante en torno al estado organizativo descrito, toda vez que desde esta racionalidad expresada en normas y otras determinaciones como las señaladas, se tensiona el lugar en el queda la dimensión subjetiva de los/as consultantes.

Al respecto, y asumiendo el enlace siempre presente entre organización, subjetividad y efectos en el trabajo bajo la noción de subjetividad laboral, parece oportuno considerar cómo aquella “disputa ética” señalada puede ser retomada según algunas reflexiones desarrolladas desde el psicoanálisis con relación al trabajo en salud mental. En este sentido, se ha discutido cómo el mundo de las intervenciones ha sido inscrito en un marco de sentido dominado por la gestión, tecnificación, burocratización y evaluación, excluyendo la dimensión de la subjetividad bajo ciertos objetivos, procedimientos, cantidades y tiempos específicos que harían mejor ciertas operatorias clínicas sobre otras, según variados criterios de autoridad provistos por el paradigma de la evidencia y/o la economía de la salud (Aveggio, 2017; Miranda, 2016; 2011, Castro, 2013).

“Ahora bien, como sabemos, la gestión se ha ido imponiendo a la clínica en los sistemas de salud. Obligados a dar cuenta de su productividad, hoy en día la

atención sanitaria se ve limitada en términos de la evidencia dominante y por el criterio de costo-efectividad. Eso se traduce en una taylorización de la práctica asistencial, cada vez más sorda a la narrativa de quienes piden ayuda, y para la cual las diferencias individuales son una molestia. La relación entre paciente y tratante— con la economía de la salud y la medicina basada en evidencia, lo que está haciendo es profundizar el desencuentro entre la demanda de quien solicita ayuda y la oferta de los servicios de salud” (Aceituno, Miranda y Jiménez, 2012, p. 99).

Detenerme en la complejidad que supone el nexo entre los fundamentos y procedimientos que emparentan al paradigma de la evidencia y la economía de la salud con la creación e imposición de ciertos tratamientos, rebasa las posibilidades de desarrollo para esta investigación. Sin embargo, considero necesario al menos señalar cómo algunos de los efectos de estos dispositivos han sido discutidos en relación al establecimiento de condiciones de asistencia que niegan el espacio necesario para dar lugar a aquella “narrativa” de los/as consultantes como testimonio de su subjetividad, involucrando una necesidad de adaptación de los/as profesionales que va en detrimento de principios terapéuticos más “respetuosos y responsables” con el sufrimiento de quienes los padecen (Castro, 2013). Esto determina un cierto desvanecimiento de los aspectos propiamente clínicos de la práctica, que se describen arrasados por una política reducida al debate de objetivos, metas e indicadores limitados a la búsqueda de la eficiencia como un imperativo categórico (Miranda, 2016).

En estos destinos se favorecerá la emergencia de abordajes que, siendo definidos desde la primacía de tales criterios, sacrifican dimensiones más propias del encuentro entre pacientes y tratantes, lo que se expresa en una tendencia a la reducción y simplificación del trabajo sobre el complejo e intrincado sufrimiento psíquico, arrojando prácticas “de segunda categoría”, impertinentes a la complejidad de su causación, y agravantes frente a la condición sufriente de quienes consultan (Aceituno, Miranda y Jiménez, 2012).

Algunas nociones en torno al sufrimiento laboral aplicado en el mundo sanitario

Como ya manifesté, existen diversas aproximaciones que interrogan al trabajo como fuente de sufrimiento. En este sentido, aspectos como la hiper-exigencia, la imposición de una concepción pragmática y productivista de las actividades laborales y las paradojas que resultan de los mandatos de máxima productividad y realización personal, han sido planteadas como dimensiones presentes en los/as trabajadores/as chilenos que justifican explorar sus vivencias laborales como experiencias de sufrimiento (Araujo, Masse, Silvestre y Weisz, 2017; Besoain y Astorga, 2017). Esta caracterización implica entender el sufrimiento en el trabajo según el grado de acople entre las actividades dispuestas en torno a dichos fundamentos y la economía psíquica y grupal que se proyecta en los distintos escenarios laborales (Silva, 2016).

En este sentido, hablar de sufrimiento en el trabajo no se reduce a la descripción de un padecimiento típico asociado a ciertas condiciones propias de la vida actual, sino más bien a su uso como una categoría de análisis, en la cual se articulan aspectos de la subjetividad e identidad de los/as trabajadores/as bajo ciertos modelos organizativos (Guerrero, Balboa y Miranda, 2017). En esta concepción, se integran los dinamismos que dibujan un continuo de experiencias de sufrimiento, las que se mueven desde una patología laboral hasta la posibilidad de su transformación en vivencias placenteras y de realización, mediadas por la existencia de aspectos psicodinámicos como las defensas (individuales y colectivas), la creatividad, la sublimación, entre otros.

De modo que el intensificado trabajo contemporáneo ha dado paso a la producción del sufrimiento como una matriz analítica, dada la frecuencia con que las condiciones laborales y organizacionales parecen sobrepasar a las capacidades particulares para lidiar con las responsabilidades y tareas asignadas. Este panorama ha sido identificado, problematizado e investigado a través de la disciplina de la “Psicodinámica del Trabajo” (PDT), la cual objetiva “el análisis dinámico de los procesos psíquicos movilizados por la confrontación del sujeto con la realidad del trabajo” (Dessors y Molinier, 1998, p. 12).

Una de las dedicaciones paradigmáticas que definen a esta disciplina, involucra el estudio de las dificultades y desafíos que los/as trabajadores/as enfrentan para cubrir la distancia que siempre existe entre el trabajo prescrito y el trabajo que realmente ejecutan, es

decir, para poder generar una actividad que sea coherente entre la(s) teoría(s) y la práctica cotidiana (Nusshold, 2014). Como resume Balboa (2013, p. 47): “La pregunta que se formula Dejours es ¿cómo y a qué precio se hace ajuste entre organización del trabajo prescrita y organización real del trabajo?”

Si lo prescrito corresponde a las instrucciones formales del trabajo, es decir, a la caracterización de las tareas tal como son declaradas organizacionalmente con sus objetivos definidos y los medios normados para alcanzarlos, lo real define todos aquellos elementos imponderables del cotidiano, dando cuenta de un tipo de trabajo distinto al previsualizado: “el trabajo vivo” (Dejours, 2017). El trabajo vivo se revela al trabajador/a por el “desfasaje irreductible” que existe entre la organización prescrita y “lo real” del trabajo, por lo que los/as trabajadores/as agregan acciones, reinterpretan y toman decisiones inéditas que trascienden a la simple ejecución solicitada, para lo cual se valen de “resortes afectivos y cognitivos de la inteligencia obrera” (Balboa, s/f. p. 5).

Consecuentemente, el desafío ante tal diferencia prescrito-real, implica un habitual y necesario apartamiento de las prescripciones, determinando la adopción de desvíos funcionales para poder cumplir lo que se pide. Al respecto, los desarrollos más actuales de la PDT han alentado una concepción activa de los/as trabajadores frente a los órdenes organizacionales, por lo que muchas de sus investigaciones ponen de manifiesto todos los arreglos y subterfugios que los/as trabajadores/as realizan, o al menos buscan realizar, para imponer en algo sus términos, y poder trabajar con un sentido conservado de agencia.

Bajo tal consideración, la diferenciación entre las “tareas” que corresponden a las consignas y mandatos prescritos y las “actividades” que representan lo que concretamente hace cada trabajador/a, permiten abrir aquella posición activa desde donde tiene lugar una potencialidad de acción según un saber y una inteligencia particular, distinta a la prevista desde el ala planificador del trabajo. De aquí que surge un interés investigativo especial por la originalidad, la capacidad de inventiva y la readaptación intuitiva que los/as trabajadores/as despliegan, fundamentando la diferencia tarea-actividad dada la necesidad de adaptación y respuesta a los imprevistos que el trabajo impone (Dejours, 2001).

Esta lectura supone entonces valorar el trabajo como algo que está constantemente siendo ajustado y adaptado, haciendo de el/la trabajador/a un “artesano creativo de la acción”,

quien no se conformaría con un apego irrestricto al trabajo reglamentado, sino que aprendería nuevos conocimientos y desarrollaría nuevas habilidades con el fin de pasar de la rutina prescrita al “juego”, ampliando así sus saberes de oficio (Dejours, 2017; Pujol, 2014). El ingenio de este modo, responderá a la necesidad de encontrar un compromiso entre lo que se debe hacer y lo que es posible de hacer, sin descartar lo que se desea hacer, pero manteniendo la referencia de lo que se considera justo y bueno de hacer (Dessors y Molinier, 1998).

En este escenario surge la relevancia de la creatividad, que en tanto recurso, ha sido descrita como una respuesta a la tristeza y al enfrentamiento a lo siniestro (Pichon Riviere, 1997 en Pujol, 2014). Así, los mecanismos de la creatividad como el humor, el suspenso y el juego son los medios a través de los cuales se tramita lo que resulta siniestro, de modo que jugar, hacer reír y crear misterio constituyen propuestas para sortear las encrucijadas del tipo.

La creatividad y la inteligencia como objetos explorados por la PDT, vinculan prácticas que se despliegan trascendiendo a las prescripciones, dando cuenta de la existencia de un “celo” en el/la trabajador/a definido por todo aquello que se agrega para poder cumplir satisfactoriamente los objetivos. Así, se ha descrito como las infracciones, artimañas, trucos, trampas y ejecuciones en la medianía de lo legal constituyen acciones que son fundamentales para que los sistemas de producción se mantengan funcionando, reflejando un uso “celoso” de la inteligencia en el trabajo, que muchas veces sólo se hace posible al margen de los procedimientos, con el fin de reducir la brecha prescrito-real (Dejours, 2017).

De modo que el trabajo en su acepción de “trabajo vivo”, y desde la perspectiva de la inteligencia y la creatividad aplicadas en ese escenario, reinterpreta las contravenciones como modalidades que permiten hacer “las cosas bien”, dando cuenta de un “genio subversivo” que es complementario al celo en el trabajo (Ogilvie, 2008 en Dejours, 2008). Estas actividades transgresoras en relación a lo prescrito resultan siempre inocentes respecto de la integridad de los/as demás, y no traicionan los principios profesionales (Dejours, 2004 en Nusshold, 2014).

Una manera específica en cómo se transgreden las prescripciones se ha investigado a través de un “maquillaje de datos” que los/as trabajadores/as muchas veces deben realizar, lo que involucra un tipo de trampa particularmente observada en los Centros de Salud. De

Gaulejac y Guerrero (2017) relatan cómo es que en los consultorios se tergiversan los datos a partir de la tarea que exige diagnosticar una cantidad determinada de categorías como la depresión, tendiendo a que todas las patologías sean catalogadas de esa forma para que se pueda cumplir con los indicadores. Para estos autores lo característico de estas trampas vincula la obligatoriedad “de hacer ciertos desfases con la moral”, al tener que mentir sobre un determinado fenómeno, cuestión que consideran una disposición lejana a cualquier definición de calidad como atributo del trabajo.¹²

Conservando la referencia a los Centro de Salud, y ejemplificando la versión de las artimañas desarrolladas desde la PDT, resulta pertinente mencionar como la expresión “hacer trampita” ha sido planteada como una estrategia principal de adaptación de psicólogos/as y otros/as profesionales en el mundo de la salud mental nacional. Esta expresión es definida como un ejercicio de acomodamiento de los criterios y parámetros exigidos desde los Servicios de Salud, que fijan las prestaciones que se deben desplegar. Tal acomodamiento es significado como un medio a través del cual se favorece una mejor atención de pacientes, se cumplen las metas de diagnósticos prescritas y se hace posible lograr bonos por rendimiento, por lo que la trampa no es significada como algo inadecuado, sino como una estrategia que se normaliza precisamente, porque permite hacer un mejor trabajo (Andrade, 2015).

Estos hallazgos, sin embargo, no impiden reconocer cómo las prescripciones muchas veces emergen “plagadas de contradicciones” (Dejours, 1998. p. 36), encarnando instrucciones que en su intento de reformular los imponderables se tornan cada vez más complejas y difíciles de seguir, volviendo inválidos los intentos de transformación de las limitantes organizacionales. Esto implica considerar cómo el trabajo mismo suele imponerse a partir de su desorganización basal, cuestión que se agrava al ser frecuentemente negada por las direcciones (Zabala, 2017).

“Lo esencial de los problemas sometidos al análisis psicodinámico de las situaciones de trabajo, proviene del desconocimiento y a veces de la negación

¹² Tal consideración, parece situarse en oposición a la interpretación antes señalada que se realiza desde la PDT, donde las trampas definen a un trabajador “celosamente” responsable, que desafía las normativas para realizar bien su trabajo. Se marca así una eventual diferencia entre la Sociología Clínica del Trabajo y la Psicodinámica del Trabajo respecto de la calidad moral de este tipo de actividades, ya que para los segundos, estos arreglos no pueden vincularse a un trabajo “de calidad”, mientras que para los primeros caracteriza un medio para hacer bien el trabajo.

de las dificultades concretas que los trabajadores enfrentan debido a la imperfección irreductible de la organización del trabajo” (Dejours, 1998, p. 37).

Esta “negación de lo real del trabajo” genera sufrimiento en tanto, junto con sobredimensionar la capacidad creativa y de autogestión de los/as trabajadores/as, determina la interpretación de los fracasos y las fallas como expresión de una falta individual, que levanta un telón donde se proyectan atribuciones de responsabilidad como despreocupación, mala voluntad y falta de capacitación, seriedad y/o competencia, cuestión que muchas veces mueve a los/as trabajadores/as a tener que disimular las dificultades que son propias de las condiciones laborales. En este sentido, tienen lugar interpretaciones desvalorizantes de los empeños que cada quien intenta instalar, determinando juicios que decoran vivencias laborales dolorosas, donde el reconocimiento es suspendido y el “factor humano” se antepone como causa de los resultados previstos (Dejours, 2008).

De ahí que un aspecto relevante en torno al sufrimiento laboral, implique la omnipresencia de una percepción de amenaza, resultante de la posibilidad de quedar al descubierto como alguien incompetente (Dejours, 2008). De este modo, la brecha entre prescrito y real puede ser tolerada y afrontada por los/as trabajadores/as cuando la organización provee márgenes flexibles, que posibilitan acciones creativas traducidas a “ganancias visibles”, o bien, puede traducir las acciones como faltas, desobediencias y/o fraudes, cuando los resultados alcanzados no son los esperados por las administraciones (Dejours, 1998).

En relación a lo anterior, la PDT también ha explorado el problema del reconocimiento laboral, el cual explica en buena parte el por qué los/as trabajadores/as pese a enfrentar condiciones adversas para su salud, se impliquen con tanta energía en la misión prescrita en su organización, disponiéndose a desplegar todos sus esfuerzos para sortear los baches del trabajo vivo.

“A cambio de la contribución que ellos aportan a la organización del trabajo, a la empresa o a la sociedad toda entera a cambio de su sufrimiento, ellos esperan una retribución (...) eso que las personas esperan a cambio de su compromiso y su sufrimiento, es una retribución moral, que toma una forma extremadamente precisa: reconocimiento” (Dejours, 2010. pp. 7-8).

El reconocimiento surge de juicios que otros realizan sobre el trabajo ya cumplido, tanto a nivel de la utilidad como a nivel de la “belleza” de lo hecho, dimensiones que enlazan montos importantes de satisfacción, y permiten transformar el sufrimiento en placer (Dejours, 2010). De este modo, el reconocimiento redonda en una “mirada confirmatoria de los otros” (Zabala, 2017. p. 47), que alimenta al trabajo permanente de construcción de identidad, a la forma de gratificaciones que explican la implicación y movilización en los terrenos laborales.

Evidentemente, cuando aquel espacio de reconocimiento falla, o los actos afines se obstaculizan, el proceso de construcción identitario entra en crisis (Pujol, 2014), generando un sufrimiento que resulta peligroso para la salud mental de los/as trabajadores/as, al padecer la desestabilización de los referentes en los cuales éste se apoya. De modo que el trabajo cae en un espacio de indiferencia, invisibilidad o negación, “quedando como un operar sin sentido ni gratificación” (Guerrero, Balboa y Miranda, 2017. p. 178).

Es justo considerar cómo el problema del reconocimiento ha sido discutido en las mismas claves manageriales antes desarrolladas, de modo que se estaría asistiendo en la actualidad a una falta de reconocimiento laboral frecuentemente vivenciada, dados los niveles cada vez mayores de exigencia y los modos paradójales de organización del trabajo. A ello se le suma un reconocimiento que suele ser ejercido sobre acciones fundamentalmente instrumentales, según su adaptación a criterios de eficiencia y optimización (Guerrero, Balboa y Miranda, 2017).

Retomando otras modalidades de desarrollo del sufrimiento en el trabajo postulado por la PDT, tiene sentido vincular la concepción de una “carga psíquica” que se impone a cada trabajador/a, a raíz del conflicto que surge entre las prescripciones ejercidas por la organización del trabajo, “y las propias demandas psicológicas” que definen las posiciones de cada quien, definiendo un riesgo respecto de las posibilidades de desestabilización a nivel identitario (Dejours, 2011).

En este sentido, las reformas estructurales que han transformado al trabajo contemporáneo producen regulaciones que pueden resultar estresantes, en la medida en que fuerzan a los/as trabajadores/as a realizar acciones pasando por alto algunos de sus esquemas “organizativos, técnicos, de cooperación y éticos” (Foladori, 2017, p. 76), lo que determina

situaciones sensibles en relación a principios y valores que están a la base de actividades que buscan ser bien ejecutadas, en consonancia a sentidos individuales de responsabilidad. Así y desde este planteamiento, se han investigado situaciones laborales caracterizadas por una coerción que lleva a hacer mal el trabajo, a tener que darlo por finalizado antes de lo que se considera pertinente, o al hecho de tener que mentir como parte de las prescripciones (Dejours, 2008), induciendo en ocasiones a participar en un “como si”, donde se compele a hacer trampas con el fin de cumplir con exigencias imposibles (Wlosko, 2014 en Silva 2016).

Ante estas situaciones surge un sufrimiento que ha sido designado como “sufrimiento ético” (Dejours, 2015), devenido de un juicio donde el/la trabajador/a se percibe en desacuerdo con las órdenes que se le pide ejecutar, integrando el sustento ético de la prestación a la calidad de la contribución productiva, toda vez que el/la trabajador/a sabe que en sus actividades está comprometido el destino del receptor de su trabajo (Dejours, 2017). Este sufrimiento implica un conflicto devenido de un hacer que si bien no se debería aceptar, igualmente se termina ejecutando (Rolo, 2014).

El sufrimiento ético así expresado, abstrae su alcance analítico al problema del sentido del trabajo, toda vez que parece simbolizar una interpretación que cada trabajador/a ejerce sobre las acciones que debe desarrollar, en términos de una falta de coincidencia respecto de lo que considera da sentido a sus acciones (Nusshold, 2015). Aquel sentido, se ha postulado en torno a la búsqueda de la calidad en el trabajo, orientación que demanda una sintonía con ciertas “reglas de oficio” que giran como parte de un ethos profesional (Dejours, 2017).

“Desde la perspectiva de la psicodinámica del trabajo, el establecimiento de una relación subjetiva con el trabajo depende de la movilización y la formación de valores que sustentan un trabajo de calidad. La calidad del trabajo es reveladora del compromiso subjetivo con el trabajo pues comprende tanto el despliegue de la inteligencia del cuerpo en respuesta a la resistencia de lo real, como la participación en la actividad deóntica que permite la construcción de valores para hacer frente a lo real” (Gernet y Spira, 2017. p. 181).

Como se ha visto, una fuente de este tipo de sufrimiento resulta de las nuevas formas de organización del trabajo, según una cierta contraposición entre los criterios de calidad definidos desde la gestión, frente a otros criterios definidos por ejemplo, en referencia a los

valores del oficio. Tal es el caso que ocurre con los/as trabajadores públicos, sometidos al cumplimiento de estándares que muchas veces escapan a la posibilidad de desplegar acciones de calidad, lo que dibuja un escenario de situaciones cargadas a la contradicción y el conflicto, al contrastar las actividades realizadas con otros valores subjetivados (Zabala, 2017). Gernet y Spira (2017) postulan que el sufrimiento ético en los equipos de salud, se caracteriza por aquellos “constreñimientos” devenidos de una organización del trabajo que facilita una “degradación masiva” de la calidad de las atenciones.

Estas mismas autoras plantearán que, desde la PDT, se propone una interpretación de la calidad de las atenciones sanitarias según aspectos alternativos a los postulados organizativos y tecnológicos que se inscriben desde las Ciencias de la Administración. Esta variación implica considerar la actividad deóntica que construyen los equipos de salud como una base desde donde se debe pensar la calidad, lo que supone una conexión con dimensiones resultantes del compromiso con valores sociales y profesionales que establecen los/as trabajadores/as. Tal escenario lejos de constituir un problema teórico, da cuenta de contradicciones reales que atraviesan la cotidianidad de las prácticas de atención en salud.

En base lo anterior, tiene sentido considerar la necesidad de abrir e incentivar espacios de discusión para los equipos, donde puedan desplegarse las dificultades que se presentan en lo real del trabajo, con el fin de problematizar y consensuar algunos modos operatorios hacia la posibilidad de ir generando reglas de trabajo comunes, que reconozcan las adversidades cotidianas e integren los marcos valorativos de cada quien en sus interpretaciones y potenciales soluciones. En PDT estas prácticas se denominan “espacios de deliberación”, constituyendo un ejercicio que debe ser provisto y gestionado por las jefaturas, quienes sin embargo suelen desconocer y negar esta dimensión del trabajo. En tales espacios se proyectan las divergencias frente a procedimientos y arreglos que desarrollan los/as miembros, permitiendo una actividad deóntica a través de la cual se redefinan los criterios y condiciones de la calidad del trabajo, según la agrupación de acuerdos que se vuelven representativos al integrar aspectos del ethos del oficio, que en el caso sanitario, involucran las dimensiones del tratamiento de la vulnerabilidad humana (Gernet y Spira, 2017).

El hecho de sufrir, en el ejercicio de un trabajo que no satisface los estándares y expectativas articuladas individualmente por constricciones organizacionales como las

observadas en el plano sanitario, permite integrar un tipo de sufrimiento definido desde el “análisis institucional” (Kaes, 2004). Extrayendo sólo una idea en referencia a esta escuela de pensamiento de innumerables planteamientos y contribuciones, creo pertinente recuperar cómo el “sufrimiento institucional”, implica una vivencia laboral que se torna problemática cuando existen “trabas a la realización de la tarea primaria” (Ferrante y Loacono, 2013, p. 38).

La “tarea primaria” de la institución, corresponde a aquel “conjunto de funciones que fundamentan la razón de ser de la institución” (Cuevas y Guerra, 2010. p. 33), la cual se mezcla con otras tareas subsidiarias o de complemento. De este modo, el sufrimiento surge cuando las tareas sustituyen o impiden el desarrollo de la finalidad primaria definida, ya sea porque las primeras comienzan a demandar más tiempo del razonable (por fenómenos de burocratización por ejemplo), o bien, porque pierden su condición de subsidio para entrar a disputar el estatus primario, obstaculizando el normal discurrir instituido e incluso a veces, disponiendo su transformación (Ferrante y Loacono, 2013). “Con frecuencia es posible observar que la tarea primaria es desplazada por tareas complementarias, que terminan por ser predominantes; a pesar de ser desviantes o incluso antagónicas con la tarea primaria” (Käes, 2004, p. 658).

Al respecto y con el objeto de profundizar teóricamente la relación entre sufrimiento, ética y prácticas sanitarias, me parece pertinente integrar algunas observaciones desarrolladas desde la “ética del cuidado”, retomando aquella “disputa ética” que estaría presente en las tareas públicas (Du Gay, 2013, en Fardella et al. 2016), y desde donde se intenta interrogar el estado en el que quedan las prácticas de cuidado como parte de la tarea primaria de los servicios de salud. Esto redundando en la pregunta en torno a cómo las preocupaciones que buscan una buena gestión, muchas veces hacen peligrar las preocupaciones por la relación humana entre personal sanitario y pacientes (Molinier, 2015).

“(…) las actividades que se desarrollan en el cuidado son respuesta a la vulnerabilidad humana en general y por lo tanto tienen una importancia absoluta para la vida en general, fuera de los alcances meramente morales” (Paperman, 2011, p. 33).

Por ello, una lectura posible de incorporar desde una ética del cuidado, implica retornar al fundamento común que dicta la necesidad que todos/as tienen de sentirse cuidados, comprendidos, acompañados y atendidos, iluminando posiciones que las personas ocupan ya sea desde quienes reciben estos cuidados, ya sea desde quienes los ejercen, cuestión que involucra las tareas susceptibles de desarrollar en salud. Este planteamiento, invita a recuperar aquella reflexión ético-política sobre la incesante necesidad que las personas tienen de recurrir a otros/as, buscando un espacio particularizado en el que puedan desarrollarse acciones que resulten en efectos de bienestar (Castillo, 2016).

El cuidado en salud de este modo, rescata una modalidad diferente de aproximación al trabajo, abandonando la exclusiva pertinencia entre las resoluciones técnicas -que prescriben tratamientos específicos para ciertos problemas- frente a un énfasis que más bien recae en una disposición hacia lo particular, lo único, lo negado y muchas veces lo desechado, cuestión que implica una sensibilidad perceptiva y acogedora de las necesidades y formas de vida de quienes consultan (Laugier, 2007; Molinier, 2015). En el ámbito de la salud, la ética del cuidado aboga por la humanización de las acciones, resistiendo los excesos técnicos, tecnológicos y de la gestión empresarial, que redundan en prestaciones despersonalizadas y burocráticas, en favor de recuperar el valor fundamental de la alianza terapéutica entre profesional y paciente, bajo un diálogo continuo e interpersonal (Garcés y Giraldo, 2013).

De este modo, se pueden reinterpretar las lecturas críticas del NMP en salud desde la perspectiva del cuidado, lo que implica resituar a la organización laboral como un piso que al incrementar las tareas burocráticas que tienen por fin controlar el funcionamiento institucional, va distanciando el protagonismo de su tarea primaria, impidiendo precisamente aquellos espacios necesarios para desarrollar el proyecto inicial que recae en el cuidado de los/as otros/as (Silva, 2016), entendido en los términos recién planteados.

De ahí es que resulte interesante considerar cómo se ha teorizado respecto de la necesidad de identificar, visibilizar y analizar el conflicto que resulta entre la descripción susceptible de realizar del trabajo sanitario desde la perspectiva del Management, y la descripción, en términos completamente potenciales y diferentes, que puede producirse a partir del trabajo de cuidados. Esto implica la necesidad de inventar otros lenguajes que hagan inteligible el trabajo sanitario, en tanto bajo los términos del Management no pueden

incorporarse las acciones de cuidado, al no tener las mismas claves de entendimiento. De ahí que se plantee la existencia de una *poliglosia* de idiomas en el mundo sanitario, lo que da cuenta de distintas formas en que las acciones pueden ser reconocidas y descritas (Molinier, 2015).

Al respecto, la lengua del Management parece haber ido apropiándose de una cierta hegemonía en lo relativo al reconocimiento y la descripción de este trabajo, desde donde se construyen ideas en torno a la eficiencia y la calidad de las prácticas sólo a partir de criterios objetivos y reproducibles, los cuales no son compatibles con la realidad del trabajo de cuidados. Esto fundamentalmente ya que el trabajo de cuidados no puede objetivarse ni reproducirse en patrones discretos de evaluación, considerando que la complejidad de la realidad que cubren, nunca podrá acoplarse a las unidades de la gestión (Molinier, 2015).

Lo anterior funciona como una propuesta tendiente a recuperar todas aquellas acciones que quedan invisibilizadas en el marco de las evaluaciones de calidad de las acciones laborales, emparentándose con aquellos actos que aparecen como remanentes, al no encajar en los medios idiomáticos del Management. Por ello, se aboga la relevancia política de reconocer el trabajo de cuidados como un despliegue “inestimable”, ya sea por la dificultad para medirlo, ya sea por el valor central que tiene para el trabajo sanitario, constituyendo una fuerza de dedicación cotidiana que no puede negociarse, y que merece la generación de nuevas formas de evaluación que resistan a la extensión del llamado “monolingüismo” de la gestión (Ros y Wlosko, 2015; Molinier, 2015).

Surge así un desafío ético y político único, toda vez que la invención de otros lenguajes implica la necesidad de trabajar por un cambio paradigmático en la escala de valores que prima para describir el mundo del trabajo, donde se apuesta a “generar descripciones a partir del cuidado, de tal manera que se cambie un poco la relación de fuerza y que los gestores escuchen otra voz” (Ros y Wlosko, 2015, p. 450).

Finalmente, resulta interesante considerar que tanto el sufrimiento ético como la ética del cuidado compartan un punto en común que desafía un aspecto central de muchas teorizaciones sobre los discursos que producen a la subjetividad contemporánea, esto es, en relación a la supuesta autonomía moral del sujeto (Jouan y Laugier, 2009 en Nussli, 2015). Respecto del sufrimiento ético, queda evidenciado cómo los trabajadores no siempre se

comportan en coherencia a lo que juzgan deberían hacer o consideran que es lo mejor desde sus valores y convicciones, mientras que en la ética del cuidado, se manifiesta cómo se debe reconocer, validar e instituir el que siempre necesitemos de los/as otros/as, no siendo admisible el que asistamos a un estado de disposición de las tareas sanitarias que obstaculicen dicha co-dependencia, que se articula alrededor de la tarea primaria institucional.

Del sufrimiento ético a las defensas en el trabajo

Si recuperamos aquel estado de sufrimiento ético que resulta de la falta de coherencia entre trabajo, valores no manageriales y reglas de oficio, las investigaciones en PDT han observado que los/as trabajadores/as que traicionan en algún punto algunos de sus principios o ideales no siempre padecen una angustia moral o un sentimiento de culpa, lo que llevaría a cuestionar la condición misma de “sufrimiento” que en estos casos le da nombre al fenómeno. Así, se ha visto incluso cómo “el trabajo sucio”, que remite a aquel trabajo que en su ejecución contraviene algún orden social y/o moral (Hughes, 2010 en Rolo, 2014), puede perfectamente compatibilizar con la realización personal, gracias a la existencia de estrategias de defensa contra este sufrimiento (y otros) en el trabajo (Rolo, 2014).

En efecto, y sin poder detenerme lo suficiente en los planteamientos más fundamentales, diré que el concepto de defensa que se desarrolló en el psicoanálisis es ampliamente aplicado al mundo del trabajo a partir de la PDT (Dejours, 2004 en Nusshold, 2014), desde donde se investigan las maneras en que los/as trabajadores/as levantan individual y colectivamente modalidades defensivas a través de las cuales tramitan los sufrimientos. Las estrategias defensivas son definidas como mecanismos mediante los cuales los/as trabajadores/as intentan modificar, transformar y/o minimizar la percepción de la realidad generadora de sufrimiento, produciendo efectos simbólicos tanto en las reglas cotidianas, como en las concepciones y conductas de los/as mismos/as (Rolo, 2014).

En aquel ejercicio de distorsión, la defensa es conceptualizada como un clivaje, que permite sortear la angustia al mantener desintegrados algunos aspectos laborales mediante mecanismos como la proyección y la escisión, del mismo modo en como pueden ser disociadas actitudes contradictorias frente a una misma tarea (Zabala, 2017). Estos mecanismos están a la base de fenómenos defensivos como la fragmentación excesiva de las

tareas, la dilución de las responsabilidades, la evitación de ciertas actividades y el apego estricto a los procedimientos, entre otros (Acuña, 2017).

El concepto de defensa da paso a entender al sufrimiento en el trabajo bajo una noción de “normalidad”. Esto quiere decir que si los/as trabajadores/as no enferman a pesar de todos aquellos requerimientos y condiciones restrictivas que los hacen sufrir, y pese a ello muchas veces siguen trabajando normalmente hasta incluso lograr sentirse satisfechos/as con lo que hacen, es porque existe un estado permanente de lucha entre el sufrimiento y las defensas, que se expresa en aquella normalidad.

Por ello en PDT se habla de una “normalidad en el sufrimiento”, el que responde a un resultado conquistado en la lucha -vía defensas-, contra la desestabilización psíquica que se produce por las prescripciones del trabajo (Balboa, s/f). La normalidad entonces implica al sufrimiento, pero contenido por las defensas que lo combaten para evitar una descompensación, evidenciando un trabajo intrapsíquico (Dejours, 2014).

Esto explica el que muchas veces los/as trabajadores/as actúen a pesar de un sinfín de condiciones adversas, dando cuenta de trayectos donde se adaptan, aprenden a reprimir las objeciones y encuentran modos que les permiten conservar ciertos sentidos de agencia y reconocimiento (Besoain y Astorga, 2017). Pero gracias a dicha función, las defensas también generan consecuencias negativas tanto para los/as trabajadores/as como para las posibilidades de realizar un trabajo de calidad, cuando por efecto de una realidad laboral adversa, los/as trabajadores/as “suspenden la facultad de juzgar y pensar, replegándose en un silencio defensivo y desinvolucrándose del colectivo” (Zabala, 2017. p. 37).

“Las construcciones simbólicas que estructuran las estrategias colectivas de defensa tienen, como toda defensa, efectos anestésicos sobre la capacidad de pensar las problemáticas éticas ligadas a la actividad de trabajo (...) Luego, bajo esta renuncia, la actividad del pensamiento toma la forma de un "rechazo a pensar" la contradicción entre eso que el sujeto piensa que tiene que hacer y aquello que efectivamente hace. Esta suspensión del trabajo del pensamiento que se manifiesta como colaboración activa con la organización que hace sufrir o como participación pasiva justificada mediante racionalizaciones, mantiene el clivaje o escisión entre el sector psíquico encargado de la acción y aquel sector que se ve movilizad por valores e ideales” (Gernet y Spira, 2017. pp. 188-189).

En este sentido, al silenciamiento también se integrarán la “ceguera y la sordera” como defensas que en ocasiones buscarán la posibilidad que cada quien tenga de “mantenerse a flote” ante situaciones límites o cronificadas, lo que implica una pérdida progresiva de las capacidades y potencialidades colectivas para revertirlas. La negación del sufrimiento ajeno y el silencio del propio puede entenderse incluso como un arma de resistencia, cuando para evitar mayores conflictos conviene cerrarse a las desventuras y quejas de los demás, con el fin de no recopilar las experiencias de malestar e injusticia con las que cada uno/a lidia.

Esto hace del individualismo un efecto de las defensas, donde a partir de un determinado nivel de sufrimiento se comienza a destruir la reciprocidad (Dejours, 2008). Se ha planteado incluso la existencia de una “alienación cultural” (Molinier, 2008 en Zabala, 2017) toda vez que las defensas, cuando ya son normalizadas como parte del itinerario laboral, determinan un extravío de los/as trabajadores/as respecto de la realidad del trabajo, borrando toda posibilidad de cooperación hacia la transformación de la plataforma que gatilla el sufrimiento.

En relación a las defensas señaladas, destaca la “modalidad hiperactiva” observada particularmente en contextos sanitarios, que se define como un compromiso desmedido con las tareas desde el cual se produce una actividad incesante, la que permite ocultar el conflicto emocional que se desarrolla por esa misma actividad (Dejours, 2004, en Gernet y Spira, 2017). De este modo, la sobrecarga de trabajo es muchas veces estratégicamente dispuesta en algunas organizaciones, ya que mueve a una saturación del funcionamiento psíquico que ahorra los montos de angustia que resultarían de una actividad reflexiva. Esta actividad deviene así imposibilitada, velando la incoherencia situada entre objetivos y sentidos de las acciones en las que el/la trabajador/a se encuentra involucrado/a (Gernet y Spira, 2017).

Lo anterior permite reinterpretar la operación defensiva como una respuesta frente a la competencia que se produce entre las exigencias relativas a la calidad y el carácter técnico de una atención, versus las determinaciones manageriales que las atraviesan. Esto redundando en la dificultad que los/as trabajadores/as sanitarios tienen para encontrar soluciones pertinentes en lo relativo a las necesidades de ajuste entre lo que se prescribe y lo que cada quien considera efectivo, ya que las prescripciones de los tratamientos resultan muchas veces

ambiguas y poco aterrizadas para prever su éxito frente a la particularidad de cada paciente (Gernet y Spira, 2017).

En síntesis, parece oportuno señalar que las estrategias defensivas si bien persiguen el fin de generar un alivio que permita trabajar, a menudo actúan como un freno que impide el movimiento y la problematización de las situaciones adversas, ya que favorece un desentendimiento entre los sujetos y las condiciones reales de su trabajo, que normalizan y tornan aceptable a la(s) fuentes(s) de sufrimiento (Zabala, 2017). Ello implica que estas estrategias asuman una función paradójica, toda vez que posibilitan la supervivencia frente a los instrumentos de dominación presentes en toda organización laboral contemporánea, pero contribuyen a la vez a volver aceptable aquello que muchas veces no debería serlo (Dejours, 2008).

METODOLOGÍA

En términos metodológicos esta es una investigación cualitativa de carácter exploratorio-descriptivo. La perspectiva cualitativa busca “alcanzar la estructura de la observación del otro” (Canales, 2006. p. 17), permitiendo la asimilación de objetos complejos y realidades subjetivas constituidas por ordenamientos estables de sentido. Esta perspectiva, ha sido propuesta como una forma de interpelar a la hegemonía biomédica de la investigación en salud, permitiendo posicionamientos alternativos y críticos frente a la tendencia de reducir los análisis a relaciones entre variables medibles, como si esa fuera la única forma en que el sistema puede ser pensado (Amezcuca y Gálvez, 2002).

En términos de diseño, esta investigación ha sido realizada bajo un criterio flexible (Cottet, 2013; Bassi, 2013). Esto implica un ejercicio de interacción permanente y recíproco entre el conocimiento ya evidenciado y disponible desde el cual se guía el/la investigador/a, con aquello que va siendo susceptible y relevante de conocer en el transcurso del estudio, en el contexto de un dispositivo abierto y progresivo.

La adopción de este diseño implica renunciar a la declaración anticipada de nomenclaturas particulares, asumiendo una orientación inicial compuesta por razonamientos que se van poniendo a prueba a lo largo de la empresa investigativa, de modo que las muestras y técnicas se van ajustando en función de un objeto caracterizado por su permeabilidad (Cottet, 2013). Desde esta perspectiva, se admite y valora la posibilidad de la improvisación, a través de la cual se encalla en un punto de llegada bajo un margen que permite una lógica artesanal como forma de avance (Bassi, 2013).

De este modo el diseño se fue adaptando a las contingencias, los desvíos y los desaciertos ejercidos, bajo la consideración de un sujeto investigador determinado por lo falible e incompleto, que va volviéndose sensible a las contrariedades del proceso. Esto implica reconocer y validar la experiencia del proceso de investigación como una constante “improvisación informada” (Bassi, 2013).

Respecto del objeto de esta investigación, en lo que respecta al conocimiento de aquellas “formas de hacer, pensar y sentir” (Cottet, 2013. p. 27) dentro del campo laboral de la salud mental, expongo haber utilizado una estrategia de investigación de orden discursivo. Tal estrategia tiene por fin representar un conjunto de posiciones opináticas relativas a un

conjunto, donde se distribuyen los sentidos que se elaboran y organizan en una conversación, hacia la reconstitución de una estructura de “decires posibles y enunciables” que son propios al colectivo estudiado. De esta manera intenté montar un método conversacional, con el fin de rescatar posiciones diferenciadas, es decir, aproximarme a los modos con los que alguien “toma posición” mientras significa/opina (Cottet, 2013).

Esta estrategia discursiva se ha planteado como un “referente idóneo” desde los enfoques sociales que abordan las instituciones políticas, organizaciones, estructuras, procesos y otros fenómenos afines al mundo sanitario, según una constitución básica compuesta de los usos de lenguaje, la comunicación de creencias y las interacciones en situaciones de base social (Amezcuza y Gálvez 2002). El uso de entrevistas se ha descrito en los mismos términos “idóneos”, desarrollando una función empírica de cuestionamiento cuando se hipotetiza la existencia de un conflicto entre normas dominantes y normas resultantes de la práctica cotidiana (Callejo, 2002).

Si se vincula al discurso con las definiciones teórico epistemológicas de esta investigación, se ha propuesto el valor de objetivar el relato, a través de la cual se van traduciendo las vivencias subjetivas expresadas en concepciones, hipótesis sobre el por qué y el cómo de la relación vivencia-trabajo, interpretaciones, e incluso opiniones anecdóticas (Dejours, 2001). En este sentido, la palabra permitiría a los/as trabajadores la posibilidad de hacer consciente las experiencias que han quedado en un plano puro de vivencia, permitiendo una reflexión “acerca de las relaciones laborales, las condiciones de trabajo y los modos en cómo se vinculan con la organización del trabajo” (Zabala, 2017, p. 51).

Persiguiendo un fin esquemático a partir de un criterio cronológico que permita dar cuenta, al menos parcialmente, de algunos puntos clave en aquella “improvisación informada” que marcó la producción del diseño de esta investigación, he decidido presentar los aspectos metodológicos de esta tesis a través de una descripción detallada de su procedimiento, incorporando los pasos, eventos y decisiones que dieron forma al diseño final del estudio.

Procedimiento

1) Primeras exploraciones:

Como una forma de aproximación a los discursos de los/as psicólogos en relación al trabajo que realizan en la APS, comencé entrevistando en formato semiestructurado a un psicólogo y dos psicólogas de distintos CESFAM de la Región Metropolitana. En estas entrevistas buscaba aproximarme a dicha experiencia laboral desde la noción de “sufrimiento en el trabajo” (Dejours, 2008; 2015), confiando en que los encuentros podrían arrojar una cantidad considerable de descripciones sobre órdenes paradójales, desacuerdos y reinventaciones según las hipótesis de conflicto resultantes de las transformaciones del trabajo sanitario ya desarrolladas.

Este paso tuvo efectos relevantes en el desarrollo del proyecto de esta investigación, llevándome a considerar cambios tanto en sus objetivos como en sus métodos, al familiarizarme con el problema de las defensas en el trabajo. Del mismo modo, me pareció necesario integrar a la realización de entrevistas otro modo de recolección de información, que me permitiera localizar y acotar la diversidad de los tópicos laborales susceptibles de ser interrogados. Clarifico que el material recabado en esta fase de la investigación no forma parte de los resultados de esta tesis, explicitando que su contenido solo fue utilizado para efectos de rediseño metodológico.

2) Posibilidad de observar un escenario relativo:

Conforme a lo anterior, surgió la posibilidad de realizar observaciones no participantes de una reunión mensual de salud mental para establecimientos de APS de un Servicio de Salud de la Región Metropolitana¹³. A esta reunión asisten los/as “encargados del programa” de salud mental de los Centros de APS de la zona de jurisdicción de dicho servicio, al cual pertenecen distintas comunas.

Si bien mi intención inicial, era asistir a las reuniones sólo con fines exploratorios en lo relativo a la redefinición de los objetivos de esta investigación, prontamente decidí solicitar

¹³ Desde muy temprano en la investigación, decidí que resguardaría el total anonimato de cualquier institución que pudiera abrirme sus puertas para realizar el estudio, al considerar que esto garantizaría la tranquilidad y confianza de los/as participantes y actores claves en relación al tratamiento y uso de la información relativa, facilitando los procesos de contacto y vinculación.

la posibilidad de utilizar este escenario como su punto de partida, considerando la riqueza del material al que tenía acceso. Esta riqueza, traduce la posibilidad que tuve de acceder a los tópicos de gestión e intervención que dan forma a la organización del trabajo de los/as encargados/as, quienes al desarrollar y tener que responder conjuntamente por los alcances y evaluaciones de estas tareas, se me presentaron como un actor tan relevante como invisibilizado en cuanto a los destinos de la salud mental en los establecimientos de la APS. De ahí que comenzara a adquirir sentido el aproximarme a este sujeto para producir la investigación, al tiempo que los rendimientos teórico-empíricos fueron modelando un balance entre la concepción protagónica del “sufrimiento en el trabajo” y el problema de su “organización”, en tanto fuente de determinaciones, restricciones y posibilidades que movilizan efectos en los/as trabajadores y en sus prácticas.

En términos descriptivos, la observación de las reuniones me fue posibilitando conocer cómo se materializa la organización y gestión de las acciones que un servicio de salud, en tanto representante de la política sanitaria estatal, prescribe y supervisa en el ámbito de la salud mental en APS, constituyendo un espacio privilegiado para localizar qué discursos y prácticas caracterizan las orientaciones y evaluaciones que determinan el trabajo de sus encargados/as. Del mismo modo, fui indagando pistas en torno a las apreciaciones que los/as encargados/as devolvían desde sus experiencias locales, según el grado de acuerdo, desacuerdo y plausibilidad que relataban frente a las propuestas, así como sus necesidades y quejas relativas. Esto me proporcionó información relevante para realizar el muestreo y diseñar las entrevistas, las cuales mantuve como la principal fuente de producción de información. Lo anterior implica haber interrogado a la “organización del trabajo” según una determinación *contingente*, que surge y se materializa a partir de estas dinámicas particulares observadas.

En total, asistí a seis reuniones durante siete meses de observación. Las reuniones tuvieron una duración de dos horas cada una y en promedio, asistieron entre 15 y 20 personas, considerando la presencia tanto de los/as encargados/as como de dos referentes del servicio de salud. Durante las observaciones registré los contenidos en un cuaderno de campo, el que sirvió como base para tematizar las entrevistas y luego poder contextualizar y/o complementar algunos hallazgos en la redacción de los resultados.

3) Presentación de antecedentes a los Comité de Ética

En paralelo al período anteriormente descrito, solicité la evaluación de mi proyecto de investigación al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, para así requerir formalmente la realización de las observaciones y garantizar los criterios éticos del estudio. Al respecto, declaro que todas las identidades de los/as participantes fueron cambiadas salvo la del experto por razones que luego detallaré. Una vez aprobado el proyecto y presentado al coordinador de las reuniones del servicio de salud, se me requirió presentar estos antecedentes al Comité de Ética del servicio en el que tenían lugar las reuniones, para así lograr una autorización oficial. Luego de presentar los documentos y sostener una reunión presencial con el director de este segundo comité mi solicitud fue aprobada, logrando realizar la investigación.

Como parte de este proceso realicé cuatro consentimientos informados:

- a) Uno para ser presentado al referente del servicio de salud que presidía las reuniones del programa de salud mental para establecimientos de APS, a la forma de una solicitud de autorización institucional (Anexo 1).
- b) Otro para solicitar a los/as psicólogos/as encargados/as que me autorizaran a observar las reuniones en las que participaban (Anexo 2).
- c) Un tercero para los/as psicólogos encargados/as que seleccionara como parte de la muestra que luego entrevisté (Anexo 3).
- d) Y finalmente un cuarto consentimiento confeccionado específicamente para la realización de una entrevista a un experto en la temática (Anexo 4).

4) Estrategia de selección de participantes

Una vez finalizadas las observaciones, me guie por un criterio teórico emergente para realizar un muestreo determinado por “la intensidad” (Flick, 2004) que aprecié en los encargados/as durante las observaciones de campo, contactando primero a tres psicólogos/as que destacaron por su participación durante las reuniones, así como a otros dos que en general no intervinieron durante las mismas. De este modo, convoqué presencialmente a un primer bloque de 5 psicólogos/as, todos/as quienes manifestaron su disposición para ser

entrevistados/as. Sin embargo, y al momento de coordinar las entrevistas, tres de ellos/as no respondieron a este nuevo contacto (realizado a través de correos electrónicos en dos oportunidades), por lo que luego y de manera escalonada recurrí a la técnica de “bola de nieve”, para contactar a otros/as 5 encargados/as a través de los/as dos participantes que ya había logrado entrevistar.

Finalmente, y de un total de 10 encargados/as convocados/as constituí una muestra definitiva de 5 participantes, habiendo pasado a un muestreo más bien opinático que terminó obedeciendo a la disponibilidad de los tres últimos encargados/as seleccionados. Este punto de corte, más allá de la injerencia del alto porcentaje de casos “caídos”, se supeditó a las ideas que elabora Mayan (en Martínez-Salgado, 2012), quien al considerar “inalcanzable” el criterio de saturación de la información, propone investigar “hasta el momento en el que se considere que se puede decir algo importante y novedoso sobre el fenómeno que lo ocupa” (p. 617).

De este modo, los criterios de inclusión de la muestra respondieron a dos condiciones:

- a) Ser Psicólogo/a encargado de programa de SM de un establecimiento de APS perteneciente al servicio de salud donde realicé las observaciones.
- b) Asistir regularmente a las reuniones del Programa.

Por otro lado, consideré como criterio de exclusión que los/as encargado/as no tuvieran una experiencia laboral como Psicólogo/a de APS que fuera inferior a tres años, cuestión que no se presentó en ninguno de los casos que concretaron su interés en participar de este estudio. La siguiente tabla detalla en términos temporales la experiencia laboral de los/as participantes.

Tabla 1: Años de experiencia laboral de los/as participantes

	Como Psicólogo/a de APS	Como encargados/as del programa de Salud Mental
Ximena	12	7
Magdalena	8	5
Diana	7	4
Carla	6	3
Mario	6	2

5) Estrategia de producción de la información

Adoptando una modalidad de dos fuentes como método de recolección de la información, comencé transcribiendo todas las anotaciones que había registrado en mi cuaderno de campo para obtener una visión general del recorrido de cada reunión, reparando en los temas laborales y las prescripciones de trabajo que me parecían más problemáticas desde lo planteado por las instancias supervisoras del servicio, y que en general, eran las que mayor repercusión parecían producir en los/as encargados/as. De ahí surgieron prácticas que gozaban de mayor interés, como la actualización de los informes que retroalimentan el cumplimiento de la meta de cobertura del programa, la indicación de que cada encargado/a programara (en una tabla Excel) todas las intervenciones que han de realizar para el año siguiente, con sus respectivos recursos humanos y horas destinadas, la necesidad de diversificar las modalidades de atención incrementando intervenciones grupales, las estrategias para disminuir las inasistencias a los controles, las definiciones de rol sobre la función del psicólogo, entre otras.

A partir de dichos tópicos, y en conjunto con el guía de esta tesis, elaboramos un guion temático de entrevista (Anexo 5) dividida en dos encuentros con cada potencial participante, bajo la condición de transcribir y realizar un análisis preliminar de la primera entrevista antes de realizar la segunda. De este modo, la entrevista buscaba profundizar en

los significados, sentidos, críticas y modos de hacer que los/as profesionales relataban frente a la organización de su trabajo.

La referencia teórica que utilicé para realizar este paso surge de la “entrevista activa” que proponen Holstein y Gubrium (2004), donde se rescata la factibilidad de una interacción abierta y distendida, que explora aspectos propios de la historia laboral del entrevistado/a según una pauta flexible. Sisto (2012) destaca cómo en este tipo de entrevista el entrevistador participa como sujeto, expresando sus opiniones y juicios durante los diálogos cuestión de particular relevancia, entendiéndolo que yo como investigador compartía con los/as participantes tanto la profesión como la experiencia de haber trabajado en la Atención Primaria.

De este modo y de acuerdo al plan trazado logré realizar entrevistas dobles a las tres primeras participantes con las que me contacté¹⁴, no logrando replicar dicho modelo con los/as dos participantes restantes¹⁵, ya sea por problemas de disponibilidad, como por haber reducido los temas a interrogar conforme fue avanzando la investigación.

6) Entrevista a experto

En el transcurso de las entrevistas realicé además una “entrevista a experto” (Flick, 2004), con el fin de obtener información desde una fuente autorizada que me permitiera profundizar en las tensiones y desafíos vinculados a los tópicos laborales tematizados desde las observaciones, así como en lo que respecta al surgimiento y las expectativas institucionales inscritas en el cargo como encargado del programa en los establecimientos de APS.

Esta entrevista fue la única instancia del proceso de recolección de información donde determinamos en conjunto la forma de presentación de la identidad del entrevistado, quien manifestó su deseo de aparecer con su nombre real en los resultados. El experto, Gonzalo Soto Brandt, es un psicólogo y Magíster en salud pública de la Universidad de Chile, quien luego de haber trabajado durante 7 años como encargado de salud mental de un CESFAM de la zona sur de Santiago, llegó a ser coordinador y asesor de salud mental para la división de

¹⁴ Ximena, Magdalena y Diana según los nombres que escogí para identificarlas en los resultados.

¹⁵ Carla y Mario fueron los nombres utilizados para designarla/o.

Atención Primaria del Ministerio de Salud durante un período de 5 años, habiendo cesado sus funciones en tal cargo durante el 2018. Actualmente, se desempeña como académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

La siguiente tabla muestra el total de entrevistas realizadas y el tiempo empleado en ellas.

Tabla 2: Caracterización de entrevistas	
Número de entrevistados/as	5 encargados/as de programa <ul style="list-style-type: none">• 4 Mujeres• 1 Hombre 1 Experto
Número de entrevistas	9
Total horas de entrevistas	12

7) Método de análisis de la información

Para realizar el análisis de la información utilicé las propuestas del análisis cualitativo de contenido que Cáceres (2003) sintetiza, según los fundamentos del método de comparación constante de Glasser y Strauss (1999) y el análisis de contenido tradicional desarrollado por Marying (2000, en Cáceres, 2003). Además, incorporé algunas orientaciones para el análisis cualitativo propuestas por Coffey y Atkinson (2003).

El análisis cualitativo de contenido integra una aproximación empírica de orden semiótico, que apunta a realizar un análisis según reglas inscritas en un modelo de pasos progresivos (Marying, 2000, en Cáceres, 2003), permitiendo el alcance de resultados “integrales, profundos e interpretativos” (Pérez, 1994, p. 55).

La modalidad de uso que adopté de esta técnica buscó la reducción y reelaboración del material, pasando desde un aglutinamiento inicial en conjuntos de sentido homogéneo hacia la integración de dicha información en interpretaciones y abstracciones de un nivel

mayor. Este proceso implicó un desarrollo dinámico y en constante retroalimentación, según inferencias y relaciones posibles de establecer entre los sentidos configurados de la organización laboral y las teorías expuestas en el apartado teórico de esta investigación.

Para lograr lo anterior, me guíe por un modelo sucesivo en etapas, que parte desde la definición de los posicionamientos teóricos y epistemológicos adoptados para luego pasar a una fase de “preanálisis” donde esboqué un primer esquema de temas pertinentes desde los antecedentes teóricos y las entrevistas de la “fase de exploración”. Desde este patrón inicial, los datos se abrieron y fueron contrastados con la empírea, con el objeto de definir las unidades de análisis que representan los contenidos seleccionados hacia la constitución de ejes temáticos (Cáceres, 2003). En este punto, consideré de especial relevancia atender a las metáforas presentes en los relatos, en la medida que brindan una base analítica para conocer cómo los/as encargados/as conciben su trabajo y sus relaciones laborales, expresando valores específicos, concepciones y significados en los que se expresan vocabularios comunes al terreno cultural que comparten (Coffey y Atkinson, 2003). De este modo tuvo lugar un proceso de codificación abierta, donde fui observando los significados construidos alrededor de los tópicos que particularizaron la organización del trabajo, así como los efectos y respuestas que tales determinaciones generaban en los/as encargados/as, para finalmente, agrupar los contenidos relacionados en dos ejes finales.

Como último paso constitutivo de esta modalidad de análisis se plantea la existencia de una “integración final de los hallazgos”, el que incorpora un esfuerzo reflexivo y crítico sobre el trabajo inductivo realizado, “descubriendo lazos, causas e interpretándolas convenientemente” (Cáceres, 2003. p. 75). Este paso se corresponderá al apartado de discusión y conclusión, el que es particularmente relevante en lo que compete a las reflexiones resultantes de la segunda pregunta de investigación que me planteé en esta tesis.

RESULTADOS

I) Una aproximación al trabajo en el programa de salud mental en la APS: El porqué de la gestión y sus imperativos

Tal como lo señalé en el apartado metodológico, esta investigación fue desarrollada a partir de una localización de ciertas problemáticas laborales relativas al programa de salud mental, en virtud de las cuales exploré los sentidos que sus encargados/as atribuyen a la organización de su trabajo. Desde diversos tópicos e intercambios observados, me aproximé a descripciones, percepciones e interpretaciones sobre las tareas y evaluaciones prescritas, las que fueron interrogadas en su condición de gatillantes de experiencias laborales particulares.

Hacer más con menos

“(…) una vez que el programa de depresión se implementó en Chile el año 2001, formalmente desde el ministerio se le pidió a los servicios que definieran encargado de salud mental comunal, y encargado de salud mental por establecimiento, que se les llamaba incluso en un principio jefes de salud mental, en los establecimientos de atención primaria y encargados o coordinadores de salud mental en las comunas, yo diría que fue el 2001 cuando partió eso (...) y ese rol empezó ese año pero, efectivamente, no estuvo como hoy día se está tratando de hacer, como definir claramente cuáles son las funciones, qué lo que tiene que hacer, diría más que nada que quedaba claro cuáles eran las metas del programa de depresión por ejemplo, y que tenían que cumplir con las metas, entonces eso ya sabían que era como su principal norte” (Gonzalo, entrevista 7).

En lo relativo al surgimiento del cargo de encargado/a del programa de salud mental en los establecimientos de APS, fue la implementación del programa de depresión la que dio su contexto, diagnóstico que según lo que me comentó el experto citado en otro momento, fue la puerta de entrada a través del cual la Salud Mental se logró hacer un lugar en la Atención Primaria. En este sentido, destaca que Gonzalo refiera una cierta indefinición del rol en aquellos años, el cual sólo se reconocía en virtud de la referencia que le daban las metas que debían cumplir los/as profesionales. Esta observación resulta interesante, ya que permaneció en el núcleo del programa como veremos más adelante.

“(…) por un lado, responder a las demandas un poco de la… asistenciales de la salud mental que se tienen que brindar, basadas en las metas, indicadores, resguardar que se puedan planificar y programar esas actividades y que esa programación responda a poder cumplir después con esas coberturas y metas, por lo menos garantizar que se van a cumplir con esos objetivos, al menos (…) ahora, todos esos procesos, o sea son muchos procesos que hay que desarrollar, estandarizar, manualizar, o sea estando en el ministerio, estando los dos primeros años solo, o sea a mí se me fue en collera muchas cosas porque uno solo no puede generar tantas cosas, o sea es bien complejo todas las cosas que hay que hacer (…)” (Gonzalo, entrevista 7).

En razón de intentar un contexto inicial, el experto advierte que el cargo se determina desde la demanda asistencial, que se presenta con sus consecuentes dispositivos organizativos y de evaluación, caracterizando un trabajo extenso, diverso y complejo que superó sus posibilidades de seguimiento y gestión durante su período como coordinador de salud mental para la APS en el ministerio de salud. En este sentido, considero fundamental reparar en cómo las respuestas a las necesidades de salud mental de las personas admitan su representación, a través de lo que el experto señala como “las metas y los indicadores”, configurando una cierta asimilación entre las acciones sanitarias propiamente tal y los métodos organizacionales que las evalúan.

Así, las respuestas sanitarias a un determinado problema de salud mental -temática relativa a los tratamientos, sus condiciones y formas de operar- reaparecen traducidas en otro lenguaje, que deviene de un dispositivo que persigue el objetivo de garantizar los procesos asistenciales. ¿Qué efectos pueden desprenderse de este movimiento, al interrogar la experiencia laboral de sus ejecutores? Comparto esta reflexión ya que estuvo presente desde el comienzo en mi intención investigativa, constituyendo una especie de foco desde donde se articularon muchas de las preguntas y los temas que compartí con los/as encargados/as del programa, ya sea desde su potencial injerencia en la interpretación que realizan de su rol, como respecto a las relaciones que pudieran establecerse con el plano de las intervenciones.

“(…) porque además hay muchas cosas que están a cargo de salud mental, entonces ahora es necesaria la figura, antiguamente salud mental era depresión, entonces era como: ah ya, organizar los REM¹⁶, los registros, llevar los datos a

¹⁶ Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a un sistema de información estadística de carácter nacional, que constituyen la fuente oficial para la captación de los datos básicos que son requeridos para la gestión central y local, permitiendo conocer las atenciones y actividades de salud otorgadas a la población en los establecimientos de la Red Asistencial (Departamento de estadísticas e información de salud).

la directora, cachar cuántos eran, después cuando aparece el Chile Crece entre medio, sí era un poco más necesario porque era más grande el equipo, después cuando ya empezó a aumentar la población, a validarse que salud mental no venía como programas aislados sino que era... o sea no era, no se generaba a través de financiamiento sino que luego de que se... se percapitó el pago por paciente, por cabeza, dijimos: ya, esta cuestión tiene que tener un referente, tiene que tener alguien que lo organice, o por lo menos así lo validaron desde nuestras municipalidades, ese es el contexto” (Diana, entrevista 3).

Diana lleva 4 años aproximadamente como encargada del programa, tiempo desde el cual reflexiona cómo ha ido aumentando la carga de trabajo, donde ahora existen “muchas cosas a cargo de salud mental” no como al principio, cuando la atención se concentraba sólo en y desde el diagnóstico de depresión. En este sentido destaca el aumento de la población objetivo, lo que describe a partir del cambio en el modo de financiamiento¹⁷ del programa, que habría generado la necesidad de una jefatura para organizarlo. Vale mencionar cómo el cargo aparece validado desde los municipios, al ser ellos los responsables de administrar los fondos que el Estado invierte en salud, constituyendo la referencia local de la cual depende cada establecimiento de APS.

“(…) cuando el programa pasa a ser, ya se implementa el programa de Salud Mental como que se percapite todo el programa ya, y ya no está esta meta como de depresión, que las altas y que... que nos complicaba un poco la vida, ya, - eso hacía que todo lo que llegara pasara un poco por depresión, todo era un

En términos prácticos, el REM corresponde a una planilla Excel que sistematiza la cantidad y el tipo de prestaciones (ingresos, egresos, actividades promocionales, preventivas, de tratamiento, coordinaciones, etc.) – divididas muchas de ellas por sexo y ciclo vital- que realiza cada funcionario/a de cada programa de los establecimientos de salud, asociando a esta caracterización un espectro determinado de diagnósticos. Para Salud Mental, existen dos planillas fundamentales de registro, la 05 y la 06, sin perjuicio de que el trabajo de psicólogos/as muchas veces deba registrarse en otros espacios de la planilla, por ejemplo, cuando se realizan actividades promocionales y/o preventivas las que por su condición de integralidad, no son específicas del programa de salud mental.

¹⁷ Los recursos destinados a la Atención Primaria de Salud Municipal se subdividen en distintos mecanismos de pago. El último dato que encontré data del 2015, y expresa que un 68% de los fondos para salud primaria municipal se transfieren vía per cápita, es decir, el Estado paga un fondo homogéneo por cada persona inscrita ya sea en cada establecimiento (per cápita basal), o por programa específico. El per cápita es un financiamiento que funciona en APS desde 1994, sin embargo, se formalizó transversalmente en salud mental recién el año 2015. Su objetivo como método de financiamiento sanitario declara “obtener una mayor equidad en la asignación de recursos, generar incentivos a la eficiencia asociados a la contención de costos y provisión de servicios costo – efectivos y asegurar la calidad de las prestaciones”. Se perseguía también “una mayor flexibilidad en la gestión municipal, incentivar las acciones de promoción y prevención y orientar la acción de los proveedores y en particular de los establecimientos, hacia la obtención de resultados más que a la ejecución de actividades, apostando a una mejoría en la identificación de los beneficiarios y una mejor planificación y focalización de las atenciones de salud brindadas en el nivel primario” (Minsal, 2011. p. 11).

episodio depresivo- entonces ya, se empieza a ampliar la cartera de prestaciones, en conjunto con eso viene la instauración del modelo familiar, de salud familiar y en ese entonces, ahí es cuando el programa se empieza a complejizar (...) y eso ha hecho que cada vez te van pidiendo más cosas y los recursos han crecido muy poco, o sea nosotros éramos dos psicólogos el 2012, ahora somos tres y medio, pero la cantidad de trabajo ha aumentado mucho más porque ahora no solamente es como la atención de los pacientes (...) ahí hay una cuestión medio perversa porque en el fondo, los planes de salud con esta cosa de la intervención del modelo de salud familiar van cada vez más a lo psicosocial, pero no hay un incremento en los recursos para los psicosocial” (Ximena, entrevista 1).

Ximena, por su parte, tiene una experiencia de 12 años en APS y de 7 como encargada de salud mental. En la cita confirma cómo es que el programa ha ido complejizándose en su diversificación e incremento de funciones y objetos, relevando nuevamente al financiamiento percápita como un gatillante desde dónde emerge una concepción integral del programa (es decir ya no solo sujeta a la subvención, regulación y evaluación del diagnóstico de depresión). Al respecto, parece interesante remarcar cómo Ximena, desliza un fenómeno que observaba cuando el financiamiento percápita sólo operaba en depresión, lo que habría producido un efecto de sobrediagnóstico. Esta constatación por el momento, muestra cómo el financiamiento de un programa a través del percápita parece delimitar el espectro de problemáticas que se observan, favoreciendo la producción de diagnósticos y materialidades que se condigan con dicha estructura para así optar y justificar el financiamiento.

Consecuentemente, y atendiendo a lo señalado por Diana y Ximena, la percapitación del programa en términos integrales implica que en un momento se dejó de pagar por diagnósticos de depresión, para comenzar a financiarlo “por cabeza”, lo que determina que la subvención estatal a la salud mental entra a depender de la cantidad de personas que ingresan al programa, vía otros diagnósticos ya no reducidos a la depresión. Esto da sentido entre otras cosas, al aumento percibido por los/as participantes de la carga laboral, dado el necesario aumento de la población consultante que se genera.

Por otro lado, junto a aquella “ampliación de la cartera de prestaciones”, Ximena destaca el ingreso del “modelo de salud familiar”, el que desde otra dimensión también habría complejizado el trabajo. Todo ello configura una realidad que no se habría visto acompañada de un incremento coherente de recursos, imponiendo un cierto desbalance entre la carga

laboral resultante de estas transformaciones y los recursos disponibles para ejecutarla, lo que es significado como algo “perverso”, significante particularmente utilizado por esta participante, como veremos más adelante.

“Porque si te lo imaginai, desde 8 años atrás, somos los mismos tres psicólogos, pero la población en ocho años ha aumentado cualquier cantidad, ¡entonces obviamente que tení que buscar otras estrategias como pa llegar a cumplir eso po! (...) ¿Estamos siendo adecuados con los rendimientos que tenemos pa’ la población que tenemos? cómo encontrar ese equilibrio entre el ser psicólogo, pero estar inserto en un consultorio como con 43000 inscritos validados po, no podí tomarte una hora de atención con los pacientes porque si no, no atenderías a la cantidad de pacientes que te necesitan” (Magdalena, entrevista 2).

Magdalena, encargada del programa en su CESFAM desde hace 5 años, pero con experiencia en APS de 8, homogeneiza la apreciación en torno a cómo el trabajo se ha ido condicionando en función de un aumento desigual entre población destinataria y los recursos humanos para atenderla, lo que se traduce en una mayor exigencia de trabajo. De ahí que se abre una cierta particularidad del trabajo como encargada, que supone la búsqueda de estrategias que permitan disimular la falta del recurso humano, iluminando cómo el cargo, a la vez que se mantiene desarrollando un trabajo interventivo, implica gestionar las condiciones con las cuales esas intervenciones son ejercidas, velando por dar respuesta a la amplia demanda de pacientes. Resulta interesante observar el cierre de la cita, en tanto muestra cómo la psicóloga se describe dispuesta a responder por el aumento de la cantidad de consultantes, haciéndose cargo de ello.

“Yo creo que el desafío es constante y tiene que ver en saber administrar el recurso humano pa’ una gran cantidad de población, siento que saber hacer esa gestión de horas, de actividades como para poder dar abasto a la mayor cantidad de población y que no se te quede nadie abajo, y que la urgencia sea atendida, pero a la vez sea atendido al paciente que está agendado, como el empezar a jugar con esos tiempos siento que es como el gran desafío” (Mario, entrevista 9).

Mario releva una resultante que es crucial a la hora de definir el rol como encargado/a del programa. Habiendo trabajado por alrededor de 2 años como jefe del programa, pero con una experiencia de 6 años como psicólogo en APS, comenta que el principal desafío realza la necesidad de un saber-hacer administrativo, donde se logren gestionar los recursos

disponibles -como las horas de atención de los/as profesionales-, para poder dar abasto a la creciente población consultante. De este modo, va apareciendo la relevancia de una dimensión temporal en lo que compete a la gestión del programa, desde donde se hace necesaria su intervención (“jugar”) para que rinda.

Creo oportuno expresar cómo la observación que realiza Mario, coincide con el tono de las reuniones a las que asistí, donde el uso de la palabra “gestionar” aparecía como una acción sobresalientemente solicitada, que detentaba buena parte de la atención que desde el servicio de salud se transmitía como una acción deseable hacia los/as encargados. De este modo, el mundo de las planillas, los números y los cálculos marcaba la pauta de los intercambios, monopolizando desde esa racionalidad las respuestas que se solicitaban implementar en cada establecimiento frente a los déficit ya aludidos.

“(…) este año igual es como un año de prueba, donde tienen que haber cambios y ahora vamos a ver cómo se avecinan estos cambios, pero en el fondo hacerlo mejor es responder de manera eficiente, oportuna lo que piden en el servicio, cumplir también, como en términos de gestión del programa estoy hablando, como cumplir con lo que te piden en el fondo, eso yo creo que es como hacerlo bien, porque si te piden que tu mandes en una planilla de algo, en tal tiempo, hay que cumplir dentro de ese tiempo, si te piden que tú generes una estrategia o un plan de mejora¹⁸ para esto, bueno entonces tienes que cumplirlo no más, es como parte del proceso (...) por otra parte es porque hay que tener siempre un referente a quien poder referirse, y también a quien echarle un poco la culpa si es que las cosas no se cumplen, ya, o sea en el fondo tiene que haber una cara visible para que exista la presión de cumplir con algunas responsabilidades” (Carla, entrevista 8).

Focalizando la percepción que los/as encargados/as describen con el servicio de salud, Carla da cuenta de un tiempo particular en lo que respecta a la gestión del programa. Siendo encargada desde hace 3 años y medio, y psicóloga desde hace 6 en el mismo establecimiento, expresa estar sujeta a la necesidad de dar respuestas eficientes y oportunas a lo que el servicio le solicita, bajo las claves de gestión antes señaladas como el trabajo con planillas, estrategias

¹⁸ Esta designación corresponde a una práctica reconocida formalmente en el área salud, teniendo incluso un documento oficial que orienta su planificación y diseño hacia el desarrollo de una “cultura de calidad efectiva”, declarando que su “énfasis está puesto en la evaluación y mejora continua de los procesos asistenciales” (Minsal, 2009, p. 6). En las reuniones que asistí, las indicaciones que a los/as encargados de programa se les solicitaba implementar se concentraron bajo esta denominación, delimitando el escenario a través del cual se discutían las respuestas a los problemas diagnosticados desde las instancias sanitarias rectoras.

de resolución de problemas, entre otros. En este sentido, el cumplir estos requerimientos, visibiliza aquello que de subjetivo está en juego en estas tareas, donde la responsabilidad y la presunción de culpa cuando los cambios no logran ser implementados expresa una dimensión relativa a la percepción del cargo.

Es interesante notar cómo en la cita, se abre una tarea organizacional bajo criterios equivalentes a las tareas asistenciales, es decir, la respuesta “oportuna y eficiente” que se debe realizar, y que en primera instancia pareciera describir al trabajo interventivo que ejerce un/a psicólogo/a en relación a los/as consultantes, aparece sin embargo asociada al trabajo de gestión como encargada, iluminando así la coexistencia de estas orientaciones más allá del tipo de tarea al cuál obedezcan.

“(…) pasan a ser de mi responsabilidad algunas acciones como la coordinación, la ejecución, la administración anual, los resultados obtenidos (...) entonces el ojo está más puesto ahí que antes, que yo me ponía a atender pacientes, la cantidad de horas, mi rendimiento se lo entregaba a mi jefa, era mucho más simple en ese sentido, yo atendía no más, iba a las reuniones, asistía, ahora la tortilla ha pasado a ser de mi responsabilidad” (Diana, entrevista 3).

A través de esta última cita cierro el apartado puntualizando cómo opera una cierta duplicidad funcional en el trabajo como encargado del programa de salud mental; una relativa a un plano asistencial, el que al desbordar la capacidad de respuesta con la que cuentan los equipos da paso a la centralidad de un trabajo de gestión -articulado en el rol como encargado/a-, abocado principalmente a la optimización del recurso con miras al cumplimiento de resultados definidos desde las cúpulas organizacionales, objetivo desde donde se percibe una mayor responsabilidad.

De un déficit a otro(s)

“(…) yo atiendo pacientes y tengo súper poco rato para poder gestionar el programa, o sea tengo por ejemplo una mañana destinada a la gestión del programa, pero aparte otra cosa que tengo a cargo que es salud familiar, entonces de repente uno, te llegan no sé, correos, peticiones o tienes en mente algunas cosas que tienes que mandar, y eso de repente influye en la capacidad de estar pendiente de lo que realmente importa cuando estás con un paciente, de repente se llena mucho la cabeza de estas cosas administrativas y cuesta

como poner atención realmente, o centrarse en la pega más clínica, cuando uno comparte ambos roles, y no tiene el tiempo suficiente para poder llevar a cabo ambos roles de manera como tranquila y adecuadamente” (Carla, entrevista 8).

Una consecuencia evidente que surge al menos parcialmente de la falta del recurso humano señalada, implica la percepción de un tiempo disponible que resulta escaso para dar abasto a las tareas relativas al programa, donde por momentos se pasa de la duplicidad funcional antes señalada a una suerte de “polifuncionalidad”, si se agregan actividades relativas a otras instancias y compromisos como por ejemplo, el “tener a cargo salud familiar”¹⁹. Resulta interesante reparar en cómo la participante visibiliza un efecto sensible, en relación al reducido tiempo de trabajo y la heterogeneidad de las actividades que debe desarrollar, en la medida en que esto la sacaría “de lo que realmente importa”. Esto último aparece asociado a la percepción de una cierta interrupción constante que permea al trabajo con los/as pacientes, ponderando un perjuicio definido subjetivamente ya sea en términos emocionales (no estar tranquila), como a la hora de evaluar sus acciones (no poder hacerlo adecuadamente).

“Soy encargado de salud mental, pero a la vez soy encargado de capacitación de todo el centro, y a la vez estoy a cargo de dos convenios a nivel comunal, entonces como que se van sumando tareas, pero que en el fondo desaparecen porque uno es el encargado de salud mental, las otras como que pasan a un segundo plano, pero son las que más agotan (...) yo creo que debiese existir la figura del psicólogo APS, la especialidad psicólogo APS, porque se traduce en un pulpo, que tiene que jugar con lo asistencial, con la promoción, con la prevención, tiene que aprender de lo biomédico, tiene que salir a terreno, tiene que ser un psicólogo de urgencias, de atención en crisis, hay que saber excel, hay que saber computación, hay que saber de cumplimiento de leyes, hay que saber de muchas cosas pa’ ser psicólogo de atención primaria (...) uno tiene que ser un pulpo, tener todos sus tentáculos bien organizados y apuntando en las direcciones correctas, porque si se cruzan el resultado no es bueno y el que paga las consecuencias son, indirectamente, los usuarios (...) cuando empiezo a mezclar los tiempos de salida y pierdo tiempo de atención, pero hago mucha atención y me falta tiempo de coordinación, pero hago mucha coordinación y

¹⁹ Esta actividad está contemplada como parte de las tareas relativas a la implementación del modelo de atención integral de salud definido desde la gran reforma de la década del 2000, como el enfoque de la atención primaria. El trabajo bajo este modelo es medido a través de un instrumento para su evaluación y certificación (Minsal, 2015), donde se exigen avances a los equipos que se forman en los establecimientos bajo 9 ejes de desarrollo, dentro de los cuales se encuentra “salud familiar”, junto a otros como promoción y prevención en salud.

la demanda está aumentando, cuando la demanda aumenta y me tengo que quedar atendiendo no voy a la reunión de coordinadores, por decir algo” (Mario, entrevista 9).

Al respecto, Mario concretiza lo que significa la multifuncionalidad que le demanda el trabajo sanitario, donde su calidad como encargado le supondría tener que dar mayor visibilidad e importancia a las tareas del programa de salud mental, las cuales, sin embargo, no son las que más le “agotan”. Del mismo modo da testimonio sobre la diversidad de funciones concentradas en el rol, metaforizando un pulpo que debe saber balancear cada una de esas actividades que se influyen en el cotidiano, poniendo en riesgo a los usuarios/as cuando no se logra tal equilibrio. Este problema también tuvo lugar en una de las reuniones que observé, donde se dejaba escuchar una queja que los encargados/as dirigían al servicio de salud en torno a no olvidar que ellos/as no sólo trabajan para el programa de salud mental, como intentando instalar un límite a las indicaciones laborales -no muy bienvenidas- que allí se les indicaban.

“(…) me agotan otras cosas, el tiempo por ejemplo, ahora es que en nuestro caso en este CESFAM tenemos los tiempos pa’ hacer eso (...) entonces es hartito de mis 44 hrs. tener 11, y yo tengo 33 pa’ atender y las otras 11 para gestión, entonces si yo soy lo suficientemente ordenada, me estructuro mi agenda, tengo mi horario, puedo hacerlo, no así -y yo lo he visto en comparación con otros compañeros de otros municipios- ¡que se vuelven monos! o sea tienen ¿dos horas?, ¿cuatro horas? entonces como que hagan lo mismo que hago yo, sin ningún tiempo, es difícil, brotai (risas)” (Diana, entrevista 3).

“(…) me cansa más, además que tengo que hacer 10.000 cosas pal programa y tengo 5 horas semanales pa hacerlas cachai, entonces, y tengo pacientes y después tengo grupo, entonces hacer tantas cosas distintas te cansa más también cachai (...)” (Ximena, entrevista 1).

El déficit del tiempo que resulta de una primacía asistencial, reflejada en una organización del trabajo que consume buena parte de la dedicación de los/as psicólogos/as a través de agendas diarias con espacios de media hora siempre llenas de pacientes, arroja con una cierta variabilidad la forma en que se experimenta dicho factor, en tanto dimensión determinante de la cotidianidad laboral. En este sentido, Diana expone un espacio de tiempo *psicotizante* con el que contarían sus compañeros/as encargados/as de otros municipios para poder gestionar el programa, lo que Ximena sintetiza desde el cansancio que le produce la

relación tiempo/polifuncionalidad, tal como antes mencionó Mario. De ahí que el tiempo siga siendo observado como un objeto relevante, que hasta ahora marca dos hechos: el de no siempre tener suficiente tiempo para trabajar, y cómo trabajar significa tener que intervenir otros tiempos, bajo un criterio de optimización.

Sin embargo, cuando las horas para coordinar y atender cumplen una disposición más armónica, Diana alude a la importancia del orden y la estructura, lo que le permitiría una experiencia más favorable. Tal consideración posibilita puntualizar la importancia de las diferencias entre las condiciones laborales con las que cuenta cada encargado/a, esto según a qué municipio responda su establecimiento, cómo sea la relación que tenga con dirección, qué otras actividades distintas de salud mental deba desempeñar, entre otros aspectos.

“(…) siempre es como que la salud mental esté ubicada o relegada al segundo nivel, es como lo menos importante, es como: no es tan importante, desde el uso de un box ponte tú, que a las sociales o a las psicosociales las pueden sacar porque no requieren lavamanos, porque no requieren la infraestructura, pero ¿quién piensa que requiere el paciente?” (Diana, entrevista 6).

Vislumbrando otro plano que da contexto al trabajo en el programa, aparece una percepción transversal en los/as participantes que da cuenta de una subvaloración del programa y de la salud mental en general, en la cultura y la organización del trabajo sanitario. Esto Diana lo ejemplifica en el lugar de comodín que asumen los box dedicados para la atención, los que son preferentemente destinados a actividades no psicosociales cuando ocurre algún imprevisto, comportando un perjuicio tanto para interventores como para pacientes.

“(…) y también empezar a jugar con realidades locales con lo que quiere el servicio, que muchas veces hay una desconexión total entre estos dos entes” (Mario, entrevista 9).

“(…) pucha yo creo que la gente que trabaja en el servicio está trabajando desde el escritorio hace mucho rato, y ya no trabajan el box (...) en la realidad tu no sientes que estén muy conectados con la atención en box y que en general que los referentes del servicio -porque esto no es solamente en salud mental- ¡cómo te están pidiendo esto!, que ellos no cachan que *tatatata* y no po, al parecer se les olvidó, o nunca lo han visto” (Magdalena, entrevista 5).

Por otro lado, Magdalena enfatiza la crítica hacia los gestores y referentes tanto municipales como centrales, respecto del modo en cómo piensan y priorizan las acciones en

salud mental, criticando una cierta distancia desde la racionalidad a través de la cual se determinan las acciones frente a la naturaleza de los problemas que ella y Mario ven en el cotidiano. Ello permite constatar cómo en ocasiones, lo que debe resolverse según las prescripciones laborales encargadas a los/as psicólogos, no coincida con lo que ellos/as sienten que se debería priorizar.

El problema de la cobertura y la primacía de los números

“Hoy día tenemos una cobertura que no se atiende²⁰, la cobertura que estamos atendiendo no está recibiendo la mejor calidad en lo que le corresponde, y además, preventivamente y promocionalmente estamos poco y nada haciendo” (Gonzalo, entrevista 7).

Si la presentación de algunos déficits percibidos en lo que respecta al trabajo en el programa de salud mental, implica un aumento de la carga laboral y el poco recurso humano y de tiempo disponible para cubrirla, un modo privilegiado de observar cómo se concretiza esta problemática parece resultar del problema de la cobertura, definido como un nudo crítico contingente de la salud mental en términos sanitarios. Desde este punto de vista tendrá lugar explorar la “meta de cobertura” que se define para el programa, la que dará cuenta de una prescripción fundamental que determina el trabajo que se realiza (y el que no alcanza a ser realizado) y desde la cual, se conocen interpretaciones, dificultades, y arreglos que surgen en los relatos de los/as encargados frente a la naturaleza de las tareas que deben ejecutar.

“Somos IAAPS²¹, no somos metas sanitarias, que tiene que ver con un porcentaje de prevalencia de la población que se negocia y el cual tenemos

²⁰ Es importante destacar que el problema de la cobertura en salud mental a nivel nacional ha sido reportado en diversos estudios, donde se observa una *brecha* considerable de personas que, sufriendo una patología mental, no son pesquisados por los servicios sanitarios, mientras que existe otro porcentaje considerable de personas que, teniendo diagnosticado un problema de salud mental, no reciben atención por motivos como falta de horas disponibles, interrupción de los tratamientos, tiempos de espera que repercuten en la asistencia, etc. (Retamal, Markkula y Peña, 2016).

²¹ De acuerdo al documento publicado el año 2016: “Índice de actividad de atención primaria. (IAAPS) Orientación técnica y metodología de evaluación”, el IAAPS obedece a un proceso de evaluación sistemática del desarrollo del plan de salud nacional, el cual contiene las acciones y prestaciones -declarado en coherencia a un modelo de atención integral de salud familiar y comunitario- que el sistema oferta para resolver las necesidades de salud de las personas. De modo que este índice designa la definición de algunos ámbitos de evaluación, a través de determinados indicadores que se fijan y exigen a los centros de APS. Considerando algunos criterios enunciados en el mismo documento, se estipula que la construcción de estos índices debe dar cuenta, entre otros elementos, de procesos de atención primaria que enfatizan el cuidado de la salud, que en su conjunto, equilibren la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos, y que se incorporen a los sistemas

que ir cumpliendo, pero eso hace poquito, como dos años, tres años (...) finalmente, los CESFAM no podemos funcionar si no hay ingreso de recursos po, los recursos se entregan a partir del cumplimiento de metas (...) porque el sistema necesita los números, si finalmente nosotros trabajamos en base a las metas, los IAAPS” (Magdalena, entrevista 2).

Sin que aspire a realizar un análisis formal, ni menos detallado de la construcción genérica de los IAAPS en salud, vale comenzar constatando cómo esta medida aparece recientemente vinculada al programa de salud mental, realidad que recupera la aplicación del financiamiento per cápita señalado anteriormente. En específico, este índice implica una negociación, basada en el porcentaje de prevalencia nacional de patologías mentales (estimada en un 22% como indica el Minsal), de una cifra mínima de cobertura que cada establecimiento debe cubrir en su población inscrita, la que gira en torno a un acuerdo nacional que bordea el 17% (Minsal, 2016), el cual, sin embargo, varía según particularidades de cada establecimiento y/o municipio. De este modo, el cumplimiento de esta cifra es evaluado anualmente en cada municipio en función del promedio que reporten sus CESFAM respectivos, debiendo renovarse para el año siguiente con una cifra siempre mayor a la alcanzada en el periodo anterior, lo que se va acordando entre cada municipio y sus respectivos servicios de salud.

“(…) son distintos dentro de la comuna, porque los niveles de porcentaje de cumplimiento me van a afectar a mí de una forma distinta, por la cantidad de inscritos que hay en el consultorio, entonces, si tú me preguntas, ahora llegan los IAAPS y te dicen: ya bueno, cuántos somos posibles de cumplir, si la meta nacional son 17%, yo le digo al doctor: 17 podemos, el año pasado hicimos 16 que se transformó en 14,9, así que 17 podemos, ah ya, entonces no hay mucho que negociar, pero es que podemos, mañana no sabemos” (Magdalena, entrevista 5).

“(…) veníamos bien, entonces, como en el fondo si subíamos, llegábamos a quedar con el cumplimiento no sé, del ochenta y algo, cercano al 90, y cachando que con el 90 ya podíamos cumplir, como que se podía respirar tranquilo (...) porque cuando uno no cumple el número de un convenio el convenio se reliquida, lo cual implica que el próximo año va a llegar el

de registros de uso habitual (REM: Registro estadístico mensual) como su medio de verificación, lo que exige la constante actualización de la información allí contenida, entre otros puntos.

convenio con menos lucas (...) entonces pal otro año hay alguien que va a tener menos horas, va a tener alguna disminución” (Mario, entrevista 9).

De modo que el índice apunta a una garantía de cobertura, relevando una dimensión de evaluación cuantitativa-estadística que aterriza la exigencia de brindar atención a un N° específico y variable de usuarios/as. Con ello, parece interesante notar cómo Magdalena advierte que, hasta el momento, esta evaluación ha sido posible de ser cumplida en el programa del que es encargada, lo que sin embargo no puede garantizar para el futuro. De modo que la expresión “mañana no sabemos” concentra una incertidumbre destacable, que en sintonía al inevitable incremento cuantitativo que la construcción del índice prescribe, evidencia un aspecto de la experiencia del trabajo relativo a la medida: la del temor a no cumplir. Paralelamente, Mario expresa “respirar tranquilo” cuando los números le iban marcando el margen de cumplimiento de la meta, expresando desde el lado opuesto el sentirse objeto de la misma presión.

Dicho temor involucra una consecuencia de importancia radical en torno al cumplimiento de esta meta, en tanto de ello depende nada menos que el financiamiento del programa. De ahí que resuene aquel conteo “por cabeza” que Diana explicaba cuando el programa de salud mental se percapitó, lo que implica que cada usuario/a ingresado se corresponderá con un monto de subvención estatal que se recibe. Consecuentemente, de no cumplirse este índice según los porcentajes de cobertura acordados, se realizan recortes económicos o “reliquidaciones” como indica Mario, que, de tener lugar, impactan directamente en el sostenimiento del programa.

“Lo que nosotros hacemos es revisar nuestra hoja de registro diario, revisar que esté bien como registrada, y se traspa la información a otro registro mensual, que me arroja la información que yo voy a tirar al REM que se manda al servicio, y en ese REM, nosotros podemos encontrar los indicadores de consulta, de ingreso (...) Ha sido entretenido el trabajo que hemos tenido que cambiar en un bajo control, porque antes solamente contabai ingresos por ejemplo, y egresos, hoy día la indicación que tienen los psicólogos es que bueno, si yo tuve 10 ingresos, me tienes que entregar 8 egresos, si sólo tuviste tres egresos de altas integrales, entonces esos 5 egresos tení que buscarlos en el tarjetón, y ahí empieza la pega de buscar el tarjetón, buscar la ficha, ver en el sistema, ver en farmacia y después podí dar de alta, entonces sí ha significado un cambio en el modo de trabajo” (Magdalena, entrevista 5).

“Es un teje maneje de chuta, tengo que ingresar, pero no se me puede ir de las manos, entonces, tengo que tener ojo: chiquillos, refresquen el bajo control, vean los que no están asistiendo, porque nos estamos inflando (...)” (Mario, entrevista 9).

De ahí que la evaluación que configura el IAAPS de salud mental vuelve fundamental el mantenimiento de los registros de todos/as los usuarios/as que ingresan y egresan del programa, lo que se representa a través del “bajo control”, el que da cuenta de la cantidad de usuarios en tratamiento que el programa mantiene en curso. Así, una parte relevante del trabajo cotidiano que los/as psicólogos/as realizan implica aquel ejercicio de contabilidad, que reporte de manera fidedigna el dato de los/as pacientes que se encuentran efectivamente bajo control, cuidando que dicha cifra no se dispare en el juego de ingresos y altas/deserciones, debiendo velar por su estabilidad y coherencia. En este sentido, reaparece aquel pliegue de trabajo de naturaleza administrativa, que se operacionaliza en la necesidad de traducir las intervenciones a registros que las representen, visibilizando un trabajo que supone la producción y el mantenimiento de prácticas que apunten a mostrar, en un lenguaje cuantitativo-estadístico, las atenciones que se realizan, debiendo respetar la referencia que da el índice acordado. Lo anterior supone egresar “pacientes” que ya no lo son, pero que mantienen dicha condición al estar aún en los sistemas de registro. Esta lógica explicita una clave que destaca por su presencia en el mundo sanitario, en la medida en que los números aparecen revestidos de una autoridad central, a través de la cual se juzgarán los logros del programa y el reconocimiento de sus encargados/as, temática particularmente sensible para la salud mental, como expresa la siguiente cita:

“Esta cosa también de hacernos notar más como salud mental desde la dirección, desde el departamento, porque la verdad es que sí hay pocos registros y pocos números poco se puede saber de lo que tú haces, y se puede llegar a hipotetizar: ah no, los psicólogos no están haciendo nada. Ahora ayudó mucho y no tanto el tema del IAAPS, porque somos IAAPS hace un par de años atrás, entonces ahí hizo que también los ojos estuvieran en nosotros de otra forma” (Magdalena, entrevista 5).

Lo señalado por Magdalena manifiesta cómo el pliegue del trabajo asistencial en una realidad numérica configura una tarea siempre presente, que junto con declarar una dimensión relativa a la medición de ciertos resultados, parece constituir una clave única con la cual se hace testimonio del trabajo en un formato de productividad, base desde la cual toda

acción, para ser valorada, demanda su traducción a un registro estadístico. De ahí que haya observado cómo estas prácticas parecen ser una vía primordial hacia el posicionamiento del programa en la organización y la cultura de salud más general, que acoplada a los atributos de un lenguaje productivo, cuantitativo y eficiente, señala la posibilidad de recibir una “mirada” como forma de integración y reconocimiento desde el ojo sanitario.

Lo anterior resulta particularmente importante, considerando que el programa ya fue acotado a un posicionamiento que muchas veces cae en la subvaloración, por lo que el IAAPS parece constituir un objeto a través del cual se puede compensar dicha “percepción de segundo nivel”²². Con ello comencé a entender el porqué del lenguaje que solía escuchar en las reuniones de los/as encargados/as del programa, el cual me resultaba ajeno al reparar en cómo el trabajo en salud mental, era principalmente descrito bajo conceptos y objetos más cercanos a una racionalidad técnico-informática, transmitida a través de prácticas afines: “estabilizar el bajo control”, “programación de actividades”, “ordenar la demanda”, “gestionar las agendas”, “concentrar las prestaciones”, “planes de mejora”, “gestionar en base a la predicción de datos”, etc. todas las cuales parecían determinadas desde un fin que ante todo, perseguía la optimización de los recursos y decantaba en números, principal lenguaje del hacer.

“Yo siento que es acorde con la lógica de cumplir, siento que para evaluar sería muy difícil evaluar cualitativamente, por tanto, la lógica del número es la que impera, yo creo que cuando uno entra a trabajar a APS acepta dentro de estos lineamientos el que uno va a trabajar en base a números, a que yo atiendo más que a Juan, es al RUT de Juan y cuántas veces fue visto en el mes, pero acepto jugar en esa lógica, yo me hago responsable de esa decisión, si estoy de acuerdo siento que no, porque el IAAPS debiese medir usuarios tal vez dados de alta po, porque no se mide a alguien que es dado de alta, lógicamente que en salud mental costaría muchísimo, tal vez por características, por población, porque el sujeto tiene tal estilo de personalidad tal vez, no sé, conseguir altas, o tal vez no, pero esta lógica de mantener como gente en atención en base a cifras de prevalencia, estudios de salud mental en Chile como que no estoy de acuerdo bajo la lógica, pero acepto jugar dentro de ella. Yo siempre he pensado que la pega sucia la tiene que hacer alguien, y también es una pega, no sé si vocación

²² Esto recuerda que también fueron los números de las tasas de prevalencia los que durante la década de los 90 permitieron reconocer a la salud mental como un problema de salud pública, a partir de los estudios epidemiológicos realizados en Chile. Desde ahí se cimentaron las bases para la producción de programas interventivos y la contratación de los/as profesionales respectivos.

llamarlo o qué, pero esa pega sucia me gusta hasta ahora” (Mario, entrevista 9).

Mario profundiza las reflexiones que surgen respecto del IAAPS como método de evaluación del trabajo, revelando cómo la traducción cuantitativa de las intervenciones parece postergar a la persona que la motiva, replicando en términos similares la experiencia que Carla en el apartado anterior señaló; la de una cierta distracción que desde un énfasis administrativo -y ahora numérico-, va repercutiendo en las condiciones con las que se definen las atenciones, y en el lugar en el que quedan ubicados los/as pacientes. De este modo, la meta de cobertura determina en última instancia que lo relevante sea cuántas veces un determinado RUT califique para un cómputo final, cuestión que parece aceptarse dada la dificultad de hacer ingresar los aspectos cualitativos de la salud mental a las claves que en términos macro se pueden utilizar para dar cuenta de los resultados del programa. Esto explicaría, por ejemplo, por qué esta meta prescinde de incorporar las altas como su patrón de medida, criterio que tendría más sentido como lógica evaluativa, pero que parece muy complejo de implementar. Desde ese escenario, la cita agrega una dimensión que resulta particularmente notable, al significar como “sucio” este trabajo resultante del IAAPS, el cual, si bien opera desde criterios resistidos (“no estoy de acuerdo”), permite, sin embargo, una actividad normalizada y percibida placenteramente, clave que coincide con el entretenimiento que anteriormente Magdalena explicitó frente a la misma función.

“Me gustaría que me evaluaran por como yo hago las intervenciones, porque eso sería que me evaluaran con calidad, yo sería el merecedor de mi sueldo si es que yo dentro del box, mi rol de psicólogo hago la pega con el usuario, no si es que me centré en lo que escuché, mmm, sí, ya, ya, veámonos la próxima sesión, entonces tal vez sería bueno empezar como a que si se meta adentro” (Mario, entrevista 9).

El placer resultante del trabajo administrativo, sin embargo, no impide que Mario considere que el IAAPS no satisfaga un criterio subjetivo de evaluación. Esto implica que, en la condición que asume la meta como agente de reconocimiento, se excluyen aspectos relativos a la profesión, desde los cuales tendría más sentido ser evaluado a partir de lo que realiza como psicólogo, cuestión no coincidente con la lógica de contabilización del IAAPS, el que incluso, en ocasiones, facilitaría un trabajo que bordea la irrelevancia de las

dimensiones más cercanas a lo relacional, el trato y la clínica: “ya, ya, veámonos la próxima sesión”. De ahí su interés en que sus referentes, jefaturas y quienes organizan la institucionalidad del trabajo en salud mental “se metan adentro”, como avalando la necesidad de recuperar un interés subyugado en torno a estas dimensiones cualitativas.

II) “La meta es la meta”: La racionalidad paradójica de los números y la disputa por el sentido ético del trabajo

En el contexto de un escenario laboral que hace de la gestión de los números una práctica privilegiada, ilustraré tres objetos relacionados e interactuantes, que dan cuenta de cómo en lo que respecta a la organización formal del trabajo en salud mental, se vuelve común encontrar indicaciones y formas de evaluar las acciones que resultan paradójicas y por ende problemáticas para los/as encargados/as. En este sentido, se develan efectos en la experiencia laboral, a partir de prácticas que al describirse fundamentadas por una lógica de rendimiento y optimización, excluyen dimensiones relevantes desde premisas ético-profesionales, motivando tensiones de las cuales surgen reflexiones particulares.

Una meta potencialmente perversa

“Entonces el IAAPS te dijo: tienes este número y tienes que aumentarlo en esta cantidad de número, para mí eso ha sido positivo porque me ha permitido ir sacando a muchos pacientes que están inasistentes, y normando un bajo control que de verdad es fantasma, porque yo podría tener dos mil pacientes en bajo control del programa de salud mental (...)” (Magdalena, entrevista 5).

En el contexto del trabajo administrativo devenido del IAAPS, Magdalena muestra cómo, de no invertir el tiempo necesario para “limpiar” a todos los/as pacientes que por diversas razones dejaron de recibir alguna prestación del programa (los cuales ella misma comenta durante la entrevista que corresponden en su mayoría a “deserciones” y no “altas”), el registro del bajo control se desestabiliza. Esto implica el que en ocasiones se entregue una cifra que no es veraz respecto de los pacientes que están siendo efectivamente atendidos, algo que el MINSAL ya “sospecha” que ocurre, como pude escuchar en una reunión. De ahí que este trabajo tenga un impacto considerable, en la medida en que sólo logrando generar números “reales” y fidedignos que reflejen la cantidad efectiva de usuarios/as que el programa atiende, las cifras que luego se negocian del IAAPS se ubicarán en esa misma

sintonía, permitiendo así que el trabajo de cobertura exigido sea abordable para los equipos, lo que no siempre sucede. Interesante es notar cómo el IAAPS aparece con capacidad de agencia, toda que vez la cita parece denotar una instrucción sobre la cual se debe actuar en consecuencia.

“El bajo control real hoy en día son 571²³ pacientes, eso es lo real, porque tu cachai que todos tienen los REM inflados, todos tienen la población bajo control inflada pa’ poder llegar a esta famosa meta” (Ximena, entrevista 1).

“(…) y es cierto que hay IAAPS que están inflados, hay bajos control que están inflados y ahí como que bueno, cada uno en la realidad local y en lo que uno ve en las reuniones, como que: CESFAM tanto tanto, ¿qué pasa que su IAAPS está tan arriba?” (Mario, entrevista 9).

"yo creo que más lo que pasaba quizás acá era que no se limpiaba el número (...) no hacías el trabajo de limpiar (...) porque no hay alcanzado a mirar cuántos inasistentes hay, pero sabí que hay inasistentes (...) como que inflar siento que hay como una maldad entre medio, una triquiñuela (...)” (Magdalena, entrevista 5).

Ximena y Mario comentan cómo ante la exigencia del IAAPS existe una realidad que es transversal a los programas, correspondiente a la declaración de un “REM inflado”, lo que implica mostrar un bajo control mayor del que se tiene. Así y en continuidad a lo señalado anteriormente por Magdalena, la inflación del REM resulta de una acumulación de pacientes, que decanta en una cifra de cobertura que incluye a usuarios/as que no están recibiendo prestación alguna del programa en la actualidad, es decir, se trabaja con un bajo control que no se ha “limpiado”. Ella misma considera este hecho como una consecuencia de la falta de tiempo disponible para realizar el trabajo administrativo relativo, y no como una estrategia insidiosa particular (“el inflado” no corresponde a una “triquiñuela”).

“(…) lo que pasa es que lo que nos piden a nosotros que cuando un paciente es inasistente tenemos que hacerle tres rescates, esos tres rescates hay que hacerlos en 45 días (...) y sobre todo si es AUGE, si es GES es obligación hacer esos tres rescates, y sólo después de eso tú le puedes dar un egreso por abandono, ¿ya? Qué es lo que pasa, el REM se infla porque tú no egresas por

²³ Decidí cambiar el número acá expresado, con el fin de evitar cualquier información que permitiera identificar a la participante, considerando además que su exactitud no es relevante para el desarrollo de la idea.

abandono, cachai, tú dejas a los pacientes como que estuvieran (...) y lo otro es que tú no tení personal pa hacer el rescate po (...)" (Ximena, entrevista 1).

"Lo que dicen las orientaciones técnicas es que los pacientes tienen que darse de alta, o sea así como abandono digamos con tres meses de inasistencia, en mi lugar de trabajo efectivamente podría estar un poco inflado el bajo control, pero porque yo no doy de alta, o sea no doy de abandono en los tres meses, sino que son 6 meses (...) yo no lo limpio cada tres meses porque sería una cosa de locos, el tarjetero sería de locos, aparte que tampoco hay tiempo para eso, yo para hacer el REM-p me demoro tres días, tres días en hacer la pega de limpiar el tarjetero entonces, tampoco podría hacer eso cada tres meses" (Carla, entrevista 8).

"Sí, ha sido pega porque tampoco tenemos los tiempos pa' eso (...) es que como que pa' avanzar rápido tení que saltarte todos los protocolos existentes del llamado telefónico, del contacto, que la cuestión... ¡no está! ¡no viene! ¡pa' que lo vay a rescatar sino va a venir, no vino en 6 meses que lo llamé una vez va a venir una vez de nuevo y no va a venir más!" (Diana, entrevista 3).

Estos relatos permiten profundizar en cómo la inflación del bajo control, no acontece como una acción que está arbitrariamente orientada para cumplir la meta del IAAPS, sino que obedece a los límites y procesos burocráticos que involucran los egresos del programa. Estos límites se expresan en la imposibilidad de cumplir los protocolos de rescates, la necesidad de mantener el equilibrio en las tasas ingresos/egresos y el déficit del recurso humano y del tiempo disponible de trabajo, lo que determina que el bajo control *no alcanza* a ser "limpiado", cuestión que secundariamente sirve para asegurar la meta de cobertura. Desde tal vacío, se recurre nuevamente a "jugar" con la información: "como no encontré estos tres, no voy a dar de alta estos tres este mes, sino que voy a dar el próximo mes porque si no me van a faltar tres, tu juegas, juegas con los números existentes" (Magdalena, entrevista 5).

"(...) imagino que los servicios están buscando la lógica de: demos mayor atención sin invertir en recurso de personal que siento sería lo adecuado, porque la discusión no es cómo hacemos para contratar más psicólogos, la discusión es cómo hacemos que los psicólogos que son pocos atiendan más y mejor, y den una mayor cobertura (...) y siento que fijan, más que una negociación es una fijación de meta (...) es como que ellos llegan, pero nos dicen: esto es lo que dijo el ministerio, esto es lo que decimos nosotros para ustedes, firmen el acta por favor" (Mario, entrevista 9).

La apreciación que aporta Mario da cuenta de cómo a través del problema laboral definido por la meta de cobertura, se visibiliza la base desde la cual se articulan las dificultades, a saber, la diferencia entre una escasa oferta de profesionales y una demanda que ahora la propia organización de la meta “fija”, develando por qué las tareas de gestión parecen tan solicitadas, en tanto en ellas descansaría la posibilidad de hacer rendir lo poco que se tiene (recurso humano) hacia un “más y mejor” (asistencia de pacientes). De ahí que pareciera describirse una paradoja, en tanto Mario considera que, si el foco del programa está orientado a cubrir una mayor cantidad de personas, la solución adecuada tendría que ver con elevar la contratación de psicólogos, cuestión que al no ocurrir, no deja más alternativa que “jugar”, desplazamiento que pareciera significar la necesidad de arreglárselas con los números -así como antes fue con los tiempos-, frente a los vaivenes de la cotidianidad laboral.

De este modo, sólo jugando con los datos se logran presentar registros que alcancen la cifra impuesta del IAAPS, más allá de que esa información pueda no representar lo que efectivamente se está haciendo y/o deba ser acomodada según esta necesidad. Dicho déficit de recursos y tiempo, es explicado como causa de estos acomodados de los datos, acción que ejercida sin la intención de falsearlos es escogida ya que permite una respuesta a la presión que ejercen los resultados esperados, a sabiendas de su relevancia ya sea a nivel de financiamiento, como de testimonio productivo del trabajo.

“Lo que pasa es que ahí uno parte como de la premisa de que la meta es la meta, y la meta muchas veces es perversa y te castra, cachai, entonces el juego siempre está en cumplir la meta y todo lo que sobra es la libertad de hacer pequeños juegos que te permitan hacer, posicionar una meta también (...) como te digo, todos inflan finalmente para conseguir, entonces ¿qué es lo que terminas tú haciendo? porque yo esto lo vengo alegando hace muchos años, o sea yo mandé todos los informes de por qué no íbamos a cumplir la meta, porque además los otros, se vio que de los otros CESFAM inflaron mucho más, entonces un consultorio más o menos pequeño que tiene 2500 ¿no tiene de donde tener 2500 pacientes cachai!, tú sabes que está inflado, entonces para [comuna] en específico, nos subieron la meta al X²⁴% de la prevalencia, ¿cachai? todos los demás tienen el 17% y nosotros el X, ¿por qué? porque cuando fueron a hacer la negociación, el municipio juró de guata que esos pacientes existían” (Ximena, entrevista 1).

²⁴ Nuevamente y por razones de confidencialidad, decidí omitir la exactitud de esta cifra, sin embargo, aclaro que este número declarado es mucho mayor del 17% promedio que Ximena comenta.

“(…) esto ocasiona problemas finalmente porque el bajo control inflado hace que se inflen también las metas po, es como: ah, si atendieron 100 depresiones, las metas pal otro son como 100 y un poquito más po, entonces eso ocasiona un problema” (Carla, entrevista 8).

Siguiendo la pista de la significación “perversa” y “castradora” que Ximena realizaba del IAAPS, queda de manifiesto cómo desde su experiencia, descrita también por Carla, se asiste a la reproducción de un círculo vicioso, en la medida en que, mientras la falta de tiempo y la rigidez e impertinencia de los protocolos explican por qué los “bajo control” no alcanzan a ser estabilizados -permaneciendo “inflados” algunos hasta lo absurdo-, se generan “acuerdos” anuales que tornan inalcanzable el porcentaje de cobertura del IAAPS para algunos equipos, al fijarse desde cifras extremadamente abultadas, las que justamente se explicarían -al menos parcialmente- por esa falta de tiempo para estabilizarlas. Con ello, habría una cierta obligatoriedad de jugar con los números para cumplir con lo prescrito, lo que va produciendo al mismo tiempo una deuda que se materializa en los acuerdos de cobertura, incrementando circularmente la carga de trabajo desde una “irrealidad” de los datos. Esto implica que la meta caiga en una condición que la hace cada vez más difícil de cumplir, y dejando, por consiguiente, cada vez menos tiempo disponible de trabajo para los/as interventores.

Al respecto, Ximena narra cómo *el alegato* en tanto herramienta de resistencia ante esta paradoja laboral resulta impotente, al levantarse en un trasfondo donde la centralidad de las cifras prescritas no admite razones de mediación. De ahí que parezca tener lugar una suerte de sordera de los argumentos que la psicóloga intentó develar -sobre la deformación e inaplicabilidad en la que cayó su meta-, lo que da cuenta de una especie de cortocircuito que se produce entre la realidad que ella intenta mostrar, y la de quienes la supervisan, como si hablaran desde dos lenguajes distintos que se vuelven incompatibles: el de la diversidad de condiciones, límites e imprevistos que surgen en el trabajo cotidiano y el de los rígidos números, insensibles a las diferencias²⁵.

²⁵ En este sentido, me pareció decididamente escuchar a todos/as los/as participantes considerar que las estadísticas sobre salud mental en Chile sean poco confiables, aduciendo argumentos que van desde la inflación del bajo control, hasta la impericia de los médicos para realizar diagnósticos en salud mental, en un sistema donde los datos “pasan por muchas manos” como me señaló Magdalena, asomando a la vez una crítica a la burocracia y la doble “jefatura” municipalidad-servicio de salud a la que se someten los establecimientos.

“(…) entonces como yo soy el consultorio más grande, que tiene, no llega a tener ni la mitad de las inflaciones que tienen los otros, pero lo mío es más real, entonces nosotros somos los flojos, nosotros somos los que no trabajamos bien, nosotros somos los que nunca vemos pacientes, entonces ante esa presión es como: ¿sabí qué? si todos mienten yo también miento, ¿cachai? porque no estoy dispuesta a que me sigan tratando como que no estoy trabajando, y es todo ese cansancio (...) de la dirección de Salud, de la comparación siempre con el consultorio que tiene como 5000 menos que nosotros, 5000 pacientes menos que nosotros en población, es como: si [menciona otro CESFAM] puede, ¿por qué ustedes no?, [Ximena responde]: es que sabe que [el otro CESFAM] tiene cuatro cargos, y yo tengo dos y medio” (Ximena, entrevista 1).

“(…) siento que también como con un tema de desconexión como del sistema, que tiene que ver más con un tema político (...) entonces quien fija la meta es el ministerio a través del servicio, pero quien lo tiene que ejecutar es una comuna que no se sabe si cuentan todas las comunas con los mismos recursos para poder hacer válidas estas metas²⁶, entonces políticamente la salud no está bien enfocada po y el que termina pagando es uno po (...)” (Mario, entrevista 9).

En consecuencia, un efecto relevante que surge ante la institución de los registros desigualmente “inflados” devela un dispositivo que sanciona y reconoce las acciones -y por ende a los profesionales que las ejecutan- sin reparar en que dicho indicador es descrito como un objeto manipulado y manipulable. Dicha maleabilidad involucra la presencia de una lógica comparativa que ejercen los municipios y servicios sobre los distintos establecimientos, activando la instalación de un estándar que resulta insensible a otras dimensiones relevantes como las diferencias de cifras según la población objetivo y su respectiva capacidad de respuesta en recurso humano para lograr la cobertura, consecuencias lógicas ante la falta percibida de formas locales y no estadísticas para evaluar el trabajo.

De modo que pareciera volver a reproducirse el círculo vicioso, en tanto el dispositivo alentaría la manipulación del bajo control por parte de algunos/as encargados/as como Ximena, con el fin de evitar juicios desfavorables, logrando restablecer el cumplimiento de

²⁶ Se hace necesario considerar además, que todos/as los encargados reportaron estar sujetos a compromisos de cobertura diferentes, generándose diferencias mayores a los 10 puntos porcentuales según los usuarios inscritos en cada establecimiento. Esta diferencia se integra a dotaciones irregulares y la posibilidad no homogénea de contar con algunos apoyos de profesionales de otros equipos, lo que marca experiencias de coordinación variables, de las que surgen posiciones más o menos críticas frente a la presión que ejercen los indicadores.

los estándares esperados por las instancias superiores de salud. Se visibiliza así como en ocasiones se estaría asistiendo a una cierta institucionalización de la mentira, la que parece problemática no sólo porque muestra cifras que, no siendo verdaderas, decantan en mayores exigencias de cobertura -y de paso estadísticas erradas sobre los índices de salud mental en Chile-, sino que además, muestra una lógica organizacional que pareciera premiar la mentira y castigar la verdad, expresión de un circuito prescriptivo-evaluativo significado como perverso. Asimismo, tiene sentido observar en dicha experiencia de cansancio que narra Ximena, cómo el no alcanzar la cifra termina atribuyéndose como un déficit individual de la encargada, quien desde una lógica-otra intenta mostrar, a través de un ejercicio de verdad, cómo el IAAPS le significa un objetivo imposible para su capacidad de respuesta, lo que muestra cómo la gestión del trabajo en salud mental tiende a radicarse en una realidad exclusivamente numérica que en tal condición, cierra la posibilidad de establecer diálogos que integren otras condicionantes como las expresadas hasta aquí.

“yo creo que el tema de las metas en cierta forma como que te ayuda a poder decir el impacto que puedas tener en algún programa, el tema es que la construcción de las metas es la mala, cachai, yo creo que la construcción de la meta no es eficiente, porque la meta siempre te lleva a tener que tener más, entonces yo una vez le preguntaba al (referente del servicio de salud):

¿En qué momento yo me voy a dar cuenta de que estoy siendo tan eficiente, que estoy disminuyendo, por ejemplo, los índices en ese tiempo de depresión?, porque tú me estás diciendo que cada año tengo que tener más deprimidos, ¿y si llega un momento que yo ya no tengo más deprimidos?, ¿que he logrado causar un impacto en mi población y estoy disminuyendo la depresión?, ¿no sería eso lo que yo quiero hacer?

[referente le responde:] “pero es que los índices a nivel nacional decían que cada vez estábamos más deprimidos, que la prevalencia tendía a subir y no bajar”, entonces yo le decía: claro que va a subir po, si tú me estai obligando a poner todos los episodios depresivos como depresión, efectivamente somos el país más deprimido de Latinoamérica” (Ximena, entrevista 4).

Junto con observar cómo el ejercicio diagnóstico de la depresión parece caer en un vicio de sobrediagnóstico al depender de una meta, la cita de Ximena pone de manifiesto que es en la construcción, y en las claves que definen a la meta, donde se genera la paradoja de “siempre tener que tener más” usuarios/as, lo que parece borrar toda posibilidad de un trabajo coherente, al no permitir ponderarlo desde sus potenciales impactos terapéuticos. La paradoja opera entonces en tanto “se haga lo que se haga” la población objetivo siempre irá en aumento

en concordancia a la prevalencia estadística, volviendo al IAAPS un fin que se vuelve menos motivador respecto del potencial transformador que en él pueda reflejarse, a partir del trabajo interventivo. Del otro lado, también resulta paradójico considerar cómo el propio trabajo de cobertura podría indicar que mientras “mejor éste se haga” se fijará un índice cada vez mayor, lo que redundaría en una especie de autosabotaje, ya que mientras más se cumple la meta más potencialmente difícil se podría volver a alcanzarla.

Intuyendo que en la metáfora de la perversión reposaba una experiencia de una riqueza especial para aproximarme a la organización del trabajo y sus efectos en la subjetividad de algunos/as trabajadores, le pedí a Ximena que profundizara la relación entre IAAPS y perversión:

“Que te piden una cosa por un lado y tienes que hacer otra cosa por otro. Que por ejemplo, te pidan que tienes que hacer más trabajo comunitario pero te piden tener una meta de un x% de la prevalencia al año y tení tres psicólogos y medio pa’ hacer la meta, cachai, entonces yo lo encuentro perverso, porque en el fondo la única forma de poder llegar a esas metas es mentir po, entonces está como súper escindido, como qué onda, o miento y digo que cumplo una meta, o digo qué es lo que es real y qué es lo que puedo hacer y no cumplo la meta y eso quiere decir que mi gestión es mala cachai, y no es que mi gestión es mala, es que no me dan los números, no me da la cantidad (...) entonces es como: de verdad no me alcanzó, te estoy diciendo que no me alcanza, y lo que te dicen ellos siempre: es que tu estrategia es la mala (...)” (Ximena, entrevista 1).

Ximena reafirma que ante la falta de recursos humanos que devienen escasez de tiempo, y una meta que exige un rendimiento imposible de cumplir, la organización laboral que articula al IAAPS en salud mental genera la necesidad de una mentira, que junto con simular el alcance de los estándares de cobertura, permite evitar la desaprobación y optar al reconocimiento, mostrando cómo el problema decanta en una individualización de la responsabilidad por los resultados. Por otro lado, surge un nuevo aspecto que mantiene abierto el potencial significativo de la perversión asociada al IAAPS, en lo relativo a los efectos obstaculizadores que genera para el trabajo comunitario.

“(...) trabajar los temas promocionales, preventivos, desarrollo más comunitario, o sea ese era un poco... pero cuando llegué al ministerio... claro uno tiene como muchas expectativas, y también tiene como prejuicios positivos y negativos, y claro no... la parte poblacional, una mirada más, más amplia no estaba, y yo en lo personal, puedes decirlo, no tengo ningún problema en que

lo digas porque también lo dije muchas veces allá, y me agarraba de las mechas, o sea cuando todo el ministerio está pensando en qué pasa en el hospital, en el box, en el consultorio, y no estamos viendo cuáles son nuestras funciones, entonces yo les decía a veces: bueno, a mí mándenme a salud pública y yo me empiezo a preocupar de chicotear, y alguien que se venga a la DIGERA²⁷ pa' trabajar en esto, porque no podemos, esto es muy grande, no podemos hacer todo de todo, cuando hay funciones que tenemos que desarrollar, entonces claro, fue re complejo" (Gonzalo, entrevista 7).

En consecuencia, la existencia del IAAPS como expresión de una primacía asistencial, permite observar la distancia que desde ahí es posible de establecer en relación a los discursos y prácticas comunitarias de la salud mental que también se prescriben. En este sentido y atendiendo a la cita, la práctica de "consultorio" se mantiene conservando la mayor atención ministerial, lo que determina que las acciones preventivas y promocionales sean significadas como un exceso, dibujando un horizonte de actividades "muy grande" que parece imposible de cubrir.

"Yo creo que si se logra hacer más bien un trabajo comunitario, se podría hacer, pero ahí nos topamos un poquito más con el tema por ejemplo de cumplir la meta, cachai, que por un lado está cumplir la meta y por otro lado está esto de poder hacer un trabajo más comunitario, porque no hay metas en trabajo comunitario (...) lo veo algo como potencial, pero lo veo como algo súper complicado (...) es que ahí entramos un poquito más en la perversión po, porque claro, si yo entiendo que yo debería ser clínica comunitaria, ya sí, debiese ser un líder social, pero me están pidiendo números de pacientes con un plan de atención po...me están pidiendo que haga clínica" (Ximena, entrevista 4).

"(...) es incompatible, cuando me piden elevar la concentración de prestaciones por usuario y a la vez me dicen: el psicólogo tiene que salir del box. Ya, explíqueme cómo lo hago, ¿dejo de atender a 5 por ir a hacer a una charla en una sede? pero la charla en esa sede no me va a apuntar al IAAPS" (Mario, entrevista 9).

²⁷ Corresponde a la subsecretaría de redes asistenciales del Ministerio de salud, que tiene como misión "regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria". Además, declara "posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutivez y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población. (Minsal, s/f)

Al relacionar la realidad que el experto mostraba en el ministerio, a lo que los/as encargados/as refieren sobre lo que ocurre en los establecimientos, parece replicarse la misma base. Así, la alta demanda de pacientes y la determinación asistencial de las prácticas avaladas por el IAAPS, obstaculizan las posibilidades de desarrollar un trabajo comunitario, el cual por su parte, al no estar supeditado a metas, no prescribe su cumplimiento. De ahí es que parece asomar otra paradoja; la de tener que responder a la meta y al mismo tiempo, realizar intervenciones comunitarias.

“Un buen jefe y todo dice que tú eres un buen funcionario cuando tienes tu agenda llena, no necesariamente cuando tú andas en la calle haciendo vínculo o haciendo grupo o haciendo cicletadas o haciendo reuniones, etc. Todavía el modelo asistencial es un modelo que prima, a pesar de que haya un discurso comunitario y de promoción y prevención, todavía es más valorado el funcionario que se pone más pacientes, que hace el sobrecupo, que se sobreagenda, que está pa la embarrada, que va a almorzar en 10 minutos porque ese es un buen funcionario, ese es un funcionario comprometido, es un funcionario que le importa, etc. entonces está eso súper arraigado todavía y es lo que se valora (...)” (Carla, entrevista 8).

En este sentido, Carla visibiliza cómo el reconocimiento laboral depende de la primacía asistencial, según el cumplimiento de las acciones que garanticen sus resultados, con un matiz de sacrificio y desgaste que reúne una performance que haría del profesional un/a mejor trabajador/a, cuestión que se muestra en directa oposición a la posibilidad de organizar prácticas comunitarias.

“Ya llevado un poco más a la práctica de salud, cuando uno está en la rueda de lo asistencial bajarse de esa rueda es imposible, una de las cosas que nos dicen es como: aguanten que la población se enoje y que no las atiendan en favor de que tengan más grupos y actividades comunitarias, ¿pero tú vas a estar ahí cuándo echen abajo la puerta? porque de verdad van a echar abajo la puerta” (Mario, entrevista 9).

Como un modo de acrecentar el efecto paradójico en juego, la cita muestra cómo habrían medidas algo extremas para revertir la situación antes descrita, teniendo lugar indicaciones que forzarían a los/as profesionales a privar de intervenciones individuales a los/as pacientes, con el fin de reconvertir las respuestas a formatos más comunitarios. Esto para Mario daría cuenta de un costo que “él no está dispuesto a pagar” como me comentó en otro pasaje de la entrevista. Así, se observa cómo el cambio de paradigma de las

intervenciones en la Atención Primaria, junto con ser descrito como una realidad distante para los/as encargados/as, parece compelida a implementarse más allá del IAAPS, los déficits, la privación de los formatos individuales y los eventuales perjuicios y respuestas que pudieran significar en la población usuaria, marcando una exigencia excesiva, discordante a la realidad laboral descrita.

“(…) o sea la salud es un tema muy complejo, entonces tú no puedes tener como todos los huevos en una pura canasta, tienes que tener huevos en la promoción, otros en la prevención, otros huevos en el tratamiento primario, otros huevos en el tratamiento un poco más especializado ambulatorio y otros huevos en el tratamiento residencial de corta estadía, tienes que ponerlos todos ahí, se da esta como discusión, claro a veces que es un poco artificial, "chuta esto es más promocional-prevención ahí deberíamos tirar todos los recursos, no acá (...)" (Gonzalo, entrevista 7).

Desde esta mirada, tiene sentido contrastar aquella “fuerza de homogeneización” que se busca a través de la instalación de prácticas comunitarias con la visión del experto, quien explicita cómo existiría un cierto artificio en las tensiones que se producen por tratar de incrementar algunas intervenciones en desmedro de otras. De este modo, considerar la complejidad del problema de la salud mental implicaría saber que todas las prácticas resultan igual de importantes y debiesen estar balanceadamente dispuestas, sin embargo, y utilizando la metáfora que él ocupa, pareciera que sobran las canastas y faltan muchos huevos.

Finalmente y para profundizar la complejidad susceptible de ser levantada en torno al IAAPS, la observación que me entregó Gonzalo sobre la instalación y las dificultades que desde el ministerio de salud se tenían para mantener esta medida, permite constatar cómo los efectos señalados que recaen sobre las prácticas laborales en salud mental nacen de una intención que persigue un loable fin: garantizar la existencia de profesionales que puedan realizar atenciones de salud mental en la APS, ya que, de no forzar a través del IAAPS una meta para el programa, las municipalidades no contratarían personal psicosocial, al no tener motivos que lo justificaran:

“(…) los servicios no han supervisado porque son los servicios los gestores de la red, los que tienen que ir a supervisar que en la comuna se esté gastando la plata en salud mental. Por eso el indicador del IAAPS, que es este de cobertura que es tan elemental y básico, tiene un objetivo más en ese sentido, que por lo menos las comunas sepan que tienen que contratar psicólogos para que

cumplan un indicador, porque a la hora que no teníamos ese psicólogo se iba todo (...) nosotros trabajábamos con la asociación chilena de municipalidades, teníamos... y el director de salud municipal nos decía: "si ustedes nos sacan un indicador de estos, ¿pa qué vamos a contratar a alguien?" (...) todos los años nosotros también sufríamos, porque mucha gente quería sacar el indicador, y a la hora que sacábamos el indicador o sea no, ahí sí que salud mental se desdibuja (...) entonces este indicador es un... no es un indicador, entre comillas la gente dice como casi maquiavélico, es al revés, es nuestro, nuestro flotador en el fondo" (Gonzalo, Entrevista 7).

De aquí que lo narrado permita dimensionar cómo en los niveles sanitarios municipales, asoma la premisa de privilegiar, en toda decisión, la racionalidad del gasto público, base desde la cual toda acción debe volverse prescriptiva para poder ser implementada. Al respecto, parece posible comprender que el IAAPS, al mismo tiempo que permite que haya psicólogos/as trabajando en APS, parezca sin embargo favorecer el que se tornen irrelevantes los resultados de los tratamientos que ellos/as ejercen, mientras que al mismo tiempo, impide cumplir lo prescrito desde el modelo comunitario. Esto responde a un escenario que demanda un rendimiento por y para los números, aún si la información relativa no sea del todo verídica, y más allá de que en su ley, algunas prescripciones se tornen imposibles de realizar.

“El número versus la calidad”: El problema de las evaluaciones de las prácticas

“O sea, es que si para salud mental nosotros no tenemos metas más que los IAAPS, ahora, cachai así como cuántos ingresos, cabezas, eso no lo transforma en una meta en el fondo, sino es cumplir con un número establecido, porque si no lo cumplí tiene un impacto económico al departamento en el fondo. Pero las otras metas sanitarias, que también son transformadas en un número, ese es el problema de fondo po, que es el número versus la calidad, cuánto le estai entregando de eso. Para mí el problema no es que haya una meta, tiene que haber una meta, tiene que haber un objetivo que logre un para dónde vamos, te focaliza, te pone un norte, pero no puede perder la calidad, y la calidad es lo que está perdido frecuentemente” (Diana, entrevista 6).

Con la intención de iluminar otros efectos que surgen de la primacía de un rendimiento laboral, vuelto inteligible en los números en tanto lenguaje descriptor de las acciones sanitarias, la apreciación de Diana vuelve a poner en entredicho la significación del IAAPS como una meta propiamente tal, en tanto su existencia traduce una exigencia que perseguiría un fin economicista, el que fuerza antes un cumplimiento más que facilitar una

orientación. Al respecto, la psicóloga considera que este objeto se contrapone a lo que llama “calidad”²⁸, la cual se describe “perdida frecuentemente”.

“(…) porque se ve amenazado el objetivo de fondo, porque la evaluación del trabajo está centrada en los números, el desempeño se mide a través de indicadores y los indicadores en número po, cuánto, a cuántos, con qué tiempo y con qué rendimiento, planificamos en torno a números, no planificamos nada subjetivo, o sea a nadie le interesa si el taller es bueno o es malo, le interesa que exista un taller, a nadie le interesa qué metodología utilizar para la intervención (...) el gran problema a mí impresión, es que los sistemas de evaluación y los sistemas de planificación del trabajo no tienen un componente de evaluación, o sea, no se van evaluando en el tiempo, tu planificas y evalúas el final; se cumplió o no se cumplió” (Diana, entrevista 6).

En este sentido, Diana explica cómo es que el énfasis en el cuánto, como lógica constitutiva de las metas sanitarias en general, produce un problema de fondo, que enlaza una denuncia en torno a la irrelevancia en la que caería todo contenido más cercano a lo subjetivo. Se visibiliza de este modo un efecto sensible que incidiría en las acciones sanitarias, víctimas de un cierto desinterés que se reporta instituido e integrado en el dispositivo (“a nadie le interesa”), por el desarrollo, la valoración y el potencial impacto de los procesos de intervención, denotando que el qué y el cómo se realizan las atenciones carece de importancia.

De ello se posibilita que la aprobación, e incluso el éxito del trabajo parezca ser medido a la forma de un checklist: “se cumplió-no se cumplió”, “ingresó-egresó”, “se hizo o no se hizo”, sin que se atiendan los contenidos que dieron forma a ese resultado, pareciendo replicar la fórmula del fin que justifica sus medios. De ahí que lo que se intenta designar a través del concepto de calidad, da cuenta de algo que se difumina frente a la necesidad de

²⁸ Interesante es considerar que este concepto, en boga en el universo significativo sanitario desde los enfoques comunitarios de la salud, remite a aspectos heterogéneos como la variedad y frecuencia de las atenciones, pero también admite aspectos más procesuales y cualitativos de las intervenciones como la posibilidad de tener indicadores de disminución de sintomatología, o la incorporación de la percepción de mejoría y la satisfacción con la atención desde la perspectiva del consultante, entre otros (Minsal, 2018; 2015). Del mismo modo, la calidad también aparece en el diccionario del mundo empresarial y la venta de servicios, así como en ciertas demandas y reivindicaciones político-civiles en torno a diversos derechos sociales como salud, educación y vivienda, entre otros, dando cuenta de un concepto polisémico, que goza de una presencia considerable en varios núcleos de interés político en la actualidad.

mostrar la cantidad y el rendimiento de lo que se hace: “Y esta cosa de, llenemos, llenemos, llenemos, pero no preocuparte de la calidad (...)” (Magdalena, entrevista 5).

En este sentido y respecto de la siguiente cita, le pregunté a Diana si considera que frente a este estado organizativo del programa faltarían aspectos más fundamentales, relativos a alguna noción que ella asocie a la salud mental, intentando profundizar en aquel “objetivo de fondo” ausente en el trabajo que ella había señalado:

“O sea yo creo que si falta, si falta porque está diseñado en un número, porque por algo se percapitó, por algo tú ves el número de personas atendidas o ingresadas al programa de salud mental con un diagnóstico, entonces, si tú vas a ver la salud mental así, por un número de personas con un diagnóstico, entonces tení que evaluarlo en el tiempo, en cuántas logras. No está pensado en modelos, en programas, en el componente mismo de la lógica de la salud familiar, no está po” (Diana, entrevista 6).

Desde una posición crítica, Diana revela cómo en la materialización que asumen los objetivos del programa se descubriría la ausencia de uno de los pilares de los discursos hegemónicos sanitarios actuales (salud familiar), evidenciando su distancia con un real del trabajo que se mantiene en los formatos clásicos de asistencia, reducidos a su traducción operativa numérica y dependiente de diagnósticos, sin dar cabida a otros “componentes” más pertinentes. Es curioso al respecto reconsiderar que los IAAPS, y el método de financiamiento a la demanda que supone el per cápita, se declaren como instrumentos coherentes al modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, cuestión que a la luz de lo señalado por la encargada, arroja contradicciones como la configurada en el problema de la calidad.

“(...) todavía no hay capacidad de pensar en lo otro, ya sea en una buena calidad de intervención, no sé, es como súper paradójico, porque también en las reuniones uno escucha a un referente que te dice: pero si acá no se hace psicoterapia, y chuta ¡qué hacemos entonces! y después como casi que cualquiera podría hacer un grupo y con eso estás cumpliendo, no sé, como que todavía no llega ahí la discusión, y es una lástima que no llegue ahí, porque se pierde un poco el foco de esta individualidad, de esta subjetividad, y se queda sólo en los números po, en cuantitativo, se pierde lo cualitativo” (Carla, entrevista 8).

Junto con confirmar cómo la preponderancia cuantitativa es significada como un perjuicio de lo cualitativo, que aparece asociado al poco interés que recae sobre la subjetividad y la individualidad de los/as pacientes, Carla considera que en el modo en cómo se están prescribiendo las indicaciones habría una falta en la capacidad de pensamiento, que explicaría por qué la calidad de las intervenciones queda subyugada. Asimismo, la psicóloga pondera cómo existiría una cierta confusión en lo relativo a la determinación de sus funciones, lo que involucra la restricción que un referente le habría dirigido en torno a hacer psicoterapia en APS, mientras por otro lado, se incentivaría la realización de intervenciones grupales a través de las cuales sí se lograría *cumplir* lo prescrito. Marco en cursiva este significante ya que destaca -como se ha visto- en los discursos de los/as participantes, desde donde es posible advertir cómo ese cumplimiento va dejando incumplidas otras tareas y/o criterios que aparecen relevantes para los/as psicólogos/as, como la calidad.

“(…) quizás las personas de arriba tienen la idea como que se atiende a más personas por un tema de ser más eficientes y oportunos con la atención, pero finalmente eso no lo demuestran, o sea si ese es el interés que tienen, en ninguna parte lo demuestran, porque en ninguna parte se habla de eso, como que en ninguna parte se habla de esa calidad digamos de atención, sino que solamente se habla de la otra parte, entonces si existe esa motivación, no dan cuenta de ella” (Carla, entrevista 8).

“yo creo que ese mundo está dividido po, en los cuales los que ejecutamos y sabemos en el cotidiano la necesidad versus la indicación que viene desde un servicio, desde un ministerio o más arriba, respecto al rendimiento según lo esperado para esta población, esas lógicas están divididas, entonces claro po, el servicio exige y nosotros tenemos que ejecutar, porque ¿es nuestro gran jefe no? a quien le rendimos, pero, en el fondo no hay una coincidencia de criterios (...) hay que meterle algo de salud mental a esta planificación, esa es mi percepción ¿te fijai?, pero tampoco te preguntaron, o tampoco vinieron a decirte: oye, ¿qué está pasando? planifiquemos esto, o insúmenos, díganos, cuáles son las dificultades que están teniendo (...)” (Diana, entrevista 3 y 6).

En este sentido, toma fuerza en primera instancia una cierta dificultad que revela Carla en torno a poder enlazar al bienestar de la población consultante el grueso de las indicaciones y transformaciones que se están implementando en la organización de su trabajo. De modo que operaría una cierta omisión, comunicada a través del problema de la calidad de las prestaciones, que arroja una duda acerca del por qué y para qué se debe hacer

lo que se pide que se haga, panorama que se exhibe desequilibrado al estar sólo centrado “en la otra parte”, es decir, en los números y los rendimientos. De ahí que se asista a una “división”, que resulta del modo en como “desde arriba” se exigen acciones y cambios que no se ajustan a las necesidades de la población que los/as interventores observan en el cotidiano laboral, permitiendo colegir cómo el trabajo que ellos/as ejercen “desde abajo”, puede ser situado bajo lógicas y objetos que muchas veces se vuelven contradictorios. Con ello se hace visible la distancia entre los niveles que planifican y los que ejecutan las acciones, cuestión que termina impactando en la generación de prescripciones que carecerían de pertinencia desde el punto de vista de las encargadas.

“(…) pero yo me paro aquí y vengo a hacer la pega, entonces qué me pide el lugar, que rinda, que tenga los números, que atienda en media hora, que tenga tantos pacientes, que haga un censo, que cuente cuántos son, listo lo hago po, pero en el fondo, mi forma de ver la salud mental no la expreso en este cotidiano” (Diana, entrevista 3).

“Mira yo siento que hay algo lamentable, que es cuando cierro la puerta de la sala, ahí entra a jugar todo lo *cuali* que tengo del pregrado, de mi especialización, de mi estudio, de lo que yo me siento cómodo, pero vuelvo a decir lamentablemente, todo eso cerrando la puerta, el número se quedó cuando yo cerré la puerta, ahí ya quedó cortado el número, lo que yo hice, dije, cómo lo dije ya se olvida con el tema de esta escalada, del director, el director de salud, el referente del servicio, del ministerio, a ellos no les importó lo que yo dije, tal vez yo subí y bajé al paciente y fue terapéutico, tal vez sólo lo escuché y se fue muy agradecido, pero eso quedó del lado de la puerta hacia adentro, entonces por eso te decía que es como, la calidad de acuerdo a la competencia técnica del profesional, cachai (...)” (Mario, entrevista 9).

Por consiguiente, el “hacer la pega” que Diana comenta, parece caer por momentos en una contradicción, al traducirse en un tiempo cotidiano llenado de actividades condicionadas que van excluyendo a otros contenidos que serían más propios de su forma de ver la salud mental. Esto muestra cómo, al menos en ocasiones, trabajar para el programa de salud mental implica precisamente la realización de actividades que no sólo no tendrían que ver con ella, lo que podría ser considerado obvio dadas las tareas administrativas relativas, sino que más específicamente, el problema estaría en que la condición y el estatus del que gozan estas tareas parece ir impidiendo, o al menos disputando otras aproximaciones y expresiones más propias de los lineamientos profesionales, de “*lo cuali*” en palabras de

Mario, atenuando su presencia y sacrificando su integración, lo que interpreto se intenta comunicar a través del significante de la calidad. Al respecto, Mario califica como “lamentable” esta nueva división, entre lo que él realiza al interior del box y todo lo que vale fuera de él, atribuyendo a “las competencias técnicas del profesional” la posibilidad de lograr que ello se compense, trasladando a una dimensión exclusivamente individual la posibilidad de intervenir con calidad.

“(…) el otro problema que hubo, es que toda la evidencia que había en depresión cuando comenzó eran todas grupales, o sea, el 80% de las actividades eran grupales, y se dejaba psicoterapia individual al 10 o 20% de las personas. Hoy día tenemos la cosa al revés, y eso era lo que tenía evidencia, la atención grupal, porque se daba una suerte de apoyo social, se conocían las personas sobre todo cuando eran mujeres, se hacían después agrupaciones, grupo de autoayuda después, pero, si empiezo a atender a todos individualmente, es como dispararse en los pies, porque veo menos gente, tengo la posibilidad de ver menos gente, y grupalmente tengo la posibilidad de impactar a más personas. Veo menos gente, yo mismo me acorto la agenda y me aprieto la agenda solo, y tercero, tiene menos evidencia, que eso sirva (...) ahora, es súper difícil cuando ya implementaste conductas tratar de cambiarlas, o sea ya están todos acostumbrados a atender individualmente y tratar de que vuelvan a lo grupal: oye no tenemos capacitación para atención grupal, pero bueno si, como no tuviste capacitación si te tiraste a lo individual que es más complejo, lo grupal es más fácil o sea, es menos... es mucho más complejo hacerte cargo de... con una persona de sus problemas de salud mental, que se pueden suicidar y tú estás ahí, eres el responsable de la ficha clínica que no pesquisaste se suicidó, o sea, es mucho más complejo que la grupal, en la grupal son habilidades sociales que tienes que manejar” (Gonzalo, entrevista 7).

Como ya he adelantado, otro modo de observar cómo se desencuentran las decisiones organizacionales con las concepciones interventivas que declaran los/as encargados/as surge al atender la solicitud de incrementar las intervenciones grupales²⁹, orientación que, devenida desde la cúpula ministerial y especialmente integrada en el modelo de atención integral, familiar y comunitario, fue socializada ampliamente desde el servicio de salud a los encargados/as, como tuve la oportunidad de observar en sus reuniones. Atendiendo al contenido de la cita, queda de manifiesto cómo esta intención emerge como consecuencia del

²⁹ Esta indicación, junto a la programación de las actividades en una planilla que describe los recursos que cada una de ellas utilizará durante el año (tiempos, profesionales a cargo, cantidad de sesiones, entre otros) constituyen los contenidos que específicamente supervisará el servicio de salud a cada encargado/a del programa durante el año 2019.

problema ya ampliamente desarrollado de la falta de recursos. De este modo, el trabajo a través de formatos grupales permitiría una mayor cobertura, atendiendo a más personas en menos tiempo, cuestión que no alcanza a ser resuelta desde la primacía de las intervenciones individuales. Junto con ello, el experto destaca cómo esta estrategia, validada desde la evidencia, garantizaría una mayor efectividad a través del apoyo y el desarrollo de las habilidades sociales que se trabajan bajo estos formatos, donde resalta la descripción que califica a las intervenciones grupales como acciones que son más fáciles de realizar que las individuales, y que implican una menor responsabilidad para los/as interventores, lo que revalidaría lo indicado de su implementación.

“El auge con lo grupal ahora tiene que ver con un tema de recursos, cachai, tiene que ver con un tema de que, con este 17% del 22 de la prevalencia que nos piden, ningún centro da abasto con la cantidad de personal que tienen para poder hacer sólo individual” (Ximena, entrevista 1).

“(…) el fundamento detrás de que hagamos grupo es que estamos perdiendo horas de atención individual, y no estamos logrando atender a toda nuestra población, y que la población es muy grande y que nuestros bajo control son muy amplios, o sea nuestra población que atendemos, entonces prioricemos o tratemos de meter hartos, en más cantidad con los mismos recursos” (Diana, entrevista 3).

Tal como expresan los relatos, el llamado a incrementar intervenciones grupales parece tomar sentido desde la necesidad de asegurar la cobertura, garantizando la atención que se declara y compensando la alta tasa de inasistencias a los controles con psicólogos/as. De ahí que, desde la racionalidad hegemónica, la estrategia resulte plausible y acertada, sin embargo, contra ella se levantan algunas resistencias que dan cuenta de diversos aspectos del trabajo cotidiano y de las interpretaciones que cada participante realiza sobre su rol.

“Simplemente el servicio nos propone que a raíz de que siempre vamos a seguir siendo tres psicólogos, y que la cantidad de población sigue creciendo, tratemos de mejorar nuestros tiempos y tratemos de atender la mayor cantidad posible de personas y eso se hace a través de los grupos y yo le encuentro sentido, siempre y cuando claro, no sea una obligatoriedad, y cuando no sea la única fórmula porque, no a todos les gusta el grupo tampoco (...) y que si bien es difícil que la gente quiera taller, yo siento que nosotros no estamos muy pegados con ese discurso, pero sí es una variable que hay que considerar, tu podí diseñar un montón de talleres pero la gente puede que no se sienta

contenida en un taller y es súper, súper aceptable” (Magdalena, entrevista 2 y 5).

“(…) pero de repente partíamos con 5 personas, teníamos 30 pero llegaban 5 y a la siguiente llegaban dos, entonces la cantidad de tiempo que tú invertías en generar un grupo era muuuucho mas... o sea, era mucho en relación a la cantidad de pacientes individuales que podías atender en el mismo tiempo” (Ximena, entrevista 1).

“Dentro de las ideas del año pasado fue aumentar la actividad grupal, y que usuarios estén sólo en actividad grupal, pero mucho del imaginario de cada persona es ir al psicólogo de forma individual, no grupal, o buscar lo grupal como un complemento a lo individual, entonces se desapega totalmente del conocimiento de las características del usuario” (Mario, entrevista 9).

De este modo, la primera dificultad señalada relativiza el deseo que los/as pacientes tengan para participar en grupos, donde se menciona el riesgo que implica el disponer de un espacio que no siempre se acopla a la necesidad de contención que cada quien demanda, dando cuenta de un formato que no ha resultado tan eficiente como se plantea, al generar convocatorias poco exitosas y deserciones progresivas que lo vuelven aún menos óptimo que trabajar en términos individuales. Interesante es además considerar lo señalado por Mario, quien contempla cómo la indicación, mientras se volvió exclusiva para algunos/as usuarios/as, desconocería la imagen que tienen las personas sobre la atención de un/a psicólogo/a, lo que muestra el carácter transformador que está aconteciendo en la organización formal del programa.

“(…) es como lo que se ha planteado muchas veces es que, al ingreso con este mecanismo de ingreso como más rápido de triage, etc. desde ese momento se le diga al paciente, que él no, es mejor pa grupo, o que él es mejor pa individual o el mejor pa nada, como que se vaya pa la casa porque en verdad no tiene un trastorno de salud mental, entonces eso es como, yo lo considero súper arbitrario, súper de repente que pasa a llevar también al paciente, como no poder preguntarle si quiere alguna cosa, es como, ya, lo mando pa grupo y es como la alternativa que hay, ¿y si no quiere? ¿y si no le gusta? (...) la lógica de la maximización de recursos por una parte es algo que uno no puede desconocer, pero también esa lógica deja de lado un poco lo que realmente necesita la persona que va a buscar una hora con psicólogo, que necesita una atención en ese sentido, y ahí es donde se olvida un poco eso y donde no logramos cómo congeniar, y pensar en cómo dar cuenta de una lógica de recursos versus una lógica donde realmente podamos servirle a las personas en lo que buscan” (Carla, entrevista 8).

De ahí que Carla repare en cómo esta respuesta al déficit y al imperativo de la maximización del recurso arroja una serie de interrogantes y problemáticas cuando se contrasta con las particularidades y necesidades que ha observado de los/as pacientes, dando cuenta de un formato que en su determinación estándar impediría la ayuda a muchos/as consultantes, quienes, o bien no dispondrían del espacio y los tiempos necesarios para ser escuchados, o no calificarían para el tipo de atención que en ocasiones buscan, visibilizando un problema relativo a la arbitrariedad de los criterios con los cuales se establece la pertinencia de uso de los espacios interventivos.

“Es que lo veo como un abuso de los tiempos, o sea, una... a ver... tratar de hacer un mejor uso del tiempo con los mismos usuarios, con la misma cantidad de usuarios, pero con el recurso-tiempo acotado, entonces tenía el mismo tiempo para la misma cantidad de pacientes y con el mismo recurso, no le inyectai nada, entonces mejorai ahí pero la calidad de esa intervención da lo mismo. (...) lo que se espera es que optimicemos tiempo, que en el mismo tiempo que tenemos, una hora, en vez de ver dos pacientes, atendamos o veamos o controlemos -porque eso es en el fondo-, diez (...)” (Diana, entrevista 3).

En consecuencia, se formalizan estos contenidos a través del problema de la calidad, toda vez que el incremento de estas actividades vuelve a considerarse como un reordenamiento que vuelve irrelevante lo que contenga y se proponga interventivamente en la prestación, lo que explícitamente es connotado como un “abuso”. Es particularmente relevante cómo Diana explicita que, bajo esta lógica, lo que sostiene los intercambios es un control y no una atención, marcando una diferencia particular respecto de cómo la profesional siente que se dispone del objetivo de la práctica.

“(...) espero que en algún momento si esto de las intervenciones grupales es algo que en el fondo se queda en todos los centros, que nos capaciten también, que nos capaciten en los diferentes talleres que nos están pidiendo que hagamos, en los diferentes grupos (...)” (Carla, entrevista 8).

Diana: “Lo hemos conversado y por eso mismo nos negamos, cuando vino la gente del servicio pa' acá a hacer la evaluación y todo, nos negamos en ese formato, o sea nos negamos diciéndole: no po, si ustedes quieren que entreguemos esto, ya, lo podemos entregar, pero capacítenos, denos formación pa' nosotros poder asegurar que nosotros lo que vamos a ofrecer es una cosa de calidad y no una cosa de tiempo o de aumentar la cantidad de

eso y decir ya ¿estamos atendiendo a cuántas personas? y en realidad no estoy dando nada de atención."

[Diana comenta que referente le responde]: "Sí, pero es que sí, pero es que no, pero es que... bueno, pero es que no es necesaria que sea una cosa psicoterapéutica".

Diana: "Es que es o no es po, si la cuestión psicoterapéutica es, y es una sola y tiene formación y como se llama, pa' hacer psicoterapia de grupo tení que tener los conocimientos".

[Referente]: Sí, pero es que a lo mejor no le estamos pidiendo psicoterapia, le estamos pidiendo grupo, entonces vean como las actividades..." (Diana, entrevista 3).

El diálogo anterior permite observar cómo desde la demanda de capacitación, asoma una concepción particular que está arraigada en los/as psicólogos/as, para quienes la intervención en formato grupal es significada como una tarea que debe ser psicoterapéutica, lugar desde donde vienen las principales inseguridades de su despliegue y por ende, las resistencias. Es a partir de esa dimensión, que la indicación emanada desde el servicio de salud parece no lograr entenderse, ya que es presentada como una acción en una clave distinta "no psicoterapéutica", que se interpretaría condicionada más bien desde el formato que desde el objetivo, importando antes la congregación de usuarios/as que lo que ocurra dentro de la actividad.

"yo creo que no se entiende bien desde la visión de lo que significa un trabajo de psicoterapia grupal, cachai, y como yo te digo, yo creo que la formación tampoco está pa' eso, ni en el pregrado ni nada, yo me acuerdo que en el pregrado yo me habré leído a Bion, y eso fue como lo más grupal que vi, cachai, pero cuando yo hice mi práctica, mis grupos también eran psicoeducativos (...) porque, además hay que tener súper buen manejo y eso es una especialidad pa' hacer psicoterapia grupal, cachai, y yo no sé si muchos tienen la capacidad de poder implementar una psicoterapia grupal (...) para que cada una de esas personas se vaya con algo y produzca efectivamente un cambio real y... yo no sé si están las capacidades en atención primaria pa' eso, ni en secundaria ni nada (...) y eso ha sido la gran complicación pa' poder hacer algo que sea terapéutico y no psicoeducativo" (Ximena, entrevista 4).

"Ninguno de los profesionales que estamos tiene la capacidad técnica de hacerlo po', ninguno estamos capacitados en hacer psicoterapia de grupo, entonces nos negamos a hacer ese tipo de intervención porque finalmente termina siendo psicoeducación y no psicoterapia" (Diana, entrevista 3).

Dicha significación psicoterapéutica de la indicación releva una condición destacable, en la medida en que parece obedecer a la intención de impactar en los/as pacientes: “que se vaya con algo y producir un cambio real”, lo que desde una cierta posición presente en los/as participantes se vuelve difícil, y desde lo cual surge la demanda de capacitación. Asimismo, esta potencial incapacidad de realizar estos abordajes se explica desde la formación, donde la preparación teórica sería insuficiente, y donde en general se asiste a un desplazamiento en los objetivos de estos abordajes: pasar de lo psicoterapéutico a lo psicoeducativo, algo que se presenta como una acción de un sentido aparentemente inferior para las psicólogas, quienes aparecen privadas de realizar lo que sienten que deberían realizar. Es interesante destacar el autor psicoanalítico que Ximena cita en términos de la formación para intervenciones grupales (W. Bion), dibujando un potencial lazo que no parece explotarse en la atención primaria y que en general, habla de la distancia entre esta teoría y las acciones de salud mental que allí se implementan.

“De repente me siento súper irresponsable, en el sentido de no tener una formación en intervenciones grupales, como que en el fondo siento que uno crea estos grupos un poco como al ensayo y error, ya hay que hacer un grupo y qué hay que hacer en un grupo no importa, hablamos, conversamos, y pierden el foco de tratamiento, el foco de intervención (...) no es algo que me desagrade para nada, pero sí a veces pasa el sentirse como un poco irresponsable por no contar con las herramientas necesarias como para poder sobrellevar lo que significa una intervención grupal (...) entonces por una parte estamos maximizando recursos, ¿pero estamos realmente haciendo un bien? ¿o estamos haciendo las cosas bien al hacer eso? si no estamos 100% preparados, tanto en temas de manejo de grupos, de alcohol y drogas, de apoyo terapéutico, etc. o sea estamos, ¿es realmente algo positivo para las personas que atendemos?” (Carla, entrevista 8).

De modo que Carla aporta una significación que parece realzar un punto de vista ético, toda vez que el desarrollo –medio forzado- de estas tareas estaría movido a implementarse sin que aun haya existido el tiempo y el espacio para poder cimentar una base en la cual se confíe que lo que se hará en estos términos, no sólo pueda favorecer un “hacer bien” a los/as pacientes (lo terapéutico), sino que además, no termine siendo perjudicioso para algunos/as de ellos/as, dando cuenta de una percepción subjetiva significada como “irresponsabilidad”, que vuelve a poner en escena el tener que enfrentarse a tareas con las

cuales no se está del todo de acuerdo, lo que parece confrontar un plano prescriptivo laboral con otro ético profesional.

“Cuando tú te dai cuenta que lo que tú tienes para ofrecer no es suficiente, tení que soltar rápido y ahí ocupamos harto el COSAM (...) pero también tu decí: pucha te he visto 6 meses, no hemos visto ningún cambio, ¡pero son seis sesiones no más pos! y de media hora, o sea, ahí empezai como a, a sacar un poco las cuentas (...) todavía me cuesta creer que media hora, una vez al mes genere el impacto que a veces te dice que generaste, aunque yo me creo buena psicóloga a veces, no siempre, pero todavía me genera así como esa incredulidad así como: ¿de verdad?, cuando la pega de verdad que la hacen ellos afuera (...) sabemos que nosotros hacemos algo pero es poco, y que con esta frecuencia de tiempo quienes tienen que hacer la pega mayoritariamente son ellos po” (Magdalena, entrevista 2).

Más allá de la temática de las intervenciones grupales, la cita anterior permite sumar una variante en torno a aquella distancia con la que los/as encargados en ocasiones parecen evaluar los eventuales efectos de su trabajo interventivo, involucrando ahora la determinación que ejerce el reducido espacio temporal que asumen las atenciones individuales, lo que implica la percepción de una cierta incredulidad sobre el alcance que puedan lograr sus intervenciones, redundando en un proceso de mejora que en consecuencia, recae fundamentalmente en lo que pueda realizar el paciente fuera del box.

“Yo lo que trato en esto, que es una cuestión que yo siento como desafío personal, cachai, que es como tener el suficiente ingenio para poder entregar una atención de calidad y cumplir la meta, como que jugara un poco con el tema de la meta, pa´ poder... y además poder entregar algo que sea efectivo, darle un sentido (...) es porque me gustan los juegos de ingenio” (Ximena, entrevista 1).

“Cuando uno entra a trabajar aquí, y entrai en este sistema te sumai po (...) porque tení que rendir, si me lo he cuestionado, me lo he cuestionado en estas cosas pequeñas, como en el quehacer del día a día, en el paciente, en buscar la mejor intervención desde la formación, desde mi rol, con las chiquillas, colegas, si se puede hacer un poquito diferente lo intentamos po, porque todas tendrán su diferencia en prestarle, en darle una prestación al paciente de mejor calidad más allá del número, del rendimiento, y meternos el número al bolsillo muchas veces: “bueeeno si no lo cumplimos no lo cumplimos no más po, mala cueva” (...) en términos de relación humana y en términos de la prestación del servicio que le estoy dando, porque somos una empresa prestadora de servicios y si el servicio que yo le doy es malo y sólo me ubico en el tiempo, o sea solo

por número porque atendí a tantas personas, porque cumplí 8 horas de trabajo, porque estoy aquí, va a estar buena para los números dónde está pensado, pero no le estoy dando nada” (Diana, entrevista 6).

De ahí es que tanto Ximena como Diana contrapongan a la racionalidad del rendimiento una dimensión donde buscarían conquistar un sentido laboral diferente, que surge al desplazar la mirada desde la gestión numérica a las intervenciones que se realizan, comprometiendo una dimensión subjetiva que se opone al residual desinterés por la calidad. En ese desplazamiento es donde Ximena dice refugiarse en su “*ingenio*”, y Diana releva sacar desde *la formación y el rol* una lógica de trabajo que está en mayor consonancia con sus expectativas, respuestas que permitirían suspender el exclusivo interés que se promueve en torno al cumplimiento del IAAPS, para relevar la importancia de la prestación que se le da al paciente. Esta confrontación traduciría así la distancia que se intenta cubrir entre la prescripción de una tarea discreta limitada a rendimientos óptimos y cifras, y la compleja realidad en la que se inscribe su ejecución, en tanto el trabajo que se desarrolla para alcanzarla involucra las diversas razones que motivan la consulta de los pacientes, lo que esperablemente cae en un registro que no es acoplable a los números, realzando variables más cualitativas, donde asoma la intención de ayuda y la relación humana.

De este modo, los relatos iluminan cómo por momentos la organización del trabajo del programa define ámbitos de acción que se entorpecen en sus desarrollos, ya que para poder entregar una prestación de calidad habría que excluir la injerencia del número; “meterlo en el bolsillo”, aun asumiendo los efectos que ello podría generar. O bien, nuevamente “ingeniárselas en el juego” releva los arreglos que, determinados desde la lógica presente en el IAAPS, tienen lugar respecto del trabajo interventivo de salud mental. Por ello el concepto de “calidad” parece vehiculizar un afán de impactar positivamente en los/as usuarios con los que los/as participantes trabajan cotidianamente, articulando un desafío central en tanto algo de esta dimensión aparecería amenazada por el excesivo interés que se le atribuye a la lógica tras la cobertura. Asimismo, y rescatando la intervención de Diana, resulta interesante apreciar cómo la formación, el rol y “las chiquillas” en relación a su equipo del programa son ubicados como lugares desde donde emergen modos de trabajo que resisten su realización

como un mero rendimiento, entregando un matiz alternativo a las prestaciones, que vuelven a conectarse a la persona de la cual son destino.

Al respecto, Diana propone una reflexión que considero notable como un modo de formalizar una diferencia posible de extraer sobre las racionalidades que sostienen las acciones, donde cohabitan dos maneras de concebirlas que se tornan excluyentes. En este sentido, lo que pueda resultar bien logrado para las claves que caracterizan los sistemas de organización y evaluación del trabajo, no implica en lo absoluto que ello satisfaga criterios más cercanos a las expectativas personales y de cuidado que se fundamentan desde el rol, desde donde puede que *no se esté dando nada*. Esta reflexión supone un cambio de posición, en la medida en que Diana parece poder hablar desde un lugar más cercano a los/as usuarios/as, dimensión que no se acoplaría fluidamente con las necesidades que desde los modos de organizar y priorizar las acciones se demandan, lo que vuelve sobre una idea de dos mundos comunicados que determinan la experiencia laboral.

Me parece relevante además, remarcar la expresión de Diana “me lo he cuestionado en estas cosas pequeñas” respecto del impacto que la estructura de la meta puede producir en la calidad de la atención, en tanto la diferencia que asoma entre trabajar para una meta y trabajar “con calidad” constituye una problemática laboral que parece permanecer velada, en tanto su aceptación sin más desmoronaría en un grado importante el poder creer en el trabajo propio. Esta observación permite pensar en una dimensión clínica de la entrevista, en tanto en su desarrollo estas contradicciones parecieron haberse hecho conscientes, marcando un quiebre frente a la primacía del rendimiento cuando se está “sumado al sistema”, el que inscrito en su institución, preserva una distancia del pensamiento y la crítica: “Estamos metidos en la máquina, estamos todos, no nos damos... este tiempo por ejemplo que tú me estai preguntando y pensar, no lo tenemos, entonces rendimos, hay que hacerlo, hay que darle, hay que... porque si no te transforma en un mal profesional también po, me refiero en la evaluación” (Diana, entrevista 6).

“Tú sabí cuando hay un referente nuevo, porque habla y justamente hace estos reclamos: y la calidad y que vamos y que nosotros tenemos que tener... y en el fondo es como: haz la acción, pero no vengas a reclamarle a todo el resto porque aquí hay un sistema que es perverso cachai, hay gente nueva que ha reclamado el tema, ha reclamado el tema de que no hay que trabajar por las metas y todo y todos por detrás pensamos: sí pos, pero es que la meta es plata,

cachai, entonces este juego de ingenio, de tratar de... de que tú sabes que tienes que responderle a Dios y al César, cachai, lo voy haciendo después, entonces después ya lo único que hacía es escuchar lo que te están pidiendo e inmediatamente empezar a maquinando cuál es la forma en que voy a contestar, dar respuesta a eso, pero que además también no voy a bajar la calidad de tu atención que uno ya considera que es poca” (Ximena, entrevista 4).

Dado el escenario descrito, lo que aporta Ximena permite una breve interrogante: ¿qué posibilidades de cuestionamiento a estos modos prescritos del hacer pueden ser vehiculizados desde la posición como encargado/a de salud mental de cada establecimiento? Por el momento, lo que la encargada señala visibiliza un posicionamiento que nace restado de una esperanza de cambio como me indicó en aquella conversación, donde luego de varios años de trabajo en salud mental en APS considera imposible que existan transformaciones más acordes a las necesidades, tanto de los interventores como de los/as usuarios/as, ya que ha visto pasar muchas promesas incumplidas, donde siquiera se han mejorado los problemas de infraestructura. De ahí que ante la escisión entre el cumplir y el dar una buena prestación al mismo tiempo, haya tenido lugar una solución de compromiso a través de la cual responde a “Dios y al César” vía ingenio, viéndose personalizando el problema de la paradoja, al saber que de fondo están en juego las subvenciones que en tal condición deben cuidarse. Del otro lado, el “ser nuevo” facilitaría un pronunciamiento más crítico, que justamente vendría a poner en entredicho la estabilidad de la organización laboral descrita en estos términos, cuestión que Ximena declara resistir, quedando los reclamos puestos como una amenaza indeseada frente a la cual se llama a trabajar, “maquinando” las formas de respuesta a las solicitudes.

Al respecto resulta interesante constatar cómo durante las reuniones, el murmullo y las quejas de los/as encargados/as frente a las diversas indicaciones haya sido una respuesta frecuentemente observada, mientras algunos/as intentaban describir cómo sus propias “maquinaciones” (o las que proyectaban realizar) fracasaban al chocar con los déficit, obstáculos y paradojas en su cotidianidad laboral. Estas respuestas en general no parecían ser acogidas por los referentes del servicio en cuanto al reconocimiento de la raíz de los inconvenientes expresados, lo que parecía siempre intentar ser desplazado a través de argumentos técnicos o experiencias exitosas particulares desde donde revalidar la pertinencia

de lo solicitado, cuestión que se comunicaba a veces con humor y a veces con severidad, pero siempre defendiendo la coherencia de lo prescrito.

“(…) siempre las discusiones están en torno a las planillas, al bajo control, a los números en el fondo, y muy pocas veces de hecho de mis colegas he escuchado alguna intervención donde digan: oye, pero paren, pensemos en la persona que estamos hablando, en el paciente, por ejemplo, pocas veces ocurre eso” (Carla, entrevista 8).

Finalmente, Carla refleja una atenuada posibilidad de suspender el avance de estos discursos exclusivamente administrativos en los diálogos que vinculan a los/as encargados y referentes, mostrando cómo la racionalidad hegemónica de la gestión del programa no admite la problematización de sus alcances en las prácticas, lo que implica un trabajo que se desarrolla invisibilizando a los/as usuarios/as consultantes. Esta realidad, permite un nuevo llamado de esta psicóloga a la reflexión y la pausa.

¿Optimización y eficiencia?: el problema del tiempo en el caso de los “nsp³⁰”

“Del contabilizar gente en base a número, sin apreciar cualidad de trabajo, sí, siento que es muy en boca esto de medir todo en cuanto a número, se mide cuánto dura una sesión de terapia (...) duración de sesiones en cuanto a cantidad de prestaciones con usuarios, al número determinado de personas que tienen que participar en grupal, de cuántas son las sesiones, de cuántas voy a programar al año, del número de no se presenta, se mide en número no se presenta, pero eso no tiene que ver con uno po, pero te lo evalúan a ti, entonces si yo tengo más no se presenta que el resto, ¿significa que estoy haciendo mal mi pega?” (Mario, entrevista 9).

Si el trabajo por y para los números caracteriza un dispositivo que se describe amenazando la “calidad”, al descartar la importancia del cómo se realizan las intervenciones, parece oportuno observar una cierta analogía en lo relativo al uso del tiempo destinable al trabajo, cuestión que motiva discusiones, estrategias y tácticas cotidianas en el mundo laboral del programa. Así aparecen modos diferenciales de interpretar el tiempo según desde qué posición y a través de cuál racionalidad se mire este objeto, lo que sustenta un espacio de disputas frente a las decisiones que zanján su valor de uso.

³⁰ Corresponde a una abreviatura de “no se presenta”, expresión que en el mundo sanitario designa la inasistencia de un/a paciente a un control programado y agendado con un/a profesional.

Al respecto y ya siendo evidente que la escasez del recurso humano conlleva la falta de tiempo disponible para trabajar -lo que explica en parte la brecha de cobertura que existe en salud mental-, si se profundizan algunas causas que desde las cifras dan cuenta de este problema aparecen los altos porcentajes de inasistencia a las atenciones del programa. En este sentido pude enterarme de estadísticas locales que van desde un 20% a un 45% de pacientes que faltan a los controles programados con psicólogos/as, dejando un espacio considerable de tiempo que aparece, desde la vereda “oficial”, sin actividades vinculadas, determinando un criterio de evaluación estándar a través del cual se juzga la productividad de los/as interventores/as, responsabilizándolos incluso según la percepción de Mario.

[en referencia a los ingresos al programa, o “selectores de demanda”] “los teníamos a 2 por hora, pero la inasistencia era alta, entonces sacábamos cuentas y nosotros podíamos tener en una hora sólo un paciente atendido, o en una hora ninguno si es que no llegaban ninguno de los dos, entonces tenía que ver como con el porcentaje de asistencia, y hoy todavía sigo teniendo 20 horas de inasistencia como entre controles y selectores, significa como una hora diaria sin nada que hacer, lo cual es falso porque siempre tenemos cosas que hacer, pero yo creo que fue un buen cambio porque además, necesitas ser preciso y conciso” (Magdalena, entrevista 2).

Al respecto, Magdalena me comenta cómo es que a partir de las inasistencias que tenía a los ingresos del programa decidió con su equipo restar 10 minutos al tiempo que le dedicaban a esa práctica, evitando así exponerse a espacios más largos “sin nada que hacer”. Esta medida implica una especie de redefinición del ingreso al programa, el cual, puesto de esta manera, sólo tiene por objetivo evaluar si los/as pacientes son derivados a otro nivel de salud o se mantendrían en el establecimiento, constituyendo algo así como un pre-ingreso. De ahí la expresión “necesitas ser preciso y conciso”.

Junto con observar cómo la medida parece ser valorada ya que satisface un criterio de eficiencia, destaca particularmente cómo la encargada pone en entredicho la atribución que desde un lugar-otro se otorga a ese tiempo “disponible” cuando no llega un/a paciente, al contra argumentar que dicha asociación es falsa ya que siempre hay “cosas que hacer”.

Este quiebre argumentativo toma sentido desde una observación a la que accedí en las reuniones, donde “la disminución del nsp” fue socializada como un objetivo relevante de los “planes de mejora” solicitados a los/as encargados/as, teniendo lugar una discusión en

torno a qué soluciones podía implementar cada establecimiento como respuesta a esta problemática. Allí, destacaron acciones como la confirmación de horas a la forma de un call center o la ya mencionada generación de prácticas grupales de ingreso e intervención, desde donde se disminuyera la posibilidad de tener tiempos vaciados de actividad. En este escenario, y como sugerencia frente a este problema, surgió desde el servicio de salud la idea de “sobre citar pacientes” como una forma de anticipar las horas que no terminan en atenciones efectivas debido a las inasistencias, para de ese modo compensar ese tiempo perdido. Con ello, al validarse la disminución del “nsp” como una acción necesaria, podría considerarse al “sobre-agendamiento de pacientes” como una solución lógica si se piensa desde una racionalidad de optimización, en tanto si la estadística muestra que los pacientes no van a sus controles el efecto inmediato a interpretar es que se está perdiendo el tiempo, y con ello, se está permitiendo un escenario que propicia una menor cobertura.

“(…) hay ideas que me gusta ser respetuoso y escucharlas, pero no las voy a aplicar a mi gente bajo ningún punto de vista, porque eso es quemar al equipo, no le voy a decir a las demás psicólogas, psicólogos: chiquillos ¿saben qué?, todos los días vamos a tener el 30% de sobrecupo porque me he dado cuenta que el 30% falta, me van a odiar, van a odiar la pega, yo los voy a odiar” (Mario, entrevista 9).

“Sería nefasto, o sea el sobreagendamiento es algo terrible, de repente a mí me pasa que llego y veo mi agenda y la veo repleta y me angustio, entonces ¡verla más aún repleta! Yo empiezo a las 8:15 a atender y termino justo a las 13:00 y luego vuelvo a las 2 hasta las 5 (...) sería nefasto, aparte un profesional - insisto - un profesional sobre exigido no da abasto, yo te decía que de repente tengo cosas en mi cabeza sobre otras cosas a cargo, y es como que no puedo ponerle mucha atención al paciente, me noto que no, no estoy siendo 100% buena escuchando a la persona (...)” (Carla, entrevista 8).

“(…) cuando por ejemplo nos proponen citarnos con sobrecupo, lo que nosotros no hacemos o sea sobrecupo jamás, si el sobrecupo tú lo aceptas es porque el paciente ya de las 8 no te llegó hasta las 8:15, y la persona que está fuera le decí: “tengo 15 minutos pa atenderla, ¿acepta?, acepto”, pero si te hace sobrecupo encuentro que es una pésima práctica pa’ nosotros como psicólogos, como seres humanos y pa’ nuestros pacientes, porque estos tiempos de inasistencia que son estas 20 horas que yo te digo a los psicólogos y a mí nos permiten trabajo administrativo del que no te queda tiempo entremedio, porque no tenemos programado el tiempo administrativo, no tení tiempo pa hacer un informe, tení que hacerlo entre medio, entonces hay

algunas prácticas que yo nunca voy a estar de acuerdo y espero que no sean obligadas en algún momento” (Magdalena, entrevista 2).

Las citas presentadas permiten valorar cómo una sugerencia que resulta lógica en los términos antes descritos, desconoce y vulnera sin embargo una serie de otros aspectos determinantes para la integridad de las actividades y de quienes las ejecutan. De ahí que no sea azaroso observar, en la condicionalidad del sobre-agendamiento, un horizonte de efectos “odiosos, nefastos y pésimos” que surgirían, donde los relatos rondan la posibilidad de ver superados los límites afectivos que los/as encargados/as sienten disponer para el trabajo. Esto repercutiría en los/as pacientes, en la medida en que aquello que la organización del trabajo determina puede ser pensado como un efecto en cadena, que siempre termina tocando en algún punto a la población destinataria mediado por las condiciones que se imponen al trabajador/a.

Este panorama obedece a que en los tiempos que resultan de un nsp, tiene lugar un trabajo administrativo que no puede ser realizado en otro momento, ya que no se cuenta con el tiempo para ello en las programaciones. En consecuencia, de instituirse el sobrecupo, el trabajo se tornaría imposible y la presión resultante de ello *quemaría*³¹ a los equipos.

“se logra hacer pega atrasada, se logra hacer la interconsulta que quedó pendiente, ir a sacarle la firma al médico, se logra ir a conversar sobre un caso, un montón de cosas en el fondo uno hace (...) a veces veo el celular (risa), a veces me distraigo jugando a un juego, hay veces también que uno está muy cansado y se queda 5 minutos dormido en la silla, también a veces cuando falta un paciente tengo la posibilidad de ir a conversar con mi colega sobre algún caso o simplemente de ir al baño, en un momento en que uno no ha podido ir al baño en toda la mañana, o ir a conversar también, distraerse un rato, finalmente uno está la mayor parte del tiempo metido en el trabajo y es necesario también un momento de distracción” (Carla entrevista 8).

“como siempre estamos con los tiempos atrasados, porque es tan corto el tiempo de la prestación que nunca se transforma en media hora completa de optimizar, entonces tení minutos, 20 minutos, 15 minutos para hacer otra cosa o administrativa o del mismo paciente, o rellenar la ficha, o que sacai la cartola, cachai” (Diana, entrevista 6).

³¹ No está demás homologar esta designación al bullado burnout como la clave hegemónica que designa a las patologías laborales en salud mental. Desde ahí parece razonable explorar, cómo los dispositivos de evaluación del rendimiento pueden relacionarse a las enfermedades en el trabajo (Zamora, 2013).

“(…) tengo que dar cabida para que el usuario no se presente, si los referentes creen que en ese tiempo me voy a jugar pin-pon, taca-taca, me voy a comer un sandwich con queso los invito a que vayan, a que lleguen de sorpresa, a que vean los pendientes que hay, los informes, todo” (Mario, entrevista 9).

De este modo se observa cómo sólo gracias a las inasistencias se genera un tiempo que permite realizar otras actividades, principalmente administrativas o de coordinación, las cuales al no tener lugar en los mecanismos de inteligibilidad institucionales del trabajo, resultan invisibilizadas en las cuentas oficiales. Esto implica que a la presunción de que el tiempo se pierde -lo que se ubica cercanamente a la posibilidad de juicios desfavorables y/o responsabilizaciones-, se observe desde el otro lado todo lo contrario, ya que en ese tiempo se aborda y resuelve una carga importante (un montón de cosas) de un trabajo que se define apremiante (con los tiempos atrasados), manifestando así su ritmo frenético y su acumulación permanente. Al respecto, resulta interesante notar cómo estas ventanas también permiten actividades de pausa, distracción e incluso momentos que permiten satisfacer necesidades básicas que se van postergando cuando asisten todos/as los pacientes.

“Ximena: Sí po, no si pasa porque son horas que no pueden ser citadas, en cambio cuando no vino un paciente puedo hacer cosas de gestión, pero sé que el paciente falta, pero sí de per se tengo esas horas asignadas...

Yo: Es como que se le está dando menos respuesta a las necesidades de la gente, es distinto el cómo se presenta el uso del tiempo

Ximena: Exactamente. Por eso te digo, se juega mucho con el nsp, o sea en el momento en que vinieran todos los pacientes estamos fritos” (Ximena, entrevista 4).

El diálogo sostenido con Ximena me clarificó que, a pesar de tener la posibilidad de programar tiempo para el trabajo administrativo ella se rehúse a disponerlo, ya que eso le restaría un espacio en la agenda que terminaría perjudicando sus posibilidades de cumplir la prioridad, que es la atención de pacientes. En continuidad a la determinación que nace del IAAPS y la primacía de un enfoque asistencial, aquella decisión, si bien le significaría una condición más favorable para el desarrollo de esas tareas cotidianas, no sería estratégica, por lo que este tiempo solamente se torna válido y disponible a condición de que resulte de un nsp.

“No alcanzai, o sea cuando te dicen: “oye te falta el 40% de los pacientes”, tú deci: “si po, y gracias a dios que me faltan el 40% de los pacientes” cachai” (Ximena, entrevista 1).

“Pa nosotros es optimización del tiempo: ojalá no venga” (Diana, entrevista 6).

“(…) porque estás pensando en que pucha en que ojalá cortar luego la cuestión, ojalá que el que viene no venga, el siguiente no venga pa' que tú puedas mandar ese mail, o pa que puedas hacer esto o pa' que puedas hacer lo otro, entonces imagínate lo que significaría estar sobreagendado, una locura, ¡nefasto total!” (Carla, entrevista 8).

De este modo, las/os encargadas/os se muestran transversalmente de acuerdo en que el tiempo disponible para el trabajo alcanza sólo gracias a esos elevados porcentajes de inasistencia. En palabras de Ximena, esto termina representando una especie de “ayuda divina” a través de la cual se logra optimizar el tiempo. Al respecto, no deja de ser relevante cómo el déficit de tiempo en el que se ubican las acciones en salud mental, moldeen incluso la disposición que se tiene frente a la llegada de un/a nuevo paciente, lo cual como expresan Diana y Carla, favorece el que se desee la inasistencia, ya que sólo así se logra generar el tiempo para cumplir con lo prescrito en una modalidad angustiante de agendas cargadas de pacientes.

“(…) que si en algún momento vienen, cachai, tu no vas a tener la cantidad de tiempo suficiente para verlos a todos, porque hay días por ejemplo, hay días que yo puedo tener, lo máximo que puedo llegar a tener son 16 citados efectivamente, y hay días que vienen los 16 po (...) y además que uno juega con el nsp para hacer cosas que no alcanza, si imagínate que tení media hora pa' ver pacientes cachai, y además tení que llenar la ficha (...) entonces te falta un paciente y te poní a hacer fichas como loco no más” (Ximena, entrevista 4).

El riesgo que Ximena advierte en relación a la posibilidad de trabajar con sobrecupos, implica la aventura que significaría especular la predicción del par asistencia-inasistencia en tanto hay días en que efectivamente llegan todos los pacientes citados, lo que impediría cualquier posibilidad de dar respuesta a un número mayor de pacientes agendados. Así, la existencia del nsp es significada coherentemente con la principal táctica que ella ya nos ha mostrado utilizar, la del “juego”, expresión a través de la cual transmite su manera de responder a las prescripciones.

“Porque el tiempo es número, o sea, porque la optimización del tiempo es número, cuántos lograste atender no cómo lo atendiste, si ese es el fondo, porque si pensarán en cómo lo atendiste ojalá te faltaran dos o tres pacientes, porque en media hora no alcanzai, entonces esos medios tiempos los llenai con los otros y le *dai* una mejor prestación al otro, porque si yo estoy atendiendo, si te estoy atendiendo a ti y yo en mi agenda veo que son... yo estoy atrasada 5 minutos y el paciente no ha llegado, vuelvo a mirar, los 5 minutos siguientes, ya son 10, yo sigo con el paciente, entonces le regalo 15 minutos más, lo atiendo mejor, y me gané 15 porque él salió y me pude ir a hacer un café ya, cachai, vuelvo, me siento y viene el otro cachai” (Diana, entrevista 6).

Otra manera en la que se invierte el tiempo resultante de un nsp -en una descripción que muestra cómo el trabajo se asemeja a una máquina de asistencia-, reivindica aquella inquietud que antes fue descrita en los términos de la calidad de las intervenciones, en la medida en que mientras se está atendiendo a un/a paciente, Diana narra cómo va evaluando la posibilidad de alargar la sesión cuando ve que el siguiente paciente agendado no ha llegado. Creo sensato reparar en su expresión; “si pensarán cómo lo atendiste ojalá faltaran dos o tres pacientes”, lo que nuevamente muestra cómo lo que ha sido definido exteriormente desde una racionalidad sustentada en la optimización del tiempo, para eventualmente lograr una mayor cobertura, impacta directamente en las condiciones sobre las cuales se asienta el trabajo clínico, viéndose perjudicado “el cómo” de una práctica en favor del “cuánto”. Diana de este modo despliega la importancia de reservar, cuando el nsp lo permite, una condición temporal de los controles que para ella favorecería “una mejor prestación”.

[a la pregunta del por qué se asume que no se hace nada cuando falta un/a paciente] “Porque es algo que no se puede cuantificar, o sea si yo quizás hiciera un “paloteo”³² de cuántas veces resolví un problema yo le podría decir al Doctor: “mire tuve veinte inasistencias, pero tuve que bajar quince veces a la ventanilla a solucionar algo”, solo que no se cuantifica, por eso no se ve y por eso se cree que no se hace nada po” (Magdalena, entrevista 5).

Manteniendo la base que se articula desde el énfasis en el cuánto, Magdalena muestra cómo una de las grandes problemáticas en torno al trabajo en el programa resulta de la imposibilidad de traducir a número muchas de las acciones que se realizan, moldeando un

³² Esta expresión refiere a un ejercicio de tabulación estadística donde en una hoja de registro se va marcando la ocurrencia de un hecho determinado. Cuando todos los hechos son registrados se cuenta el total de las marcas realizadas, totalizando la sumatoria del hecho en un resultado final.

dispositivo desbalanceado, que no logra dar con un lenguaje a través del cual se pueda integrar un panorama que acoja la transversalidad del trabajo desplegado cotidianamente. Así toma forma una cierta rigidez en los modos con los que se hace inteligible el trabajo en el dispositivo sanitario, reinstalando el problema que resulta de una especie de cojera que parece repercutir en los/as trabajadores de la salud mental, al ver negados los esfuerzos que invierten para realizar bien su trabajo.

[Respecto de las indicaciones sugeridas en torno a programar actividades y realizar estrategias para disminuir el nsp]: “si me lo preguntai como en macro, no sé si lo hacen por los pacientes, yo creo que lo hacen por los profesionales, pa’ que no se pierda tiempo en los profesionales (...) yo creo que, si el sistema llegase a apuntar a eso como a la inasistencia cero, sería para que ninguna persona estuviera haciendo nada, lamentablemente, más que porque el paciente estuviese compensado, con sus controles al día, sus fármacos... ¿cachai? (Magdalena, entrevista 2).

“(...) todavía recuerdo cuando escuché esa brillante idea que es como: bueno, pero si sabemos que el 30% no asiste agendamos un 30% más, casi como pa’ tener al psicólogo bien full” (Mario, entrevista 9).

Parece interesante observar nuevamente, cómo los/as encargados/as no siempre pueden vincular las decisiones que van reorganizando su trabajo a las necesidades de los/as usuarios. Esto ya que bajo la sugerencia en torno al sobre agendamiento, se escondería un fin que tendría más que ver con el control del tiempo de los profesionales, en un panorama donde se demuestra la percepción de un producir por producir. Al respecto, Magdalena luego me comentará que aquella medida (inasistencia cero) podría ser alentada por las instancias superiores fundamentalmente para asegurar el cumplimiento de metas, y con ello, dar testimonio de que se está haciendo lo que se pide que se haga con el dinero que el Estado invierte en el programa, volviendo al problema de un cierto monopolio en los mecanismos de inteligibilidad del trabajo, ahora explícitamente asociados a un criterio de productividad.

“la salud siento que está mirada en una lógica de producción, y bajo la lógica de producción los operarios tienen que producir, mientras produzcan el empresario está feliz. La mirada empresarial está feliz si tengo unos operarios, y mientras menos les voy a pagar a los operarios y me produzcan lo mismo, mejor, y lamentablemente siento que son las lógicas que operan en la salud y en la salud mental, yo hablo más en general en cuanto a salud, no es algo netamente de salud mental, creo que con lo que partí diciendo al principio, con

los tres monos que tengo, tengo que sacarles el jugo, yo no voy a pensar en colocar un cuarto mono (...)" (Mario, entrevista 9).

En este sentido, sería una mirada empresarial, definida por la exigencia de un hacer mucho dando poco, que, posada en el núcleo de la racionalidad hegemónica sanitaria, articularía este mecanismo de legitimación del trabajo que se torna excluyente de las acciones cotidianas que no califican bajo los criterios de productividad, como las que se describieron realizar cuando acontece un nsp. Desde ahí, un informe, una resolución en farmacia, la posibilidad de explicarle algo a un/a usuario/a, las coordinaciones sobre un caso, entre muchas otras son acciones que "empresarialmente" sobrarían al no sumar a las cuentas oficiales, y que, sin embargo, son desarrolladas por los/as encargados/as para poder trabajar bien. De este modo se explicita cómo en la cotidianidad, existen múltiples imprevistos y funciones que desarrollar, las que ante tal condición de exterioridad parecen cada vez más amenazadas por los avances de una exigencia de productividad a ultranza.

"(...) y quizás tampoco uno quiere que, no sé si manosee, o se toque, o se converse por el temor a que vayas a querer perder, por el temor con el que te vayas a encontrar con más [nombra a un referente] en ese sentido que te digan: "bueno sabí que la solución aquí pa' que ustedes no tengan problemas es que no tengan tiempo, y pa' eso los vamos a poner a trabajar y les vamos a poner sobrecupo" (Magdalena, entrevista 5).

Con ello, Magdalena revela cómo su incertidumbre parece explicada ahora por una escasa percepción de control sobre los destinos que puedan tomar las exigencias a las que debe responder con su trabajo, de modo que prefiere que estas dificultades permanezcan en silencio mientras no se tornen forzosas, ya que discutir las podría llevar a efectos aún más indeseados que involucran la posibilidad de que nunca se tenga tiempo, como ocurriría con los sobrecupos. Esto muestra nuevamente cómo se describe una cierta inconmensurabilidad entre gestión y arreglos cotidianos, cosa que siendo obvia destaca por la amenaza que la primera estaría produciendo a lo segundo.

"Sí, porque además se piensa como en estas reuniones como poco... poco, poco fructíferas, así como: "se reunieron, conversaron y qué decidieron", "no, lo vamos a ver cuándo venga el paciente", entonces también creo que es como para otros es poco tangible, a pesar de que tú podí decir: chuta, pero sí po me mostró un camino como súper distinto, voy a irme por ese lado ahora, pa'

unos sí po, pa' unos puede ser súper beneficioso, pero es difícil...” (Magdalena, entrevista 5).

“(…) o sea, si tú me preguntas yo cuando estuve hastiada fue con una dirección que sentía que cuando tú ibas a reuniones y cosas perdías el tiempo, había un cuestionamiento constante de que eso era pa' no trabajar” (Ximena, entrevista 4).

Finalmente, estas citas revelan cómo el problema del tiempo, ilustrado a través del “nsp”, da cuenta de una dimensión más compleja, que redonda en cómo los criterios de inteligibilidad del trabajo que el dispositivo sanitario maneja excluyen una serie de condiciones y prácticas que desde la voz de las/os psicólogas/os participantes parecen designar un sentido correlativo a dimensiones éticas, en pos de realizar bien el trabajo. Así, por ejemplo, el tiempo que puede disponerse para realizar reuniones clínicas también aparece puesto en entredicho, toda vez que sus resultados son “poco tangibles”, cuestión que manifiesta como operan las decisiones y los cortes en torno a qué prácticas pueden tener un lugar en la organización del trabajo del programa y cuáles no, ya que no logran dar testimonio de sus resultados en las claves esperadas, cayendo en una lógica de sospecha de flojera. De este modo ¿dónde ubicar el buen uso del tiempo? Al respecto, no parece descabellado plantear una cohabitación de racionalidades según qué criterio prevalezca para juzgarlo; si el de una ética de lo productivo, o el de una ética más cercana a los fundamentos clínicos inscritos en el rol.

DISCUSIONES

Intentando rescatar los elementos de mayor relevancia en torno a la exploración de las tensiones y desafíos laborales que motivaron esta investigación, una primera lectura permite identificar la percepción de un desbalance en las condiciones que enmarcan el trabajo que describen las/os encargadas/os, dado un contexto sanitario marcado por una especie de subvaloración de las prácticas psicosociales y de la salud mental en general, que se describe interpelada por el protagonismo de la biomedicina y el mundo de la gestión.

Tal desbalance resulta de un aumento progresivo de la carga laboral, la diversificación del tipo de tareas prescritas, la complejización de los métodos para evaluarlas, y la insuficiencia de los recursos humanos disponibles para efectuarlas, cuestión que en última instancia, impactará de diversas formas en la posibilidad de generar respuestas que resulten satisfactorias para los/as encargados/as del programa.

De ahí que todas las observaciones asociadas al cargo partan denunciando una base marcada por el déficit, cuestión que si bien ya aparece reconocida institucionalmente en los últimos documentos de la política pública en salud mental (Minsal 2017; 2018), evidencia al mismo tiempo la ausencia de medidas que parezcan apuntar a solucionarla, determinando un quehacer que se describe en el límite entre la necesidad percibida de integrar mayores recursos humanos y la exigencia organizacional de un “hacer más y mejor” como respuesta.

Éste más y mejor aparece determinado por aquella gestión “discordante” articulada por una meta cuantitativa, que traduce la primacía de todo un dispositivo “managerial” (Sisto y Zelaya, 2013) que se mantiene girando como el gran hacer instituido. En este escenario, los/as encargados/as deberán “gestionar” las tensiones propias que surgen de las prescripciones fundamentadas precisamente desde aquel “lado oscuro de la gestión” (Saavedra, 2009), con el fin de garantizar la consecución de los resultados exigidos.

Tal interpretación se vuelve operativa a partir de la hiperactividad asistencial y sus mecanismos de traducción a órdenes discretos, cimentando una representación productiva del trabajo reducida al testimonio de su “cumplimiento”. Al respecto, el estar *a cargo* del programa implica *cargar* la individualización de las contradicciones y paradojas que emergen de aquella discordancia organizativa, disimulando los impactos que ello genera

tanto en términos subjetivos como en las prácticas desplegadas, ya que de ello dependerá la validación e incluso el reconocimiento laboral.

De este modo, las tensiones y desafíos hallados involucran un trabajo siempre atado a la medida del mejor rendimiento posible, cuestión que involucra un condicionamiento de las prácticas bajo una lógica atada a la eficiencia, haciendo de la optimización de los tiempos y espacios el fin último en lo que compete a la concepción de las decisiones y al desarrollo de las acciones, atributos de aquella “calidad total” que coopta los esfuerzos de los/as encargados/as (De Gaulejac, 2008; Dejours, 2010).

A continuación, profundizaré en tales observaciones a través de las claves teóricas de la sociología clínica y de la psicodinámica del trabajo, enfatizando algunas lecturas en torno al “sufrimiento en el trabajo” (Dejours, 2015) que surge de la distancia explorada entre las prescripciones y evaluaciones propias del “NMP”, sus mecanismos de inteligibilidad en lo que compete al trabajo sanitario, y un real en el que aterriza una disputa en torno a sus sentidos éticos. Buscando una mayor claridad, discutiré los resultados en dos apartados para luego concluir proponiendo una proyección.

Managerialismo asistencial y las paradojas del trabajo

El IAAPS constituye un objeto desde el cual parece posible interrogar algunas tensiones relativas a la gestión del programa, al hacer de contexto de una buena parte de los hallazgos. Esto implica interpretar la existencia del indicador -y la racionalidad que lo sostiene- como un “mecanismo de rendición de cuentas” (Sisto y Zelaya, 2013) que en cuanto tal, concentra una causa primaria de trabajo.

Entendiendo que este mecanismo condensa la inserción del espíritu managerial en los avatares de la asistencia que se realiza en la APS, su exploración permite constatar cómo el trabajo interventivo que ahí realizan los/as psicólogos/as se ha ido condicionando por una orientación resultadista, operacionalizada por la autoridad central que concentran las estadísticas para expresarlo. Esta observación permite reconocer la presencia de aquel “monolingüismo de la gestión” (Molinier, 2015), que describe una gramática dentro de la cual las atenciones son representadas y valoradas según una lógica *cuantiofrénica* (De

Gaulejac, 2008), mientras va asomando irregularmente una denuncia de la exterioridad en la que caen sus desarrollos más cualitativos y procesuales (qué – cómo).

El IAAPS, de este modo, es narrado como un objeto autónomo e inmodificable, que exige invertir un tiempo variablemente escaso en actividades que logren hacer calzar los números de ingresos y egresos del programa, en un mundo virtual complejo integrado por diagnósticos viciados, ejercicios informáticos de rastreo y pacientes que reducidos a su RUT, determinan la aplicación de protocolos que en la realidad no siempre pueden realizarse.

Asumiendo la insuficiencia de esta descripción, la destaco sin embargo para reparar en el protagonismo de aquel “pliegue administrativo de trabajo”, el cual compromete los esfuerzos y fundamenta experiencias marcadas por la ansiedad e incertidumbre de los encargados/as, a partir de las evaluaciones que directivos y supervisores persiguen según el límite que imponen al sostenimiento económico del programa. Por ello, el cumplimiento de la medida arrastra consigo un modo pragmático de valorar la calidad del trabajo realizado, y desde ahí cimienta las posibilidades que los/as encargados tienen de reconocerse y ser reconocidos/as como trabajadores/as competentes, cuestión paradójica toda vez que su alcance no necesariamente es indicativo de un trabajo de calidad, según los estándares que los/as propios encargados/as relatan asumir.

Tal descripción permite puntualizar entonces cómo aparece sobrepuesto el registro evaluativo del trabajo con el registro valorativo del mismo, síntoma propio de un contexto sociocultural que se rige por un protagonismo económico, en el que se vuelve cada vez más difícil integrar el valor procesual de lo que se realiza (Aceituno, 2015). Lo anterior, pone en primera línea aquella calidad “inestimable” que caracteriza al trabajo clínico, esperablemente invisibilizada ante el triunfo de una calidad laboral que se describe reducida a criterios objetivos (Molinier, 2015), donde las cifras del “REM” constituyen el principal medio de prueba de competencia. En consecuencia, el dispositivo visibiliza una cierta rigidez en lo que compete a la inteligibilidad del trabajo, fruto de aquella “obsesión patológica” (Miranda, 2016) característica de estos mecanismos de evaluación, que tienden a negar todas las actividades que no pueden traducirse a números disponibles para ser evaluados, mientras que van desplazando la atención sólo en las tareas que consecuentemente cuentan con tal representación.

Si miramos a las actividades descritas particularmente en torno a la meta, parece relevante advertir cómo los bajo-control se van “inflando” para poder cumplir una prescripción que parece decantar en un absurdo, al supeditarse en la lógica del “siempre más” (De Gaulejac, 2008) a prevalencias automáticas devenidas de cálculos que no consideran los números locales de la población de los establecimientos. En este punto el funcionamiento del indicador es juzgado con desconfianza, ya que parece producir un círculo vicioso que no hace sino aumentar la carga de un trabajo desterritorializado y descorporizado, limitado a fines ajenos cercados por una lógica positivista, funcionalista y utilitarista (Guerrero, Balboa y Miranda, 2017).

Lo anterior implica observar cómo la mecánica interna del IAAPS impone la obligatoriedad de su incremento, cuestión que impide ver reflejados los efectos del trabajo interventivo en la salud mental de las personas, esto es, la superación de los motivos que las llevan a consultar. De ahí que entonces el indicador pierda la significatividad de lo que mide, volviéndose instrumento de una información irrelevante y vaciada de sentido, que se revela como un mecanismo de control que prescribe un trabajo desconectado de los desarrollos y fines que involucran su alcance.

Estas tensiones van siendo individualizadas por los/as encargados/as, fundamentando temores relativos a una especie de enjuiciamiento potencial de incompetencia si no se alcanzan, bajo su gestión, las cifras de cobertura impuestas, dando cuenta de la presión constante que ejercen los resultados prescritos (Gernet y Spira, 2017; Guerrero, Balboa y Miranda, 2017) frente a un real donde no siempre pueden respetarse sus procedimientos y consignas.

Tal como en estudios anteriores (Andrade, 2015; Zamora, 2015; De Gaulejac y Guerrero, 2017), esta investigación revela la necesidad de reducir la brecha prescrito-real configurada por el IAAPS a partir de aquellas “trampitas” en lo que compete a la rendición de las cuentas, donde los constantes “juegos” que los/as encargados realizan simboliza la exigencia implícita de aquel “maquillaje” de los datos producida desde dicha racionalidad estratégica. En esta investigación, sin embargo, estas acciones no siempre son descritas como una práctica buscada, sino más bien resultan como un mero efecto de aquella

“imperfección irreductible de la organización del trabajo” (Dejours, 1998), que ante el déficit de tiempo disponible torna imposible ajustar numéricamente lo solicitado.

Poniendo el foco en los relatos compartidos por Ximena, parece posible observar cómo ante la intensificación de las distancias señaladas, el despliegue de estos arreglos puede decantar en una experiencia pensable desde el sufrimiento ético (Dejours, 2015), toda vez que la psicóloga debe mentir para no ser juzgada como incompetente, asumiendo una acción que reprueba moralmente pero que decide adoptar, luego de ver negada la exposición de los límites que el IAAPS le impone.

La contrariedad moral a la base de este sufrimiento se revela al saber que tal acción colabora a un sistema ya manipulado, que junto con manifestar una condición “travesti” del indicador (esto es, que muestra coberturas que no son tal), elevará la dificultad del trabajo a realizar, agudizando su incremento. A partir de esta constatación, concluyo la relevancia de apreciar cómo la reproducción del trabajo en torno al cumplimiento de la meta de cobertura, indica la inconmensurabilidad que existe entre la gramática managerial que en ella se inscribe y las dificultades reales que los encargados/as deben enfrentar. Esto visualiza un espacio donde las paradojas e imposibles son normalizados y desplazados en ellos/as como testimonio de (in)competencia, mecanismo *perverso* que se revela inmune dado el fracaso de los intentos de diálogo que apuntan a problematizarlo. Esto último permite apreciar aquella negación que las entidades directivas aplican en torno a la “realidad” de las contradicciones prescriptivas (Dejours, 1998; 2008), cuestión que parece fundamentada desde aquella lógica managerial que sobrevalora la productividad en detrimento de la reflexividad en torno a las actividades que se realizan (De Gaulejac, 2008).

Si la interrogación de la meta de cobertura permite observar las tensiones laborales relativas a su cumplimiento, el análisis del problema del “nsp” posibilita complejizarlas, al develar la disposición del escenario en el cual tal objetivo se enmarca. En este sentido, el concepto de “organización científica del trabajo” tomado por Dejours (2001) aterriza en una óptica empresarial (Crespo, 2014), que permite discutir el impacto que en la subjetividad de los/as interventores generan los tiempos y ritmos con los que se condicionan las acciones interventivas, modelando las dificultades y desafíos de una organización que los reduce

como recursos a ser gestionados en favor del incremento de los resultados, a la forma de una cadena productiva.

En este contexto, los relatos y las observaciones de las reuniones en torno al “nsp” me permitieron colegir cómo la articulación entre rendimiento, optimización y eficacia productiva caracteriza las condiciones con las cuales se trabaja interventivamente para garantizar la cobertura, dando cuenta de una práctica asistencial que asemeja una disposición taylorizada, la que en su progresiva instalación ha logrado normalizar el trabajo como una máquina de asistencia. De este modo, la atención de los/as consultantes reaparece asimilable a un ejercicio productivo sin pausas que, cuando ocasionalmente transcurre sin inasistencias, impone un ritmo que “esclaviza al aparato psíquico” (Dejours, 2001) al impedir la recuperación del equilibrio tanto mental como fisiológico para poder seguir trabajando.

Lo anterior es justamente lo que la propuesta del sobre-agendamiento permite confirmar, toda vez que su génesis constituye un tenor disciplinario que amenaza con “quemar a los equipos”, manifiesto de aquella “sospecha de holgazanería” (Dejours, 2001) que al tiempo que muestra un corte ejercido entre tareas que se avalan y otras que se niegan (lean management), restringe las condiciones y reduce las posibilidades para cumplir con las actividades que el “trabajo vivo” demanda (Dejours, 2017), privando sus tiempos y espacios de acuerdo a las necesidades que los psicólogos/as sienten que deben priorizar.

En este sentido, y visibilizando el valor de incorporar la mirada de los/as ejecutores, los relatos dan cuenta de la realidad de un trabajo cotidiano que se desenvuelve en otras actividades que resultan imposibles de cuantificar, pero que transparentan los esfuerzos desplegados en orden a cumplir con dedicaciones igualmente relevantes, muchas siendo subsidiarias a la tarea asistencial misma. Esto muestra la brecha en la que cae un compromiso *pulpificado* asentado en el cargo, y la denegación que recae sobre aquellos *tentáculos* funcionales que no pueden articularse a las cuentas de la optimización productiva.

Por ello resulta interesante observar que el problema surgido de los “nsp”, permite ponderar cómo contiguamente al “nudo crítico” oficial (que las horas se “pierden” por las inasistencias de los/as consultantes), aparece un nudo crítico alternativo, toda vez que para los/as encargados/as la única forma de cumplir con lo real -y así balancear los *tentáculos*- sea a condición de una falla en la estrategia de lo prescrito, cuestión absurda relativa a una

medida de cobertura que se impone como si fuera la única tarea a realizar, donde se desconocen tanto las necesidades relativas a su propia realización, como su existencia en un contexto de actividades “reales” mucho más amplio.

La organización del trabajo así dispuesta condiciona entonces las posibilidades de conservar un sentido de autonomía, al reducir a la “bendición de las inasistencias” las posibilidades que los/as encargados/as tienen de suspender su existencia como un mero recurso productivo, para lograr conectarse con otras actividades que deben o sienten deber realizar. Es interesante notar cómo tal disposición del trabajo nuevamente aparece agudizando la distancia con las acciones que propone el modelo comunitario, mientras que para los/as psicólogos/as involucra un orden que no es vinculado a la búsqueda del bien superior de los/as consultantes, sino que es interpretado como un mecanismo de explotación, que disciplina el sometimiento a una posición sacrificial al alero de una agenda hasta el tope de pacientes efectivamente atendidos/as. Esto último parece tributario de una cultura asistencial biomédica que opera borrando las diferencias entre salud somática y salud mental, la cual pareciera condicionada a desarrollarse bajo una pragmática estándar constituida por la triada diagnóstico-indicación-control.

Ante tales observaciones, destaco cómo la práctica así dispuesta pareciera generar el deseo en los/as terapeutas de que los/as pacientes no lleguen a sus consultas, para así poder hacer algo de tiempo y lograr distribuirlo según el apremio del momento (resolver dudas y/o reclamos, realizar informes, ir al baño, etc.), o en consonancia a un estándar interiorizado que busca realizar una mejor atención (alargar la breve sesión percibida de 30 minutos, discutir un caso, etc.) lo que parece dar cuenta de micro-resistencias emplazadas frente la optimización pragmática del trabajo.

Al respecto, y en lo que compete al trabajo clínico, las inasistencias permiten detener el agotamiento de las capacidades afectivas para tolerar aquel ritmo asistencial, traduciendo el mandato de la optimización del tiempo a una disposición que parece éticamente subversiva, toda vez que busca favorecer la atención de un/a paciente en particular, quien optaría a un intercambio mejor perfilado. En este sentido, ¿no sería ya hora de juzgar hasta qué punto los criterios que se han implementado para favorecer la meta de cobertura, exhiben un reverso de su misión declarada, que es poder garantizar una atención que resulte

satisfactoria para los/as involucrados/as? Esta problematización también se argumenta considerando los límites de frecuencia y duración que asumen los tratamientos, cuestión que decanta en una cierta desconfianza que los/as encargados/as perciben en relación al impacto que su propio trabajo logra generar.

Así parece expresarse una paradoja del trabajo del programa de salud mental en la APS, cuando la premisa de atender mejor queda atravesada por la exigencia del atender “más”, no pareciendo posible ni cumplir, ni compartir la gramática desde la cual se define la relación de ambos criterios. De ahí que buena parte de las tensiones exploradas surjan de la disposición de prácticas que no son fácilmente articulables a una cadena de producción pragmática, lo que determina la exclusión de ejercicios como la reflexión, la pausa y la discusión los que en principio, parecen ser contra-demandados desde una resistencia a la desconsideración de la complejidad de los objetos que se condensan en el concepto de salud mental. Lo anterior parece obedecer a una interpretación del trabajo mediada por aspectos clínico-formativos, los que quedan desenganchados de la gramática managerial.

Una tensión ética minimizada

Una manera de trabajar el problema de la calidad de las intervenciones expresado por los/as encargados/as, permite profundizar en cómo la paradoja resultante del “más y mejor”, descubre la diferencia de criterios a través de los cuales se juzga la calidad del trabajo, lo que parece depender del lugar que se ocupe en su división “científica” organizacional. Del lado de los/as encargados/as, prevalece una queja frente a un cierto descuido en el que cae la dimensión terapéutica y relacional de las atenciones, según el modo en cómo se define y evalúa la práctica asistencial, cuestión que desde la teoría involucra aquel sufrimiento resultante de las trabas que los/as trabajadores/as perciben en torno a la realización de la tarea primaria de la institución (Kaes, 2004; Ferrante y Loacono, 2013).

De este modo, parece posible dibujar un panorama de trabajo que se debate gruesamente en al menos dos sustentos éticos, donde se confronta la supremacía productiva del management con una valoración apreciable desde un ethos profesional de los/as psicólogos/as, el que se ha descrito principalmente caracterizado por una orientación hacia el bienestar y el cuidado del otro/a (Sánchez, 2015; Pasmanik, Jadue y Winkler, 2012). Esto

último traduce un reclamo sobre la irrelevancia en la que caen los aspectos cualitativos e intangibles característicos de su práctica, condicionados por las claves de una “excelencia” (De Gaulejac, 2008) que no representa el sentido a preservar, en lo que compete a los desarrollos y fines del trabajo interventivo.

Tal como expresa Dejours (2008), los relatos permiten estimar el perjuicio que significa el que “pasen desapercibidos” ciertos criterios morales asociados al rol profesional de los/as encargados/as, toda vez que el lugar terapéutico de las acciones parece carecer de relevancia, ocultarse y resentirse al volverse ininteligible. Por ello, este estudio vuelve a encontrar cómo las disposiciones manageriales en el mundo sanitario favorecen la degradación de las acciones de cuidado que se perciben en favor de los/as pacientes (Gernet y Spira, 2017), interpelando a las identidades laborales por la sobrevenida de tecnologías que terminan expropiando el saber-hacer de los/as trabajadores (Stecher, 2013; Zangaro, 2010).

En concreto, las quejas relatadas por los/as encargados/as describen un desinterés instituido en relación a lo que se realice real y específicamente con los/as pacientes en el box de atención, cuestión que se vuelve secundaria frente un prescrito capturado en los resultados numéricos. Tal consideración evidencia aquella despreocupación por la calidad “técnico-científica” de las prestaciones (Burrows, et al. 2013), donde en efecto trabajar para la meta no es significado como un trabajo para los/as pacientes, o al menos queda claro cómo ambos campos se articulan en una relación de conflicto.

Un objeto concreto donde tales conflictos son expresados aparece al atender el problema del incremento de las intervenciones grupales solicitadas. Tal indicación, parece ser interpretada como una tarea que se fundamenta sólo desde un argumento costo-efectivo, cuestión que implica replicar su cumplimiento en las claves de un checklist según lo cual, se vuelven irrelevantes los contenidos desplegados y se pasa por alto el grado de pertinencia de su homogeneización, al ponderarlo a las necesidades particulares de cada consultante. De ahí que parece sostenerse la consideración “abusiva” de esta prescripción, interpretada como un intercambio estratégico más que como un abordaje que favorezca la posibilidad de realizar una intervención de calidad alternativa a la del “ethos burocrático” (Sánchez, 2015).

De este modo, la indicación permite observar cómo se desencuentran los preceptos manageriales y los criterios de calidad interiorizados de cada psicólogo/a, en la medida en que la prescripción de “hacer grupo” no se guía por un fundamento psicoterapéutico, sino incluso renuncia a él bajo el fin de garantizar la diversificación de las prestaciones en continuidad a las programaciones ministeriales, justificando acciones “más sencillas” y limitadas al apoyo social y la psicoeducación. Para los/as encargados/as sin embargo, la condición terapéutica aparece como un atributo primordial a resguardar, disputándolo con el fin de lograr un trabajo coherente a su compromiso ético con los/as usuarios/as del programa.

Bajo tal observación, pareciera que lo que se vuelve problemático se describe por una falta de acuerdos en torno a cuáles son los fines de una intervención de esta naturaleza, donde la determinación clínica expuesta hace de resistencia en la incorporación de “otra prescripción más” que se entiende supeditada al rendimiento por el rendimiento, cuestión que a su vez es negada por el servicio de salud como una tensión percibida por los/as encargados/as, lo que finalmente impide problematizar y discutir cuáles son las posibilidades y los límites de estas acciones. Comentario aparte merece el problema de los ingresos grupales, al constituir una prescripción que impediría la privacidad y el tiempo suficiente para que los/as pacientes puedan desplegar sus malestares, caracterizando una indicación que parece olvidar el respeto por los ritmos particulares al asumir que todo/a consultante podrá de inmediato poner en palabras sus dificultades y/o síntomas. Esta tensión aparece como otra dificultad negada, ya que de ello depende la configuración de las categorías necesarias para poner en funcionamiento la máquina distributiva de las prestaciones, que vuelve a expresar cómo se imponen los criterios de optimización por sobre los criterios profesionales (Aveggio, 2017).

En síntesis, el problema de los grupos parece reiterar cómo habitan prácticas que se definen desde marcos diferentes, dificultando su entendimiento al no contar con un lenguaje común desde el cual logren expresarse y reconocerse las divergencias frente al quehacer interventivo. Desde la base que surge al descubrir y abstraer esta desconexión, interpreto la existencia de una “realidad laboral generadora de sufrimiento” (Rolo, 2014), dado un contexto atravesado por normativas en conflicto que fuerzan a pasar por alto y/o renunciar a

algunos esquemas organizativos, técnicos y valóricos de los/as trabajadores (Foladori, 2017).

De este modo, propongo trabajar aquella “calidad ausente” compartida por los/as encargados/as según una nueva mirada al concepto de sufrimiento, recuperándolo según aquella distancia que surge entre lo prescrito y “las propias demandas psicológicas” (Dejours, 2011) que ellos/as describen. Tal sufrimiento reintroduce una perspectiva ética, toda vez que su análisis devela un hacer que se describe en disonancia con otros principios interiorizados, en tanto el trabajo interventivo realizado es connotado en una condición de insuficiencia al no poder impactar en la salud de los/as usuarios como se esperaría poder y tener que hacerlo. Esto determina que incluso deban ser los/as propios usuarios/as quienes *en su mundo* deban resolver las motivaciones que los llevan a consultar, como expuso Magdalena.

Sobreviene así una segunda lectura susceptible de realizar en torno al sufrimiento ético (Dejours, 2015), que se describe al reparar cómo trabajar en salud mental a veces implique “no dar nada” de salud mental, en la medida en que el para qué y el para quién de las acciones aparece sobrepuesto y confundido por el primado *cuantiofrénico*, revelándose una especie de deuda frente a la “moral del psicólogo/a” y a las expectativas concentradas en el rol frente al sufrimiento de los/as usuarios/as. Se modela así una paradoja que parece constituir un desafío mayor frente a la preservación de un trabajo que conserve su sentido ético, cuestión que desde lo hallado en esta investigación se complejiza al reparar en relatos que fluctúan entre el rechazo a las definiciones concentradas en aquella pragmática optimizada del trabajo interventivo, y la satisfacción de un actuar conforme a dicha prescripción.

Tal como lo ha planteado la PDT, un modo de trabajar esta observación implica pensar el problema de la “normalidad en el sufrimiento” estabilizado por su defensa (Dejours, 2014: Balboa, s/f), entendiendo que aquella deuda ética debe ser negada en la cotidianidad para poder conservar un sentido mínimo de agencia y así poder continuar trabajando. Esta defensa, parece operar a través de un clivaje que permite minimizar (Gernet y Spira, 2017) el juicio susceptible de aplicar respecto a la articulación paradójica entre gestión y percepción en falta según las orientaciones y los fines que guían el trabajo

interventivo, manteniéndolas como dos tareas separadas que pueden modularse individualmente “según las competencias técnicas del profesional”.

De este modo, si durante las entrevistas se me hizo posible colegir cómo las demandas y evaluaciones administrativas del trabajo son resistidas y puntualizadas como distractores de la tarea primaria asistencial -en lo que compete a producir intervenciones desde un estándar clínico conservado-, tal disyuntiva parece permanecer silenciada en la cotidianidad, lo que permite suspender una reflexión que, de tener lugar, agudizaría una posición de desconcierto que conviene mantener a distancia, y sólo se hizo patente a través de las entrevistas realizadas. Este hallazgo, por ejemplo, fue expresado en aquellos comentarios que bordean con cierta culpa una percepción de irresponsabilidad, cuando se toma consciencia de no siempre lograr atender “aquello que realmente importa”, acercándose a la conclusión de un costo que es pagado como sufrimiento por los encargados/as. Dicho sufrimiento involucra una dimensión ética, al reconocer el lugar accesorio en el que quedan ubicados/as los consultantes, frente a prescripciones *obsesionadas* con la lógica del cumplimiento, como aquella que llamaba a realizar prácticas comunitarias aún a costa del enojo de los/as usuarios/as. Asimismo, tal sufrimiento se expresa al reconocer no contar con las competencias necesarias para realizar intervenciones grupales de manera satisfactoria, sembrando las dudas sobre la calidad de un trabajo del que se desconfía, sintetizado en la pregunta: “¿estamos haciendo un bien?”

Este panorama me permite apreciar una cierta “superposición de sufrimientos”, donde el sufrimiento institucional observado en torno a los obstáculos para la realización de las tareas sanitarias de cuidado se condensa en un sufrimiento ético, correspondiente a la imposibilidad de abordar el sufrimiento psíquico de los/as consultantes según ciertos principios, valores y modos de hacer asociados a la identidad clínica de los/as psicólogos/as. Esto resulta en la posibilidad de particularizar el sufrimiento laboral explorado al integrar el lugar en el que se percibe el fundamento asistencial de las prácticas, animando una disputa ética por el sentido y los fines del trabajo que se expresa en el problema de la calidad denunciado.

Por otro lado, cuando la defensa parece intensificar esta escisión “gestión-clínica/cuidado”, aparecen sustituidas las dudas sobre la calidad por el placer del trabajo

administrativo, redirigiendo los sentidos al entretenimiento en las funciones de traducción contables hasta el punto de reconocer -e incluso disfrutar- aquel “trabajo sucio” (Hughes, 2010 en Rolo, 2014) el que ahora deviene fuente de satisfacción, lo que recuerda su función mediadora hacia el reconocimiento. Esta observación testimonia el triunfo de la ética managerial en lo que compete a la producción de un “sujeto diligente” (Zamora, 2013), que adhiere a sus principios a través de una decisión autónoma y responsable.

Así parecen revelarse los efectos de control de un management teorizado como una “tecnología del yo” (Zangaro, 2010), que permite validar el modo en como el IAAPS evalúa y prescribe el trabajo, reduciendo así la brecha prescrito-real para transformar el sufrimiento en placer, lo que hace recordar aquella “servitud voluntaria en la era hipermoderna” (De Gaulejac y Guerrero, 2017). Lo anterior, sin embargo, no deja de exhibir el carácter paradójico de estas defensas, ya que permiten mantener intocada la estructura de la realidad generadora del sufrimiento, “volviendo aceptable aquello que no debería serlo” (Dejours, 2008; Zabala, 2017). Esto adquiere relevancia ya que en teoría, estas modalidades defensivas impactan en la calidad del trabajo realizado (Zabala, 2017), cuestión que los/as propios encargados/as argumentan como la gran salida a la paradoja explorada, dibujando un círculo vicioso impotente, que no logra asir el origen de las dificultades.

Es llamativo considerar que las defensas se expresen de manera discontinua, lo que muestra como la subjetividad laboral admite posiciones contradictorias e incoherentes (Stecher, 2013; Zabala, 2017). Así, Magdalena explicita que hay demasiado énfasis en llenar datos sin preocuparse de la calidad de las intervenciones, y al mismo tiempo considera que uno de los mayores logros del programa bajo su gestión ha sido la limpieza del “bajo control”. Del mismo modo, Mario considera gustarle el “trabajo sucio” de contabilizar atenciones y ordenarlas en una planilla, y al mismo tiempo relata la impertinencia de la modalidad prescriptiva y evaluativa devenida del IAAPS, cuando la contrasta al sentido clínico de su trabajo. Por último, Ximena a la vez que connota *la perversión* del IAAPS, parece rechazar los argumentos que los/as encargados/as “nuevos” revelan en torno al impacto que dicho dispositivo produce en la calidad de las intervenciones, dado el financiamiento comprometido. Reitero frente a dichas observaciones que el problema no radica en la pertinencia del trabajo administrativo en sí, sino más bien en la imposibilidad

de problematizar su existencia como condición de base para aquellos perjuicios que decantan en el problema de la calidad de las intervenciones.

Con independencia de la fluctuación aludida, el asumir e intentar resolver la paradoja organizacional supondrá el desafío que finalmente todo/a encargado/a deberá sortear, intentando balancear los tentáculos funcionales para cumplirle tanto “a Dios como al César”, es decir, tener aquel “ingenio” que permita “maquinar” soluciones estratégicas que puedan responder a las prescripciones discretas y/o cuantitativas relativas al IAAPS, y al mismo tiempo, no descuidar la calidad de las atenciones, cuestión resuelta vía síntoma al menos, como una alternativa narrable desde la constatación de aquella “locura prescriptiva” del trabajo (Dejours, 2017).

Lo anterior finalmente parece reflejar un desafío que aprecio excesivo, precisamente al reparar en el problema que supone una organización que mientras deniega sus paradojas, ve como cada individuo se propone responder por ellas, cuestión frente a la cual las defensas aparecen como respuesta, suspendiendo el pensamiento sobre los intereses, fines y costos de lo que se impone realizar. Esto, sin embargo, no impide que hayan asomado otras alternativas como las expresadas por Diana, quien apuesta por “meterse el número al bolsillo”, táctica que mientras no repercuta en sanciones simbólicas como las padecidas por Ximena, parece mantenerse como una opción real, ocasional y riesgosamente aplicable.

CONCLUSIÓN: Una propuesta deliberativa

En síntesis, esta tesis apostó por interrogar algunos aspectos organizativos de la salud mental en la APS, con el fin de explorar las tensiones y desafíos del trabajo desde la perspectiva de sus profesionales encargados/as. En lo que compete al trabajo interventivo, busqué que esta investigación se constituyera como una alternativa al énfasis que suelen tener los abordajes y tratamientos sin que se repare lo suficiente en las condiciones laborales e institucionales en las cuales tales procesos se realizan, ni se considere la experiencia relativa de quienes en los establecimientos los modelan y ejercen.

Al respecto, concluyo la presencia de una organización laboral “paradojante” (Degaulejac y Hanique, 2014, en Degaulejac y Guerrero, 2017), que busca responder a las dificultades a través de un “exceso de gestión”, toda vez que los criterios que priman para evaluar las acciones terminan redefiniendo sus métodos y fines desde una lógica positivista, pragmática y utilitarista, que obedece a la necesidad de optimizar los rendimientos al alero de una asistencia reconvertida por una orientación productivista.

Esto involucra la existencia de un cierto avasallamiento percibido por acción de la hegemonía de la *cuantiofrenia* managerial, frente a algunos criterios profesionales, clínicos y éticos inscritos en el ethos de los psicólogos/as, quienes desde ahí levantan necesidades, alternativas y críticas que demandan ser reconocidas, hacia la posibilidad de incidir en la conservación de la calidad y el sentido ético del trabajo. Esta tensión posibilita establecer otra manera de pensar la reproducción de algunos “nudos críticos” de la salud mental, donde aquellos “pobres resultados” señalados en materias de rehabilitación, resolutivez, intervenciones comunitarias y calidad de las prácticas entre otros (Minsal, 2017; 2018), pueden ser explicados por una organización laboral que tiende a desconocer y/o negar los saberes-hacer a través de los cuales los/as interventores conciben sus prácticas, obstaculizando algunas de sus acciones y llevándolos/as a priorizar otras distintas de las que consideran primarias e intentan preservar.

Tal observación decanta en una “superposición de sufrimientos” en lo relativo al trabajo de salud mental en la APS, considerando el límite que los/as encargados/as perciben en torno a la posibilidad de desplegar acciones desde saberes y haceres que les resulten coherentes y eficaces, para poder impactar favorablemente en el bienestar de cada usuario/a

que solicita la asistencia. Así, la trama “psicólogo/a-trabajo-usuario/a” puede ser analizada según una condensación entre la vertiente institucional, ética y psíquica del sufrimiento, cuestión minimizada por los/as encargados/as como parte de una operatoria defensiva tan necesaria como paradójica.

Esta consideración implica observar cómo las prescripciones pragmáticas que se cierran en objetivos asistenciales como la “autonomía”, el “apoyo social” y la “psicoeducación” por un lado, y el mero cumplimiento de las indicaciones discretas por el otro, no sólo no logran representar el sentido de los objetivos que los encargados/as intentan instalar en sus procesos interventivos, sino que, dadas sus determinaciones *eficientistas* y *optimizantes*, terminan condicionándolos. De modo que el trabajo aparece permanentemente asediado por el riesgo de desplegarse desalineado del ethos profesional, desde donde se percibe (sufre) un descuido y/o una simplificación de las necesidades del usuario/a. Lo anterior llama a problematizar cómo en ocasiones, los criterios costo efectivos y amparados bajo el paradigma de la evidencia parecen movilizar resistencias, al no siempre poder ser articulados a ciertos fundamentos éticos de la práctica que despliegan los/as psicólogos/as en salud mental.

Atendiendo a lo señalado propongo reflexionar acerca de la pertinencia de aquellos “espacios de deliberación” (Gernet y Spira, 2017) como una proyección que surge de esta tesis, focalizando la relación observada que se establece entre los/as encargados/as del programa y los referentes del servicio de salud, en el intento de integrar nuevos y necesarios desafíos. Dichos espacios pueden observarse como un camino válido frente a la necesidad de dar reconocimiento a las dificultades, con el fin de explorar potenciales aperturas que permitan problematizarlas, socializando los desafíos hacia la posibilidad de re-interrogar las constricciones organizacionales y así aspirar a mitigar sus impactos.

Esta propuesta de abordaje implica plantear la necesidad de abrir un lugar que permita acoger los malestares que despliegan los/as encargados/as, material desde el cual puedan ser transparentados y reconocidos los desafíos *reales* del trabajo del programa. Esto supone exponer una articulación que, partiendo desde la percepción del déficit de los recursos, recorra las exigencias y costos producidos por la primacía del monolingüismo de la gestión, en la búsqueda de una iniciativa que tienda a no negar las paradojas organizacionales, ni

perpetúe la individualización de sus efectos. Tal iniciativa sólo parece plausible en la medida en que los desafíos puedan colectivizarse, lo que exige una cierta voluntad para suspender, en algunas instancias, la distancia entre supervisores y encargados/as, con el fin de abordar las tensiones más allá de una cierta focalización obsesiva en las exigencias, la que muchas veces observé bajo una sospecha de obstinación e inoperancia que los primeros dirigían a los/as segundos/as.

Al respecto, si este estudio permite observar un condicionamiento instrumental de las prácticas que parece cada vez mejor dispuesto, el desafío supone reconocer las incomodidades y/o resistencias halladas como respuesta, en el sentido de al menos visibilizar los desencuentros que desde la hegemonía de aquella gestión obsesionada por los registros cuantitativos, resultadistas y taylorizados del trabajo se posan sobre las posibilidades de desplegar prácticas con un sentido conservado, desafío que curiosamente aparece explícitamente expuesto para los/as trabajadores de la salud mental en el último documento ministerial relativo (Minsal, 2018). Lo anterior implica interrogar las posibilidades de reorganizar el trabajo sin desconocer la mediación de las prácticas interventivas a partir de un ethos profesional (Dejours, 2017), que aparece caracterizado por una cierta identidad clínica de los/as psicólogos/as en el contexto de una tarea primaria asistencial orientada hacia el cuidado del otro/a (Laugier, 2007; Molinier, 2015). Vale advertir que dicha determinación clínica no debe ser leída como un sesgo individualizante en lo que compete al desarrollo de las prácticas, sino más bien como una posición caracterizada por valores y saberes-hacer determinados, desde la cual se busca cautelar ciertas condiciones que permitan impactar en la salud mental de los/as usuarios/as.

Dialogar y deliberar supondría reconocer aquello que se esconde tras los juicios de holgazanería que devienen de los “nsp”, del mismo modo en que puedan ser expuestas y atendidas las paradojas ampliamente observadas respecto de la presión que la meta ejerce - y la cultura represiva y sancionatoria que desde ella se articula- frente a la posibilidad de implementar -y también reflexionar- en torno a los límites y posibilidades de las prácticas clínicas y comunitarias, cuestión que impondría la necesidad de discutir la rigidez de los criterios a través de los cuales se juzga la productividad, permitiendo espacios y tiempos que no permanezcan atados a ellos. Si aceptamos que el IAAPS cumple una función como

“flotador” de los/as psicólogos/as en la APS, quizás haya que apuntar humanizar sus efectos en los/as trabajadores/as, produciendo algunos *parches* que detengan el hundimiento de los principios y valores que intentan resguardar.

El problema de las intervenciones grupales constata más gráficamente la necesidad deliberativa, toda vez que su controversia está animada por la coexistencia de dos maneras excluyentes de valorar la práctica, donde se enfrenta la calidad managerial y la calidad interventiva expuesta por los/as participantes, cuestión que impide explotar un objeto que eventualmente podría satisfacer a ambas éticas, si se lograran discutir, diferenciar y reorganizar colectivamente sus límites y objetivos. Esto implica, por un lado, generar las condiciones que permitan revertir la interpretación de la instancia como un mandato arbitrario y homogeneizante, que cuestiona los criterios clínicos derivados del caso a caso. Por el otro, involucra visibilizar cómo las potencialidades de los trabajos en grupos no necesariamente deben reducirse a una modalidad psicoterapéutica, entregando una respuesta a la demanda de capacitación que exponen los/as encargados/as la que simbólicamente, parece buscar una mayor capacidad reflexiva en torno al desarrollo de esta práctica.

En otros términos resulta interesante observar, cómo el trabajo en salud mental no logra hacerse de evaluaciones que sean más coherentes a su intangibilidad, cuestión que sin embargo, -y asumiendo que tales evaluaciones descansan en una estructura mayor y más compleja de modificar-, no debiese decantar en la agudización de medidas que lo condicionan a volverse un discurrir atado a la maquinación estratégica, reducido al testimonio de números que en su limitación representativa han ido moldeando la conveniencia de comprimir los espacios para el despliegue del sufrimiento de los/as consultantes. Abordar esta tensión, problematizando sus desafíos, supone apostar a enfrentar el avance de una racionalidad que parece ir restringiendo cada vez más el lugar relacional como fundamento de la tarea asistencial, y no sólo juzgarse según el grado de implementación del modelo comunitario, lo que abre otro problema susceptible de ser abordado en nuevas investigaciones.

La intangibilidad del trabajo particulariza tanto el problema de las acciones relativas al “trabajo vivo” cotidiano, como sus enlaces con prácticas que al tener como objetivo a la salud mental, demanda considerar la complejidad de la subjetividad, los modos singulares

en cómo ésta se va (re)produciendo, las aproximaciones hacia el sufrimiento psíquico y sus determinaciones históricas y socioculturales, y los mandatos e ideales que se condensan en los discursos y las prácticas sanitarias, entre otros. Estas temáticas parecen tener cada vez menos espacio en el acontecer laboral estudiado, cuestión que decanta en una excesiva simplificación avalada por un interés organizacional limitado a evaluar las tareas del programa como si éste operara en un universal asimilable a resultados discretos, homologado a una fábrica productiva de prácticas homogéneas y homogeneizantes.

Tal orientación expresa cómo los esfuerzos y las preguntas que fundamentan el trabajo cotidiano privilegien los órdenes normativos de una gestión que lo mueve a ser engullido por una calidad que repite aquella “paradoja de las paradojas” relativas a la imposición de la valórica *cuantiofrénica* (De Gaulejac, 2008). Por ello concluyo que dichos hallazgos hablan acerca de una cierta irrelevancia en la que parece caer el problema de los fundamentos y fines de los tratamientos, dando cuenta de una postergación delicada, que terminaría impactando en las posibilidades que los/as usuarios/as tienen para encontrar una respuesta singular a sus malestares y sufrimientos.

Lo anterior apuesta a reconocer la necesidad de recuperar el trabajo *artesanal* en el desarrollo de las intervenciones que ejecutan los/as psicólogos, el cual apunta a la posibilidad de transformar el sufrimiento laboral gracias al placer que implica “realizar bien una tarea, sin más” (Sennet, 2009. p. 12). Desde este autor se puede establecer cómo la idea del “trabajo bien hecho” se ha vuelto invisible y ha quedado sin recompensa en la actualidad, dado el influjo que la nueva economía ha producido en la eficiencia y la energía de los/as trabajadores, impactando en la posibilidad de desplegar acciones que integren habilidad, responsabilidad y juicio, tal como fue graficado en esta investigación.

Por eso reitero la relevancia de conservar ciertas condiciones que permitan abordajes desde criterios alternativos a la racionalidad productiva, lo que implica no desconocer la necesidad de sostener los ejercicios de pausa, reflexión y articulación grupal relativos al trabajo clínico, cuestión que no parece significar una mera “costumbre” en lo que compete al desarrollo del trabajo explorado, sino el efecto de una perspectiva valórica (Sanfuentes, Espinoza y Navarro, 2017) que demanda revalorizar ciertas condiciones asistenciales para lograr “estar a la altura” de las necesidades de salud mental del otro/a. Como expresa

Aveggio (2017, p. 109): “Una política de salud mental podría, primero, resolver los problemas propiamente clínicos, antes de proponerse objetivos propios del desarrollo social”.

Por otra parte, como limitación de esta investigación señalo el reducido número de encargados/as a los/as que pude entrevistar, lo que abre la necesidad de complementar los hallazgos con aproximaciones que rescaten nuevas voces. Asimismo, creo relevante y necesario incorporar la mirada de los gestores ministeriales y/o de los servicios de salud, con el fin no sólo de comprender mejor el funcionamiento de la organización laboral de la salud mental en la APS, sino además, entendiendo que en ellos también se vuelcan las paradojas organizacionales, lo que permite hipotetizar la existencia de otras experiencias y sufrimientos relevantes de conocer y contrastar, al paso que urge interrogar el cómo están entendiendo los métodos y fines de las atenciones psicoterapéuticas. Del mismo modo, integrar las experiencias de usuarios/as enriquecería el análisis según las respuestas que perciben obtener frente a sus necesidades y motivaciones de asistencia, para así contrastar y/o complejizar el interjuego de sufrimientos señalado.

Para finalizar, y considerando las tensiones éticas trabajadas, creo pertinente revisitar el espíritu de las propuestas que desde el psicoanálisis han sido insistente y prolijamente problematizadas en relación a la salud mental en el escenario sanitario público, donde el avance managerial parece limitar tanto las posibilidades de escucha, reflexión, y coherencia entre formación y acción de los/as interventores, como el despliegue singular –y ajustado a sus tiempos- de los malestares y sufrimientos que llevan a los pacientes a buscar la asistencia.

De ahí que adhiera a las propuestas que llaman a guiar las prácticas sin negar la singularidad que cada persona vuelca en las consultas con el/la psicólogo/a (Aveggio, 2017; Castro, 2013; Aceituno, Miranda y Jiménez, 2012) permitiendo el hecho de que los/as pacientes *puedan hablar* (Galende, 1990; Laurent, 2000), cuestión que marca un proceder que resulta contrario a cualquier optimización pragmática asistencial, y que caracteriza una condición de base hacia cualquier posibilidad real de cambio.

Desde ahí, la oferta sanitaria en salud mental no puede seguir limitando las condiciones a través de las cuales se intente resguardar el lugar primario del vínculo entre paciente y tratante, lo que redundaría en las posibilidades de producir dispositivos sanitarios

“menos crueles” (Laurent, 2000), que garanticen un mínimo derecho a las particularidades (ignoradas) de la vida psíquica (Miranda, 2016) tanto de quienes consultan, como de quienes trabajan o desean trabajar a partir de ellas.

Lo señalado implica que estos desafíos no puedan confinarse a ser instalados sólo en la práctica asistencial del box, ya que ello no haría más que agudizar e individualizar las exigencias, desconociendo y normalizando el lugar central que juegan las paradojas prescritas. En base a lo anterior es que este estudio permite argumentar la necesidad imperativa de disputar otras gramáticas alternativas a las inscritas en las definiciones manageriales del trabajo, recordando como siempre parece estar en juego la posibilidad de conquistar nuevas representaciones dada aquella poliglosia presente en los mundos sanitarios (Molinier, 2015).

Sostengo así un llamado a no renunciar en la disputa que permita incidir en las definiciones de las políticas sanitarias, revalorizando la necesidad de aglutinar voluntades hacia la germinación de intervenciones políticas que apuesten a reclamar por los modos en cómo se desea trabajar en salud mental, reconociendo el valor que da la experiencia del terreno, desde donde también se realizan evaluaciones dignas y convenientes de ser contempladas.

REFERENCIAS

- Abad, G. (2016). Los estudios críticos en la gestión: naturaleza y alcance de su campo disciplinario. Quito, Ecuador. Comité de investigaciones Universidad Andina Simón Bolívar.
- Abal, P. (2007). Notas sobre la noción de resistencia en Michel de Certeau. *Kairos*, 20, 1-11. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2509373>
- Aceituno R. Miranda G. Jiménez A. (2012). Experiencias de desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Anales*, 7(3), 87-102. Universidad de Chile.
- Aceituno, R. (2015). Propuestas y proyecciones. En Arensburg, S. (Comp.). *Qué se evalúa cuando se evalúa*. (pp. 98-105). Santiago: Social-Ediciones, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.
- Acuña, E. (2017). Socio-análisis y clínicas del trabajo. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (pp. 82-105). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Almirón, L. (2008). Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(4) 56-65.
- Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2000). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5) 423-436.
- Andrade, G. (2015) “Hacer trampita” para sobrevivir: significaciones sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria. *Psicoperspectivas*, 14(3), 117-127. doi:10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue3-fulltext-603
- Araujo, A. Masse, V. Silvestre, L. Weisz, B. (2017) Placer y displacer en el trabajo: El caso de los inspectores de enseñanza secundaria a nivel nacional. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (pp. 249-274). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Ascorra, P. (2002). Cómo y para qué se ha instaurado el discurso de la maximización de beneficios en la esfera psicoterapéutica: Análisis de las evaluaciones de costo beneficio. *Psicoperspectivas*. 1 (1), 21-43. Recuperado de <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/38>
- Ascorra, P. (2010). Aportes de las Ciencias Sociales al nuevo management (editorial). *Psicoperspectivas*. 9(1), 1-6. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/119/84>
- Aveggio, R. (2017). Psicoanálisis y políticas públicas de salud mental en Chile: Universalidad, diversidad y singularidad. *Estado, gobierno y gestión pública*, (30), 87-114. Doi: 10.5354/0717-8980.2018.49243
- Balboa, M. (2013). *Psicología Clínica Institucional: Una intervención que fracasa cuando es exitosa. Estudio de caso de intervención sobre sufrimiento institucional*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile.
- Balboa, M. (s/f). Acerca de la noción de Sufrimiento en el Trabajo y Sufrimiento Institucional. Unidad sufrimiento y salud mental en el trabajo. Recuperado de

- <https://es.scribd.com/document/231995202/Balboa-Acerca-del-sufrimiento-institucional>
- Bassi, J. (2013). Adiós a la partitura: una defensa de los diseños flexibles en investigación social. En Canales, M. (coord-ed.). *Investigación social: lenguajes del diseño*. (pp. 43-72). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Besoain, C. y Astorga, M. (2017). Relatar la vida laboral. Pistas para investigar el sufrimiento laboral en el capitalismo contemporáneo. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (pp. 325-350). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Blanch, J. (2007). Psicología Social del Trabajo. En Aguilar, M. y Reid, A. (Eds.). *Tratado de Psicología Social. Perspectivas Socioculturales*. (Pp. 210-238.). Barcelona, España: Anthropos UAM.
- Burrows, J. Echeverría B. Goic A. Herrera C. Quintana C. Rojas A. et al. (2013). Dimensión ética en la organización de la atención de salud. *Revista médica de Chile*, 141(6), 780-786. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000600013>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica inalcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82. doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-3
- Callejo, J. (2012). Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76(5), 409-422.
- Canales, M. (coord-ed.) (2006). *Metodologías de la investigación social*. Santiago de Chile. LOM Ediciones.
- Carrasco, J. y Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), pp. 98-108. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/415/327>
- Castillo, C. (2016). De la salud como gestión y las posibilidades de lo cotidiano. En Radiszcz, E. (ed.). *Malestar y destinos del malestar. Políticas de la desdicha*. (Pp. 96-105). Santiago: Social-Ediciones, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS*, 11, 73-114. Recuperado de https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/viewFile/1567/2038
- Chavez, J. y Piquinela, P. (2017). Expertos en ciencia, legos en política: ¿Que psicólogos para las políticas públicas? *Psicoperspectivas*, 16(3), 87-98. DOI: <http://dx.doi.org/psicoperspectivas-vol16-issue3-fulltext-1006>
- Coffey, A y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia
- Cottet, P. (2013). Tres versiones del diseño para investigaciones sociales. En Canales, M. (coord-ed.). *Investigación social: lenguajes del diseño*. (Pp. 15-42). Santiago de Chile: LOM Ediciones
- Crespo, J. (2014). El bienestar laboral de los profesionales de la medicina: Una comparativa iberoamericana. *Revista del Centro de Estudios de Sociología del Trabajo*, 6, 39-71. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/269393326_El_bienestar_laboral_de_los_profesionales_de_la_medicina_una_comparativa_iberamericana

- Cuevas, M. y Guerra, R. (2010). Vínculo y sufrimiento institucionales. Discusión de conceptos a partir de un estudio de caso. *Praxis*, 17, 23-50.
- Da Rosa, S. Chalfin, M. Baasch, D. Soares, J. (2011). Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. *Universitas Psychologica*, 10(1), 175-188. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy10-1.ssta>
- De Certeau, M. (1980). *La invención de lo cotidiano*. México: Universidad Iberoamericana, 1999.
- De Gaulejac V. (2008). El costo de la excelencia. Conferencia realizada en Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/trabajo/alonzo/TRABAJ%20ALONZO/e1%20costo%20de%20la%20excelencia.pdf>
- De Gaulejac, V. y Guerrero, P. (2017). Gestión paradójica del capitalismo actual: Un sistema que nos está volviendo locos. En Foladori, H. y Guerrero, P. (2017) (eds.) *Malestar en el trabajo. Desarrollo e intervención*. (pp. 13-27). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Dejours, C. (1998). De la Psicopatología a la Psicodinámica del trabajo. En Dessors, D. y Ghio-Bailly, M. *Organización del trabajo y salud: de la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Dejours, C. (2001). *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires: Lumen.
- Dejours, C. (2008). *La banalización de la injusticia social* (2 edición). Buenos Aires: Topía editorial.
- Dejours, C. (2010). Contribución de la Clínica de la Clínica del trabajo a la teoría del sufrimiento. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/contribución-clínica-del-trabajo-teoría-del-sufrimiento>
- Dejours, C. (2011). Psicopatología del trabajo – Psicodinámica del Trabajo. *Laboreal*, 7(1), 13-16. Recuperado de <http://laboreal.up.pt/files/articles/1316f2.pdf>
- Dejours, C. (2012). *Trabajo vivo. Tomo 1: Sexualidad y trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Topía editorial.
- Dejours, C. (2014). *Psicopatología del Trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila editores.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Topía editorial
- Dejours, C. (2017). La sublimación entre el sufrimiento y el placer en el trabajo. (P. Guerrero Trad.) En Foladori, H. y Guerrero, P. *Malestar en el trabajo. Desarrollo e intervención*. (pp. 29-44). Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Dessors, D. y Molinier, P. (1998). La psicodinámica del trabajo. En Dessors, D. y Ghio Bailly, M. (1998). *Organización del trabajo y salud: de la psicopatología a la Psicodinámica del Trabajo*. (pp. 11-22). Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Dimenstein, M. (2003) Los (des)caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 13(5) 341-345. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892003000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Dois, A., Contreras, A. Bravo, P. Mora, I. Soto, G. Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los

- usuarios. *Revista médica de Chile*, 144(5), 585-592. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>
- Fardella, C. Sisto, V. Morales, K. Rivera, G. Soto, R. (2016). Identidades Laborales y Ética del Trabajo Público en Tiempos de Rendición de Cuentas. *Psyke*, 25(2), 1-11. doi:10.7764/psyke.25.2.789
- Fernandes, R. Jiménez-Brobeil, S. Do Carmo, M. Almeyda, D. Do Nascimento, E. Araujo, P. (2016). Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología* [online], 34 (2) 357-386. Extraído de <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.006>
- Ferrante, M. y Loiacono, R. (2013). Violencia institucional y sufrimiento psíquico en instituciones totales. Encrucijadas de la modernidad tardía. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata S.
- Foladori, H. (2006). BURN OUT: El trabajo psíquico con equipos de salud. *Área 3*. Número especial ISSN 1886-6530, 1-13.
- Foladori, H. (2017). La clínica institucional. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (pp. 56-81). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Gajardo, M. (2014). *Inserción/exclusión del Psicoanálisis en el sistema público de salud en Chile*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile. Santiago
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Garcés, L. y Giraldo, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones filosóficas*, 22, 187-201.
- Garcés, M. (2017). El fenómeno de la “calidad total”: Análisis y reflexión sobre las actuales políticas de prevención de riesgos y su relación con la salud mental y bienestar de los trabajadores. En Foladori, H. y Guerrero, P. (2017) (eds.) *Malestar en el trabajo. Desarrollo e intervención*. (pp. 63- 81). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Gastal de Castro, F. (2017). Fenomenología y sociología clínica: Contribución acerca del sentido del trabajo en nuestros días. En Foladori, H. y Guerrero, P. (2017) (eds.) *Malestar en el trabajo. Desarrollo e intervención*. (pp. 45-61). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Gernet, I. Spira, F. ¿Trabajar o (des)honrar la vida? Una aproximación clínica al trabajo de atención en una unidad de cuidados intensivos. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (pp. 169-194). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Glasser, B. y Strauss, A. (1999) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine De Gruyter.
- González, F. (2000). *Investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores.

- Guerrero, P. Balboa, M. Miranda, G. (2017). Sufrimiento y reconocimiento en el trabajo: un estudio de caso. *Teuken Bidikay*, 8(11), 175-190.
- Guerrero, P. De Gaulejac, V. (2017). Sociología clínica del trabajo. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.). *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (pp. 106-126 Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Has, A. Diaz, D. Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia psicológica*, 20(1), 23-28.
- Holstein, J. y Gubrium, J. (2004). The active interview. En D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice* (2ª ed., pp. 140-161). London, Reino Unido: Sage.
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas públicas*. Madrid, España: El viejo topo.
- Kaes. R. (2004). Complejidad de los espacios institucionales y trayecto de los espacios psíquicos. *Revista de Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 26 (3), 655-670.
- Laugier, S. (2007). Le care: enjeux politiques d'une éthique féministe. *Raison publique*, 6, 29-47.
- Laurent, E. (2000) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.
- López, O. (2018). Management y procesos de subjetivación en organizaciones internacionales. *Psicoperspectivas*, 17(3), 1-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue3-fulltext-1340>
- Martic, D. (2015). *El lugar de la familia en la intervención clínica en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Región Metropolitana*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile. Santiago
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Martínez, R. y Soto-Reyes, E. (2012). El consenso de Washington: La instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Política y Cultura*, 37, 35-64. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n37/n37a3.pdf>
- Mera, P. Morales, I. Mosquera, M. (2018). Rol del psicólogo en la gestión de la política pública y la salud mental en el municipio de Cajibío Cauca. *Atas – Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. 3, 362-371.
- Ministerio de Salud, Chile. (s/f). Misión y funciones de la Subsecretaría de redes asistenciales. Recuperado de <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones-2/>
- Ministerio de Salud, Chile. (2008). En el camino al centro de salud familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Ministerio de Salud, Chile. (2009). Metodología: Elaboración de planes de mejora continua para la gestión de la calidad. Subsecretaría de redes asistenciales. Departamento de calidad y seguridad del paciente.
- Ministerio de Salud, Chile. (2011). Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal. Evaluación de indexadores del per cápita basal. Subsecretaría de redes asistenciales. División de atención primaria.

- Ministerio de Salud, Chile. (2013). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigidos a equipos de salud. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria.
- Ministerio de Salud, Chile. (2015). Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de Atención Primaria. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria.
- Ministerio de Salud, Chile. (2016). Índice de Actividad de Atención Primaria. Orientación técnica y metodología de evaluación. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria.
- Ministerio de Salud, Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017 -2025.
- Ministerio de Salud, Chile. (2018). Modelo de gestión red temática de salud mental en la red general de salud. Subsecretaría de redes asistenciales.
- Minoletti, A. Rojas, G. Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud Mental en Atención Primaria en Chile. Aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 440-447. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400006>
- Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázaval M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Rev Panam de Salud Pública* 42:e136.
- Miranda, G. (2011). Políticas públicas y salud mental en el Chile de hoy. *Medicina Social*. 6(3). 259-265 Extraído de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/575>
- Miranda, G. (2016). Malestar en Chile, política sanitaria y psicoanálisis. En Radiszcz, E. (ed.). *Malestar y destinos del malestar. Políticas de la desdicha*. (Pp. 32-51). Santiago: Social-Ediciones, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.
- Molinier, P. (2015). Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible? *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 57, 132-140. Extraído de <http://revistapediatria.com.ar/wpcontent/uploads/2015/07/Revista-Ni%C3%B1os-257-53-61.pdf>
- Moncada. S. (2015). Psicología y atención primaria de salud: Una propuesta de competencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3), 293-304. Recuperado de <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/37646/312>
- Montoya-Aguilar, C. (2013). *La salud dividida. Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación*. Santiago de Chile: Ediciones Ceibo.
- Neffa, J. (1999) Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate [En línea]. *Orientación y Sociedad*, 1, 127-162. Recuperado de: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2956/pr.2956.pdf
- Nusshold, P. (2014). *Sufrimiento ético en las actividades de servicio*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.academica.org/000035/337>

- Nusshold, P. (2015). *Organización del trabajo y sufrimiento psíquico en las actividades e servicio, el caso de los call center en Argentina*. Tesis para obtener el grado de doctor en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Orejuela, J. y Ramírez, A. (2011). Aproximación cualitativa al estudio de la subjetividad laboral en profesionales colombianos. *Pensamiento psicológico*, 9(16) 125-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80118612008>
- Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile/OMS, MINSAL (2006). Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile. Santiago, Chile.
- Organización Panamericana de la Salud/OPS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Paperman, P. (2011). La perspectiva del care: de la ética a lo político. En L. G. Arango y P. Molinier (Eds.). *El Trabajo y la ética del cuidado*. (pp. 25-44). Medellín, Colombia: La Carreta Social.
- Pasmanik, D. Jadue, F. y Winkler, M. (2012). Un acercamiento al ethos profesional en estudiantes de psicología al inicio del ciclo centrado en la formación profesional. *Acta bioethica*, 18(1), 111-120. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S1726569X2012000100010>
- Parra, M. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37.
- Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Tomo II. Técnicas de análisis de datos*. Madrid, España: La Muralla S.A.
- Pujol, A. (2014). Trabajo creativo, subjetividad y posibilidades del abordaje clínico. En Pujol, M. y Gutierrez, A. (Eds.). *Trabajo y subjetividad: Indagaciones clínicas*. (Pp. 23-32). Simposio Trabajo, Actividad y Subjetividad (TAS). Universidad Nacional de Córdoba.
- Pujol, M. Gutierrez, A. Barnes, F. (2014). Cuidar y cuidarse en el trabajo. Contribuciones desde una perspectiva clínica. En Pujol, M. y Gutierrez, A. (Eds.). *Trabajo y subjetividad: Indagaciones clínicas*. (Pp. 117-132). Simposio Trabajo, Actividad y Subjetividad (TAS). Universidad Nacional de Córdoba.
- Pulido-Martínez, H. y Sato, L. (2013). ...Y entonces ¿esto de la crítica qué es? De las relaciones entre la psicología y el mundo del trabajo. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1355-1368. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.rpmt
- Quiroz, J. (2010). Taylorismo, Fordismo y administración científica en la industria automotriz. *Gestión y estrategia*, 38, 75-87. Recuperado de <http://gestionyestrategia.azc.uam.mx/index.php/rge/article/view/107>
- Retamal, P. Markkula, N. Peña, S. (2016). Salud mental en Chile y Finlandia: Desafíos y lecciones. *Rev Med Chile*, 144, 930-935.
- Rolo, D. (2014). Restricciones organizativas, distorsión de la comunicación y sufrimiento ético: El caso de los centros de atención telefónica. *Laboreal*, 1, 79-83. Recuperado de laboreal.up.pt/files/articles/79_83_5.pdf
- Ruiz, J. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España: Deusto.
- Saavedra, J. (2009) Descubriendo el lado oscuro de la gestión. Los critical management studies o una nueva forma de abordar los fenómenos organizacionales. *Revista de la*

- Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar Nueva Granada*, 17(2) 45-60. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rfce/v17n2/v17n2a04.pdf
- Saldaña, A. (2008). La sociedad enferma de gestión. Ideología gestionaria, poder managerial y hostigamiento social. *CPU-e, revista de Investigación Educativa*, 7, 1-6. Recuperado de http://www.uv.mx/cpue/num7/resena/saldana_sociedad_gestion.html
- Sánchez, M. (2015). Ethos profesional del psicólogo: Entre el deber ser y la responsabilidad prudencial. *Perspectivas en Psicología*, 12(3), 44-49. Recuperado de <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/209>
- Sanfuentes, M. Espinoza, T. Navarro, B. (2017). Conflictos y dilemas del rol laboral en profesionales del Servicio Nacional de Menores. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (Pp. 224-248). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Scharager, J. Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-159. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S102049892007000800001>
- Sennet, R. (2009). *El Artesano*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Silva, M. (2016). *¿Por qué sufren los trabajadores de la salud? El caso de un Centro de Salud Familiar Rural del sur de Chile*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Chile.
- Sisto, V. (2012). Identidades desafiadas: Individualización, managerialismo y trabajo docente en el Chile actual. *Psykhé*, 21(2), 35-46.
- Sisto, V. y Zelaya, V. (2013). La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del *managerialismo* como práctica local. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1345-1354. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.edha
- Spink, M. y Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. En M. J. Spink (Ed.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-63). São Paulo: Cortez.
- Spink, P. (2009). Los psicólogos y las políticas públicas en América Latina: El big mac y lo caballos de Troia. *Psicoperspectivas*, 8(2), 12-34. Recuperado desde <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Stecher, A. (2010). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. Discusiones desde América Latina. *Universitas psicológica*, 9(1), 93-107. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a08.pdf>
- Stecher, A. Ansoleaga, M. Toro, J. Godoy, L. Blanch, J. (2012, Agosto). *Riesgos psicosociales en profesionales de la salud pública en Chile*. Manuscrito no publicado. Segundo fórum de Sociología de la AIS, justicia social y democratización. Buenos Aires, Argentina.
- Stecher, A. (2013). Un modelo crítico-interpretativo para el estudio de las identidades laborales. Contribuciones a la investigación psicosocial sobre trabajo y subjetividad en América Latina. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1311-1324. Doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.mcie

- Toledo, E. (2009). La rendición de cuentas (accountability) y la retórica de la nueva gestión pública. *Espacios Públicos*, 12(24), 71–89. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=67611167005
- Valdés, C. y Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud. *Serie Claves de Políticas Públicas*, 11, 1-10. Instituto de Políticas Públicas Universidad Diego Portales.
- Wlosko M. y Ros C. (2015). El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y de la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier. *Salud Colectiva*, 11(3), 445-454.
- Zabala, X. (2017). La Psicodinámica del trabajo. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (Pp. 29-55). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (2017). Convergencias y diversidad: una presentación. En Zabala, X. Guerrero, P. Besoain, C. (Eds.) *Clínicas del trabajo. Teorías e intervenciones*. (Pp. 11-25). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Zamora, J. (2013). Subjetivación del trabajo: Dominación capitalista y sufrimiento, *Constelaciones*, 5, 151-169. Recuperado de constelaciones-rtc.net/article/view/820
- Zamora, C. (2015) *Prácticas y registros de las(os) psicólogas(os) a nivel de salud primaria, elementos de performatividad en las políticas públicas en salud mental en Chile*. Tesis para optar al grado de doctor en Psicología. Universidad Católica de Valparaíso, Chile.
- Zangaro, M. (2010). Subjetividad y trabajo: el management como dispositivo de gobierno. *Trabajo y sociedad*, 16(15), 163-177. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15146871201100010010&ng=es&tlng=es.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado de autorización institucional



DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

Estimado coordinador del Programa de Salud Mental

Este documento corresponde a una solicitud dirigida a usted, en el contexto de un proyecto de investigación cualitativa vinculada a la obtención del grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, titulado “Organización laboral y Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Un análisis en torno a la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as”. Para autorizar esta solicitud, es importante que usted considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro en torno a esta información:

Objetivos: El propósito de esta investigación, es explorar la configuración de los sentidos laborales de psicólogos/as que trabajan en la Atención Primaria de Salud.

Participación: A usted le solicito únicamente, que me permita observar las reuniones mensuales del programa de Salud Mental que organiza y preside. Tenga en cuenta que dicha observación, excluye toda intervención verbal de mi parte durante los encuentros, así también toda interacción con sus asistentes. Las observaciones que a usted le solicito, implican mi presencia en las reuniones por todo el tiempo que duren. La cantidad de observaciones estará supeditada a la evolución de la investigación, respetando todo límite y/o condicionante que usted desee establecer. No utilizaré ningún tipo de medio audiovisual, pero registraré la información observada a través de anotaciones gráficas. Es preciso que usted sepa que esta información será principalmente utilizada para dar contexto local y contenido al trabajo que realizan los psicólogos/as encargados del programa de Salud Mental de los Centros de Atención Primaria, lo que me permitirá realizar posteriormente entrevistas a una muestra indeterminada de los/as asistentes a la reunión.

Riesgos: Considerando que esta reunión es una instancia que da a conocer aspectos laborales como resultados, evaluaciones, propuestas y discusiones en torno al programa de Salud Mental de los Centros de Atención Primaria de su zona, usted podría considerar riesgoso que la información que observaré quedara disponible para el conocimiento público. En vista de este alcance, y ante la sensibilidad que suponen las opiniones y percepciones de todos/as quienes participen de la reunión, garantizo que esta información será tratada en forma confidencial, y no se utilizará para otros fines que los estrictamente relacionados con este estudio.

Confidencialidad: Las acciones concretas a tomar son:

Resguardar estrictamente la confidencialidad de las identidades de sus participantes, lo que supone no publicar nunca el nombre de ningún involucrado/a en ella. Nunca publicar los Centros de Salud al cual pertenezcan los/as participantes. Nunca publicar que estas observaciones fueron realizadas en este Servicio de Salud. Nunca publicar cifras relativas a resultados sobre ninguna dimensión del programa de Salud Mental de cualquiera de los Centros de Atención Primaria al que pertenecen los/as asistentes.

Asimismo, la información recabada la conservaré exclusivamente en tanto investigador responsable, solo compartiendo sus contenidos con el académico que guía esta investigación. Guardaré esta información hasta que finalice la investigación, con el objetivo de poder rescatar elementos que pudieran ser necesarios de incluir en fases posteriores del estudio, lo que incluye la presentación final en el marco de la obtención para el grado académico.

Voluntariedad: La autorización puesta en estos términos es absolutamente voluntaria. Rechazar esta solicitud no significará ningún perjuicio para usted. Del mismo modo, usted podrá revertir y/o cancelar la autorización en cualquier momento del proceso que estime conveniente.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por autorizar este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información importante para conocer cómo se vivencia el trabajo sanitario como psicólogo/a encargado del programa de Salud Mental en la Atención Primaria, lo que reportará beneficios para explorar necesidades, desafíos, satisfacciones y estrategias relativas a la realización de esta labor.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, le ofreceré una copia de la versión final en formato digital, que le enviaré a su correo electrónico una vez que la investigación haya sido evaluada en todas las instancias correspondientes.

Datos de contacto³³: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactarme como Investigador Responsable de este estudio:

Psicólogo Diego Aguirre Alvarado

Teléfonos: (9)72150994

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: djaguirre.alvarado@gmail.com

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues

Presidenta

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2978 9726

³³ Este punto es igual en todos los consentimientos, por lo que lo presento sólo en esta ocasión.

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Edificio A, Oficina 20. Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico: comité.etica@facso.cl

HOJA DE FIRMAS DE CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo,, coordinador del programa de Salud Mental de este Servicio de Salud, declaro que he leído (o se me ha leído) este documento, y entiendo claramente de qué se trata la investigación a la que esta unidad ha sido invitada a participar, y en qué consiste dicha participación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas me han sido respondidas.

Considerando lo anterior, autorizo esta solicitud de investigación. Esto implica que el investigador puede observar las reuniones del programa de Salud Mental de este Servicio de Salud.

Firma Representante Institucional

Firma del Investigador Responsable

Correo electrónico Representante Institucional _____

Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia para cada parte

ANEXO 2: Consentimiento informado para realizar las observaciones



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto de la investigación: Organización laboral y Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Un análisis en torno a la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as.

INFORMACIÓN

Usted, en tanto asistente a la reunión del programa de Salud Mental de su Servicio de Salud, está siendo invitado(a) a formar parte de esta investigación, que busca aproximarse a la experiencia de trabajo como psicólogo/a cargo de este programa, en la Atención Primaria de Salud. El objetivo de este estudio es explorar la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as que se producen en este contexto.

El investigador responsable de este estudio es el Psicólogo Diego Aguirre Alvarado, Estudiante de Magíster en Psicología Clínica Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Esta investigación es patrocinada por la Dra. Svenska Arensburg Castelli, directora académica de la misma facultad.

Para aceptar participar en esta investigación, es importante que usted considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en aceptar que el investigador permanezca como observador de ésta y las próximas 4 o 5 reuniones de este programa durante toda su duración. Es preciso que sepa que el investigador no intervendrá en las reuniones, y sólo se limitará a observar, lo que le excluye de cualquier otra participación durante la misma. Considere que la información que el investigador buscará durante las observaciones, está enfocada en conocer los contenidos, objetivos, tareas y desafíos respecto de la coordinación del programa de Salud Mental.

Además, es necesario que usted sepa que estas observaciones sólo serán registradas con anotaciones gráficas en papel.

Finalmente, y al cabo de algunas observaciones, usted debe saber que el investigador seleccionará a algunos asistentes como usted, para solicitarle una potencial entrevista a realizarse en otro momento. En el caso de que usted fuera seleccionado/a, su participación le será solicitada nuevamente en otra oportunidad, siendo esta participación completamente libre y voluntaria.

Riesgos: Considerando que esta instancia supone el hecho de que usted pudiera manifestar sus apreciaciones respecto de algunas dimensiones de su trabajo, ya sea en la forma de opiniones, impresiones, dudas, críticas, etc. y que esta investigación se constituirá como un documento público de libre acceso, usted eventualmente podría temer que dicha información pudiera ser identificada, lo que eventualmente no desea, o incluso, teme que su difusión podría significarle algún tipo de

perjuicio. Por estas y cualquier otra razón, es imprescindible que usted sepa que toda intervención que usted realice durante las reuniones que el investigador observará, quedarán en la más estricta confidencialidad, lo que será detallado en el punto correspondiente explicitado más abajo en este documento.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por permitir la observación del investigador. No obstante, su autorización permitirá generar información para conocer algunas dimensiones del trabajo sanitario en Salud Mental, lo que reportará beneficios para explorar y caracterizar la realización de esta labor.

Voluntariedad: Su aprobación para la observación que le solicita el investigador es absolutamente libre y voluntaria. Usted tiene toda libertad de rechazar su participación entendida en estos términos, en cualquier momento, decisión que será mantenida en reserva y no implicará perjuicio alguno para usted. Esto significará la cancelación y/o suspensión inmediata de la observación del investigador.

En caso de que usted prefiriera no ser observado/a y sólo si lo desea, puede contactar al investigador a través del correo electrónico indicado más abajo, para conversar acerca de la razón de su negativa. De este modo, usted permitiría que el investigador conociera sus motivos, abriendo la posibilidad de solucionar los aspectos que fundamentan su negativa.

Confidencialidad: En el caso de que alguna intervención suya durante las reuniones sea considerada en este estudio, usted debe saber que su identidad nunca se dará a conocer, y será mantenida en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación nunca aparecerá su nombre, ni ningún otro contenido que haga alusión a su persona. Del mismo modo, en ninguna presentación ni publicación asociada a esta investigación se revelará información alguna que permita identificar el Centro de Salud en el cual usted trabaja, información que además no será recabada por el investigador. Tampoco se dará a conocer que esta investigación se realizó en este Servicio de Salud. Toda información extraída de las observaciones será conservada exclusivamente por el investigador a cargo, quien compartirá algunos contenidos con el académico que guía esta investigación. Esta información será conservada hasta que esta investigación finalice, con el objetivo de poder rescatar elementos que pudieran ser necesarios de incluir en fases posteriores, incluida la presentación final en el marco de la obtención para el grado académico.

Conocimiento de los resultados: Si usted quisiera conocer los resultados de esta investigación, como es su derecho, se le ofrecerá una copia de la versión final en formato digital que será enviada a su correo electrónico una vez que ésta haya finalizado.

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO³⁴

Yo,, acepto participar en el estudio: “Organización laboral y Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Un análisis en torno a la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as” en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador Responsable

Correo Electrónico Participante: _____

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia para cada parte

³⁴ Al igual que la nota al pie anterior, este formulario se replica en los consentimientos siguientes, por lo que lo presento sólo en esta oportunidad.

ANEXO 3: Consentimiento informado entrevistas a participantes



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto de investigación: Organización laboral, y Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Un análisis en torno a la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as.

INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en esta investigación, que busca aproximarse a su experiencia de trabajo como psicólogo/a encargado del programa de Salud Mental de Atención Primaria de Salud. El objetivo de este estudio es explorar la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as que se producen en este contexto. Usted ha sido seleccionado(a) porque es un/a psicólogo/a que lleva más de tres años trabajando en un Centro de Atención Primaria, y asiste regularmente a las reuniones mensuales del programa de salud mental, pertenecientes a su Servicio de Salud, dada su condición como encargado/a de este programa en su establecimiento.

El investigador responsable de este estudio es el Psicólogo Diego Aguirre Alvarado, Estudiante de Magíster en Psicología Clínica Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Esta investigación es patrocinada por la Dra. Svenska Arensburg Castelli, directora académica de la misma facultad.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que usted considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista semi-estructurada, que se dividirá en dos encuentros distintos. En ambos encuentros, la entrevista propone desarrollarse como un intercambio espontáneo con el investigador, quien le realizará algunas preguntas en torno a su experiencia como psicólogo/a en su trabajo. La entrevista, abarcará temas relativos a su percepción sobre varias dimensiones laborales, como la política pública en salud, la realidad local del establecimiento donde trabaja y en general, las dificultades, oportunidades y desafíos a los que se enfrenta en este contexto. Las entrevistas durarán alrededor de 90 minutos cada una, y serán realizadas en el lugar, día y hora que usted estime conveniente. De ser necesario, el investigador accederá a financiar los gastos de movilización en caso de que usted deba trasladarse a algún lugar determinado para participar en la entrevista.

Es preciso que usted sepa que las entrevistas serán registradas con grabadora de audio para facilitar su proceso de análisis, pudiendo ser interrumpidas, suspendidas y retomadas por usted, en cualquier momento del transcurso que sean realizadas, según las razones que desee y cuantas veces estime conveniente.

Riesgos: Considerando que esta instancia supone el hecho de que usted comparta aspectos personales sobre su experiencia laboral, y esta investigación se constituirá como un documento público de libre acceso, usted eventualmente podría temer que sus impresiones, opiniones o vivencias pudieran ser identificadas y valoradas negativamente por personas afines a su trabajo, especialmente, por entes superiores como jefaturas, directores, referentes comunales y/o ministeriales de salud, lo que podría significarle algún tipo de perjuicio ya sea directo o indirecto. Por esta razón, es imprescindible que usted sepa que, tanto su participación en estas entrevistas, como todo lo que usted comente en ellas quedará en la más estricta confidencialidad, lo que será detallado en el punto correspondiente explicitado más abajo en este documento.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para conocer cómo se vive el trabajo sanitario como psicólogo/a en la salud pública, lo que reportará beneficios para explorar necesidades, desafíos, satisfacciones y estrategias relativas a la realización de esta labor.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria, teniendo en todo momento la libertad de rechazar su participación en la investigación. Del mismo modo, usted podrá contestar las preguntas que desee, como también de detener y/o cancelar su participación en cualquier momento que estime conveniente, lo que no implicará perjuicio alguno para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre nunca aparecerá, siendo siempre reemplazado por otra denominación ficticia, que respetará su género, su edad, y los años que lleva trabajando en la APS. Del mismo modo, en ninguna presentación ni publicación asociada a esta investigación se revelará información alguna que permita identificar el Centro de Salud en el cual usted trabaja, ni el Servicio de Salud respectivo. Asimismo, si durante las entrevistas hay algún contenido que usted no quisiera que fuese dado a conocer, o fuera meritorio de algún cambio para resguardar su confidencialidad, se procederá a atender dicha solicitud sin condicionante alguna. La información que usted entregue será conservada exclusivamente por el investigador a cargo, quien compartirá los contenidos con el académico que guía esta investigación. Esta información será conservada hasta que esta investigación finalice, con el objetivo de poder rescatar elementos que pudieran ser necesarios de incluir en fases posteriores, incluida la presentación final en el marco de la obtención para el grado académico.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se ofrecerá una copia de la versión final en formato digital, que se enviará a su correo electrónico una vez que ésta haya finalizado.

ANEXO 4: Consentimiento informado experto



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto de investigación: Organización laboral y Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Un análisis en torno a la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as.

INFORMACIÓN

Usted, en tanto experto de la temática de Salud Mental en APS, considerando su experiencia y conocimiento en la implementación, desarrollo y desafíos de las políticas públicas en esta materia, ha sido invitado(a) a formar parte de esta investigación, que busca aproximarse a la experiencia de trabajo de psicólogos/as que estén a cargo del programa de Salud Mental en la Atención Primaria. El objetivo de este estudio es explorar la configuración de los sentidos del trabajo de Psicólogos/as que se producen en este contexto.

El investigador responsable de este estudio es el Psicólogo Diego Aguirre Alvarado, Estudiante de Magíster en Psicología Clínica Adultos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Esta investigación es patrocinada por la Dra. Svenska Arensburg Castelli, directora académica de la misma facultad.

Para aceptar participar en esta investigación, es importante que usted considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista semi-estructurada, consistente en algunas preguntas en torno a su conocimiento sobre aspectos relacionados a los programas de salud mental que se implementan en la APS, y al rol de los profesionales psicólogos/as vinculados a ellos. La entrevista durará alrededor de 90 minutos, y será realizada en el lugar, día y hora que usted estime conveniente. De ser necesario, el investigador accederá a financiar los gastos de movilización en caso de que usted deba trasladarse a algún lugar determinado para participar en la entrevista.

Es preciso que usted sepa que la entrevista será registrada con grabadora de audio para facilitar su proceso de análisis, pudiendo ser interrumpida, suspendida y/o retomada por usted en cualquier momento del transcurso que sea realizada, según las razones que desee y cuantas veces estime conveniente.

Riesgos: Considerando que esta instancia supone el hecho de que usted pudiese compartir apreciaciones personales sobre el funcionamiento de los programas de Salud Mental y/o del desempeño de algunos profesionales implicados en ellos, y que esta investigación se constituirá como un documento público de libre acceso, usted eventualmente podría temer que sus impresiones, opiniones o vivencias pudieran ser identificadas, lo que podría no desear por temores a algún perjuicio, ya sea directo o indirecto, o porque simplemente no lo desea. Por esta razón, es imprescindible que usted sepa que, tanto su participación en esta entrevista, como todo lo que usted

comente en ellas quedará en la más estricta confidencialidad, lo que será detallado en el punto correspondiente explicitado más abajo en este documento.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para contextualizar las determinaciones y fundamentos del programa de Salud Mental en cuanto a aspectos relevantes como funciones, expectativas, dificultades y desafíos, lo que reportará beneficios para estructurar y encaminar el análisis de esta investigación.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria, teniendo en todo momento la libertad de rechazar su participación en la investigación. Del mismo modo, usted podrá contestar las preguntas que desee, como también de detener y/o cancelar su participación en cualquier momento que estime conveniente, lo que no implicará perjuicio alguno para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación su nombre nunca aparecerá, a menos que usted desee y manifieste lo contrario. Lo mismo se aplicará en relación a su lugar de trabajo actual y anterior, teniendo usted siempre el control respecto de qué información desea y no desea que sea difundida, lo que será explícitamente preguntado por el investigador. Del mismo modo, si durante las entrevistas hay algún contenido que usted no quisiera que fuese dado a conocer, o fuera meritorio de algún cambio para resguardar su confidencialidad, se procederá a atender dicha solicitud sin condicionante alguna. La información que usted entregue será conservada exclusivamente por el investigador a cargo, quien compartirá los contenidos con el académico que guía esta investigación. Esta información será conservada hasta que esta investigación finalice, con el objetivo de poder rescatar elementos que pudieran ser necesarios de incluir en fases posteriores, incluida la presentación final en el marco de la obtención para el grado académico.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se ofrecerá una copia de la versión final en formato digital, que se enviará a su correo electrónico una vez que ésta haya finalizado.

ANEXO 5: Pauta de preguntas de las entrevistas realizadas

- 1.- Cuéntame acerca de cómo ha sido tu experiencia en el trabajo de tu CESFAM, de las cosas que te gusta hacer ahí, las que no tanto, y sobre la importancia que tiene para ti ser uno/a de los/as psicólogos/as de tu centro. La idea es que yo me pueda hacer una primera fotografía acerca de cómo te sientes respecto a tu trabajo.
- 2.- ¿Qué ámbitos de acción del programa te parece que son los de mayor relevancia?
- 3.- ¿Qué tal te sientes con las condiciones (conocimientos, recursos, grado de decisión) que dispones para asumir las tareas como encargada del programa?
- 4.- ¿Cómo sientes que han cambiado tus prioridades, preocupaciones y tu forma de trabajar como psicólogo/a desde que asumiste la coordinación del programa?
- 5.- ¿Qué sientes que es lo que más te ha costado en este proceso? Háblame de las dificultades y desafíos en torno a hacerte cargo del programa.
- 6.- Pensando en tu experiencia y tus expectativas, ¿qué esperas de tu trabajo en este rol?
- 7.- ¿Qué destacarías en términos del aprendizaje que has adquirido a partir de esta función? ¿qué es lo que sientes que te hace más sentido de tu trabajo?
- 8.- ¿Qué tanta coherencia hay entre el trabajo para las jefaturas/servicio y el trabajo para los/as pacientes? ¿puede que te sientas medio/a escindido/a a veces entre las evaluaciones y lo que haces con los/as pacientes?
- 9.- De acuerdo a tu visión personal, ¿qué acciones te parecen las más pertinentes para mejorar la Salud Mental de las personas? ¿se logran implementar?
- 10.- ¿Desde tu experiencia local, si tuvieras la posibilidad de retroalimentar a las instancias superiores que toman decisiones sobre la política pública en Salud Mental, ¿sobre qué te gustaría discutir o reflexionar para que algo cambiara?
- 11.- ¿Cómo crees que esos aspectos cambiarían tu vivencia de este trabajo?
- 12.- Recuerdo que en las reuniones del programa de SM a las que asistí como observador, alguien decía que para ser Psicólogo/a de APS no bastaba con la formación, sino que había que ser un buen “líder social”, ¿qué te parece eso? ¿por qué crees que se definió de esa manera el rol como psicólogo/a?
- 13.- Alguien dijo que existe “una dificultad técnica de los psicólogos que entran en el APS”, a propósito de que la psicoterapia fue descrita como una actividad no pertinente. ¿qué piensas de esa idea? ¿cómo te está resultando actualmente la tarea terapéutica?
- 14.- A lo largo de las reuniones escuché mucho la palabra “gestionar”: la asistencia de usuarios/as, el bajo control, las horas, el tema de los nsp, etc. ¿podrías explicarme que significa o cómo entiendes esto de gestionar? ¿qué sentido tienen para ti estas tareas?

15.- En ese contexto, los “planes de mejora” parecen haberse tomado la pauta en torno a lo que les están pidiendo desde el servicio, lo que parece enfocado a mejorar indicadores como la asistencia y el bajo control, ¿son estas áreas las que a tu juicio merecen ser mejoradas o crees que se deberían mejorar otras cosas antes?

16.- Considerando que el REM es el instrumento estadístico más importante ¿le cambiarías o agregarías algo en relación a la Salud Mental? ¿qué? ¿por qué? ¿cómo te resulta trabajar en el mundo de lo estadístico?