



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

**Salud Pública como Espacio Público: Diseño feminista para espacios de cuidado, encuentro y colaboración entre Estado y Ciudadanía en torno al bienestar.**

**Tesis o AFE para optar al grado de Magister en Estudios de Género y Cultura, Mención en Ciencias Sociales**

***PATRICIA ISIDORA SÁNCHEZ HIDALGO***

**Director(a):**

**Paulina Vergara Saavedra**

**Comisión Examinadora:**

***Santiago de Chile, año 2022***

## Índice

Resumen .....	4
Agradecimientos .....	5
Planteamiento del problema .....	6
Objetivos.....	11
Marco teórico .....	12
Espacios y lugares para la salud pública .....	12
Salud Pública como Espacio Público: Lugar de contradicción para la dicotomía público-privado.....	13
El diseño de los Espacios de Salud Pública hoy en día .....	17
Incorporación de una perspectiva Feminista al Diseño .....	20
Marco metodológico .....	24
Investigación para el diseño con enfoque feminista y cualitativo .....	24
Herramientas y métodos utilizados .....	27
Resultados.....	34
Las formas de habitar el Cesfam San Rafael .....	34
La importancia de la flexibilidad de los espacios .....	46
Las condiciones para la construcción de un lugar en los espacios de salud pública	48
Arraigo y respeto hacia las dinámicas el territorio en que se inserta el servicio de salud .....	48
Construcción de confianza entre Estado y Ciudadanía .....	51
Adaptación a las necesidades biopsicosociales como acto de atención.....	53
El rol de las mujeres en la co-construcción y mantención de Espacios de Salud Pública .....	55

---

Las condiciones de vida de las mujeres y cuidadores en San Rafael para su participación en el espacio público .....	55
Mujeres como representantes de Estado y Ciudadanía en la relación Cesfam-territorio .....	57
Recomendaciones para el diseño de Espacios de Salud Pública con perspectiva feminista a partir del caso del Cesfam San Rafael.....	61
Cuidado: Hacerse presente desde la atención .....	61
Encuentro: Favorecer la posibilidad de entablar relaciones .....	65
Colaboración: Co-construir los espacios de salud pública .....	67
Recomendaciones de diseño con perspectiva feminista para los espacios de salud .....	69
Conclusiones .....	74
Bibliografía.....	79
Anexos.....	85

### **Tablas**

Tabla 1. Resumen de visitas a terreno	28
Tabla 2. Resumen de entrevistas y jornadas en terreno realizadas	30

## Resumen

Actualmente, el Cesfam San Rafael en la comuna de La Pintana en Santiago de Chile, parece materializar la idea de Salud Pública como Espacio Público tanto en sus instalaciones, que se presentan equipadas para diversas actividades que van más allá de la concepción biomédica y apuntan a una visión más holística o biopsicosocial de la salud, como en el espacio de relación que ha construido con el territorio a través de un grupo de funcionarias denominadas Ejecutivas de Familia y la coordinación de éstas con las Dirigentas Vecinales de la población San Rafael. Es por esto que el presente proyecto pretende realizar una descripción y análisis de los modos de habitar e interactuar que emergen hoy alrededor de este centro de salud a través de un proceso de etnografía feminista que posteriormente permita determinar cuáles serían las características prioritarias para el diseño de Espacios de Salud Pública –en tanto puntos de contacto entre Estado y Ciudadanía– que acojan y promuevan el encuentro, el cuidado y la colaboración desde una perspectiva feminista del diseño que pueda inspirar la proyección de futuros espacios de atención y espera en salud pública. El estudio muestra cómo la flexibilidad de instituciones como ésta que se muestran capaces de reconocer y adaptarse a las condiciones del territorio son clave en la construcción de una relación de confianza y respeto mutuo que transforma los espacios en lugares cargados de significados afectivos pero que gran parte de esa relación se sostiene en el rol que juega la red de mujeres –tanto funcionarias como vecinas– como cuidadoras del territorio, perpetuando el sesgo de género respecto a la capacidad innata de las mujeres para ejercer estas labores. Finalmente, a modo de conclusiones, se discute respecto a la capacidad que podría tener un diseño con perspectiva feminista para abordar la brecha de implementación de las políticas públicas con enfoque de género al ocuparse de manera crítica de la materialización de éstas en los espacios de estadía y relación.

## Palabras clave:

Espacio público, Salud pública, Atención primaria, Diseño feminista

---

## Agradecimientos

A Patti y Canito por darme las herramientas y ventajas para hacer todo lo que se me ocurre y levantarme en los momentos más bajos,

a mis hermanas Panchi y Dani por las risas y las distracciones, y en especial a Jechu por traer un Porotuti que me motiva a seguir intentando transformar el mundo,

a Mimi por encontrar interesante todo lo que hago,

a Pablo por convencerme de hacer esto y siempre confiar en capacidades que ni yo sabía que tenía,

a Simón, Gonzalo, Gabriel, Consu y Andrés por ser el lugar donde esconderme y recargarme hace tantos años,

a Martín por dejar todo botado para celebrar mis logros y calmar mis ansiedades cada vez que es necesario,

a Vale por ser mi compañera en los malos feminismos,

a Cata, Micho, Paloma y Ro por enseñarme a disfrutar la compañía y complicidad de la amistad entre mujeres con el oráculo y las cartas.

a Nino, Pau, Mafe, Sofi y Pancha por hacer el proceso más llevadero.

al Cesfam San Rafael por dejarme realizar este trabajo en medio de una pandemia.

---

## Planteamiento del problema

A partir de la experiencia adquirida en investigación e intervención en salas de espera de hospitales públicos y otras instituciones del estado como la Dirección del Trabajo, propongo dar continuidad a esa línea de trabajo con esta propuesta de indagación en relación a cuáles serían los aspectos esenciales para el diseño de Espacios de Salud Pública con una perspectiva feminista, a partir de la sistematización y análisis del caso del Cesfam San Rafael en La Pintana, Santiago de Chile. El acceso a este centro de salud es consecuencia de mi participación como co-investigadora de una investigación interdisciplinaria entre las escuelas de Diseño y Antropología de la Pontificia Universidad Católica de Chile denominada 'Desarrollo de indicadores de evaluación y de una metodología para diseñar salas de espera en la Red de Salud Pública desde una perspectiva biopsicosocial para la reactivación de las prestaciones sanitarias en un contexto post COVID-19<sup>1</sup>, el cual busca develar cuáles serían las condiciones materiales que propiciarían la recuperación de la confianza y posibilidad de encuentro entre usuarios en diversos espacios de espera de atención primaria y urgencia en centros de salud pertenecientes al SSMSO. Dicha investigación tenía entre sus espacios de indagación e intervención el CESFAM San Rafael como ejemplo de políticas que imbrican de manera exitosa Salud Pública y territorio y por lo tanto valía la pena de ser sistematizado tanto para efectos del proyecto como para el posterior desarrollo de esta investigación.

Como se mencionó previamente, el Cesfam San Rafael como caso de estudio resulta particularmente atractivo por la superposición de dos espacios de salud en él. Por un lado, las salas de espera y atención que se han ido adaptando a diversas necesidades de los pacientes y sus acompañantes, no limitándose solo a lo relacionado a salud, como con la implementación de una biblioteca comunitaria o la ayuda que prestaron

---

<sup>1</sup> Proyecto a cargo de los docentes Felipe Palma (Escuela de Antropología UC), Pablo Hermansen (Escuela de Diseño UC) y Patricia Sánchez (Escuela de Diseño UC), financiado por la Vicerrectoría de Investigación de la Pontificia Universidad Católica a través del Concurso de Investigación Interdisciplinaria 2020.

diversos funcionarios con las tareas a niñas y niños con problemas para asistir a clases de manera remota durante el período de confinamiento producto de la pandemia por COVID-19. Por otro lado, emerge un espacio de Salud creado desde la extensión del Cefam hacia el territorio a través de la red de atención y cooperación tejida entre las Ejecutivas de Familia<sup>2</sup> y las Dirigentas Vecinales del sector de San Rafael. El modelo de atención del lugar es descrito por los directivos como “innovar pero hacia la dignidad de las personas” (L. Fernández, comunicación personal, 13 de agosto de 2021), dándole importancia a conocer sus espacios y contextos a pesar del involucramiento que pueda significar en la vida de los pacientes. La creación del rol de las Ejecutivas de Familia, la capacitación constante de funcionarios y vecinos que cumplen roles importantes dentro de la comunidad, una orientación hacia la disminución de fármacos para tratar diversas enfermedades crónicas a través de la atención a la alimentación y el acompañamiento, y diversas ceremonias y rituales periódicos que reconocen los avances en rehabilitación y capacitación de diferentes miembros del territorio, son algunas de las medidas más vistosas en torno a esa concepción de la salud. Por su valor como caso de imbricación entre Salud Pública y territorio a través de la creación de un Espacio Público que se constituye en «lugar» al habitarse desde la atención y los afectos, es que la sistematización y análisis de las formas de vida que ahí se desarrollan puede ser particularmente relevante para inspirar y responder ¿Cuáles son los aspectos prioritarios para el diseño de Espacios de Salud Pública que acojan y promuevan la colaboración, encuentro y cuidado entre estado y ciudadanía favorecidos por una perspectiva feminista del diseño?

Para la definición de estos aspectos, se plantea el potencial rol del diseño –abordado desde una perspectiva feminista– como una forma de disminuir las brechas de implementación de las políticas públicas al incorporar y cuidar la materialización de la transversalización de género en el estado, garantizando el acceso y goce a los

---

<sup>2</sup> Las Ejecutivas de Familia corresponden a un cargo creado en el Cefam San Rafael que se le asignó a un grupo de administrativos con el objetivo de acercarse de manera efectiva a la comunidad. Su labor es principalmente la coordinación y entrega de horas de atención y el monitoreo en terreno de los usuarios.

espacios públicos de salud por parte de mujeres, disidencias, NNA, personas mayores o personas con discapacidad. Es decir, cuidar que los espacios públicos – tanto tangibles como intangibles– reconozcan y acojan todas las formas de habitar con sus particularidades y diferencias. Para sostener esta idea, se revisó literatura respecto a las capacidades estatales donde el diseño podría entrar a jugar un rol clave en la disminución de la brecha de implementación, para luego plantear y proyectar las capacidades del diseño –ejercido de manera crítica y feminista– para pensar escenarios alternativos a los Espacios de Salud Pública actuales teniendo como inspiración lugares que hoy desafían la propuesta de diseño tradicional de esos espacios.

Respecto a los conceptos de brecha de implementación y la incapacidad que presenta el Estado para operacionalizar las políticas de género de manera transversal, se revisó sobre todo el trabajo de Carolina Muñoz Rojas (2021) que define esa «capacidad» como “la habilidad de las instituciones y sociedades para resolver las desigualdades y alcanzar la igualdad de género de manera sostenible” (p. 5). En el mismo texto, la autora enfatiza que para que el Estado sea capaz de transversalizar la perspectiva de género es necesario que desarrollen diversas capacidades de implementación en el marco de un proceso de aprendizaje institucional. Si para esto consideramos los cuatro momentos de las políticas públicas definidas por Lahera (2005) que son (1) el origen, (2) el diseño, (3) la gestión y (4) la evaluación de éstas, se hace evidente el lugar que un diseño feminista podría tomar en la disminución de la brecha de implementación que hoy se expresa en “la distancia entre el objetivo definido por las políticas, habitualmente orientado al logro de una mayor igualdad de género y su implementación efectiva por parte de las personas responsables de su ejecución” (Muñoz Rojas, 2021, p. 8) que al pertenecer a diversos sectores del Estado que no necesariamente se relacionan explícitamente con la agenda nacional de género no son capaces de alinear políticamente sus decisiones con ésta.

Ante el escenario de crisis multidimensional en el que nos encontramos actualmente a nivel global y local, considero que la necesidad de transformar la forma en que diseñamos se hace más urgente que nunca. El diseño, desde su concepción como disciplina afín a los paradigmas modernos del norte global, ha sido un cómplice activo

–pero quizás no explícito– del deterioro de los ecosistemas y de la mantención de formas de relación que sustentan las estructuras de poder desiguales imperantes, consecuencia en parte de haber creado y perpetuado un “parámetro ideológico que puede ser caracterizado como el constructo de un falso neutro que sigue vigente hasta el presente” (Zambrini y Flesler, 2017, p. 12) que se ve reflejado también en la forma en que diseñamos los espacios de uso y goce colectivo en las instituciones públicas.

Pero ¿cómo podría el diseño incorporar la perspectiva de género o desarrollar líneas de trabajo feminista? Para esto se propone no pasar a enfocarse netamente en las mujeres como beneficiarias del proceso sino más bien analizar desde dónde estamos llevando a cabo éste y qué ideas queremos promover y perpetuar a través de nuestro trabajo. Este cambio de foco implica no sólo diseñar para subsanar los problemas del modelo socioeconómico imperante, sino que apuntar a un nuevo modelo que ponga la vida y no el capital en el centro (Carrasco & Recio, 2014). Así como Haraway revierte la posición de desventaja del género en la producción del conocimiento al incorporar la idea de conocimiento situado, la incorporación de la perspectiva feminista al diseño como práctica y no solo en la discusión de esta, ayudaría no solo a denunciar las relaciones asimétricas de poder entre los géneros, sino que lo convertiría en una práctica militante para transformarlas (Maffia, 2018).

De esta manera, este proyecto se enmarca en una pregunta de investigación mayor respecto a si es un diseño feminista capaz de acoger, traducir y materializar un planteamiento político en la vida cotidiana, como en este caso es la presencia de un Estado más acorde a las políticas de igualdad de género propuestas por el mismo en los espacios públicos que albergan distintos ámbitos de encuentro e interacción como el de la Salud Pública.

Esta búsqueda de los aspectos esenciales para convertir los Espacios de Salud Pública en Espacios Públicos pensados como lugares a través de una mirada de diseño feminista, busca aportar a la toma de decisiones en torno a la operacionalización de las políticas públicas de transversalidad de género, haciendo presente la perspectiva de género en estos espacios a través de un diseño feminista

que guíe su materialización. La apuesta radica en reconocer la capacidad del diseño de materializar narrativas contra hegemónicas que puedan ser experimentadas por las personas y por tanto se interioricen como nuevas formas válidas de habitar los espacios. En este caso, esa forma de habitar sería contraria a la concepción actual de la mayoría de los Espacios Públicos de espera que son considerados como no-lugares (Augé, 2000) por su rol como lugares de paso y en contraposición se propone reconocerlos y pensarlos como lugares donde se extiende y trenza la vida doméstica con la vida pública ya que la gente, como propone Alain Musset (2015), materializa una apropiación funcional o virtual de estos espacios a través de prácticas que debieran quedar en el ámbito privado como alimentarse, cuidar de otros, descansar e incluso –en casos de esperas prolongadas sobre todo en Urgencias– dormir. La descripción y análisis para el reconocimiento de las actividades a través de las cuales se habitan estos espacios más allá de la espera permitiría alimentar las directrices de diseño de éstos para que acojan su rol como ámbito y momento de encuentro entre Estado y Ciudadanía, y materialicen un espacio accesible donde el Estado se haga presente desde el cuidado, el encuentro y la colaboración con la ciudadanía.

La relevancia de abordar esta pregunta inspirándose en el caso del Cesfam San Rafael radica en considerar sus dinámicas de uso y acceso al espacio y la construcción de un lugar significativo para el territorio como un ejemplo para proyectar la forma en que el Estado podría operacionalizar la idea de Salud Pública como Espacio Público. Desde ahí, se vuelve indispensable poder observar, describir y analizar cómo se habitan estos espacios de encuentro entre territorio y entorno de salud más allá de la concepción clásica de espacios de espera, para poder pensar otros Espacios de Salud Pública de manera similar –a través de un diseño feminista– que acoja su rol como lugar y momento de encuentro en torno al bienestar entre Estado y Ciudadanía, y materialicen un espacio accesible donde el Estado se haga presente facilitando el cuidado, el encuentro y la colaboración.

---

## Objetivos

### ***Objetivo general:***

Determinar cuáles serían las consideraciones prioritarias a tener en cuenta para el diseño de Espacios de Salud Pública con perspectiva feminista inspiradas en el caso del Cesfam San Rafael en La Pintana, Santiago de Chile.

### ***Objetivos específicos:***

1. Problematicar el concepto de Espacio Público, en tanto espacio de encuentro entre Estado y Ciudadanía desde la revisión y análisis de los lineamientos actuales en relación a su teorización y diseño.
2. Describir y analizar las características actuales de acceso y habitar de los espacios –físicos y relacionales– del Cesfam San Rafael que permiten la emergencia de la vida pública desde el cuidado, encuentro y colaboración entre Estado y Ciudadanía en torno al bienestar.
3. Traducir los hallazgos a recomendaciones para el diseño de Espacios de Salud Pública desde una perspectiva feminista que favorezcan el cuidado, encuentro y colaboración entre Estado y Ciudadanía en torno al bienestar.

## Marco teórico

### *Espacios y lugares para la salud pública*

Para la definición de espacio público, se tomaron como partida las ideas de Henri Lefevre (1991) en torno a la producción del espacio, quien ya en los 70 argumentaba que este se componía no sólo de una dimensión física sino también de una mental y social. Esta aproximación al espacio como una superposición de ámbitos separados pero interconectados a la vez es luego abordado por Manuel Delgado, quien cuestiona la idea de espacio público dominante entre urbanistas, arquitectos y diseñadores, que lo conciben como sinónimo de “vacío entre construcciones que hay que llenar de forma adecuada a los objetivos de promotores y autoridades, que suelen ser los mismos, por cierto” (Delgado, 2011, p. 19) y rescata su potencial como el espacio de todos y para todos (Delgado, 2007) a la vez que es de y para las relaciones públicas entre quienes coinciden (Delgado, 2011). La relevancia que dan estos autores a la dimensión social y de encuentro del espacio es esencial para entender su valor como objeto de estudio de este proyecto y la importancia que tendría reconocer las actividades que todas las personas desarrollan en él y que no son solo reflejo sino constitutivas de la sociedad.

Esto se refuerza con autoras alineadas a una concepción feminista del espacio como Doreen Massey (2012) que concibe el espacio “como parte (necesaria) para la generación, la producción, de lo nuevo. Es decir, no se trata aquí de enfatizar la producción del espacio sino del espacio en sí como parte integral de la producción de la sociedad” (p. 177). En esa misma línea, autoras nacionales como Paola Jirón y Paula Soto Villagrán también son incluidas en la revisión del concepto. La primera, desde el estudio de las movilidades de las mujeres en el espacio público, aporta con la descripción y análisis de las formas de habitar de éstas –históricamente relegadas al espacio privado– que son inevitablemente arrastradas hacia el espacio público pero que son invisibilizadas frente a las prácticas del hombre trabajador y su afán por desplazarse rápida y eficientemente por el espacio sin cargas ni responsabilidades. Finalmente, Soto Villagrán refuerza la importancia de estudiar estas formas de habitar declarando que “la idea de justicia tiene claras implicancias geográficas, en la perspectiva de que todo lo que es social es simultánea e inherentemente espacial”

(2012, p. 151) y que es reforzado en informes revisados como el elaborado por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la oficina de arquitectos Gehl (2017) donde refuerzan la idea del acceso igualitario al espacio público de calidad, generando directrices y recomendaciones para esto pero que tienden a ser demasiado generales y de libre interpretación por parte de quienes están a cargo del posterior diseño de éstos.

Los espacios públicos –como los Espacios de Salud Pública– presentan una alta desigualdad en el acceso y posibilidades de uso y goce por parte de mujeres, niñas y niños, personas mayores y personas con diversidades funcionales que necesitan extender prácticas del espacio privado para habitar estos espacios públicos. En este punto se recupera la idea de desigualdad de Jirón (2007) que, desde el análisis de uso del transporte público, la relaciona con el “acceso frustrado a recursos, mercados o instituciones, y consecuentemente las opciones que la gente tiene en su práctica diaria” (p. 184). Se retoma a Manuel Delgado (2007) para este análisis de la desigualdad de acceso y su idea de la inscripción topográfica de las asimetrías reinantes en la sociedad que hace que los espacios que debieran propiciar la convivencia democrática no puedan dejar las divisiones sexuales de lado para lograrlo.

### ***Salud Pública como Espacio Público: Lugar de contradicción para la dicotomía público-privado***

Para definir la Salud Pública –y sus espacios de espera, atención y contacto con la ciudadanía– como Espacio Público, me tomo de la alusión que hace Delgado (2011) a los trabajos de Lyn H. y John Lofland quienes lo consideran como los lugares a los que todos tenemos acceso legal y se refieren a “las calles de la ciudad, sus parques, sus lugares de acomodos públicos. Me refiero también a los edificios públicos o las ‘zonas públicas’ de edificios privados” (p. 27). Esto pone a la Salud Pública en posición de “mediador entre individuos y grupos por un lado y por otro, entre estructuras amplias e instituciones de la sociedad” (Vaiou & Lykogianni, 2006 en Jirón, 2007, p. 177). Soto Villagrán (2009), basándose en las definiciones de Delgado, reafirma la idea de la variedad de espacios de la ciudad que se incluyen en la categoría de

espacio público más allá de las plazas o espacios abiertos y enfatiza su rol como lugares de “inéditas posibilidades de sociabilidad urbana” (p. 57) que incluyen interiores y corredores que puedan acoger esa misma lógica de calle o plaza a pesar de no estar igualmente expuestos como las salas de espera al interior de los edificios de Salud Pública. Entonces, sobre todo como lugares de acceso indiscriminado y de uso colectivo, inferimos que los espacios pertenecientes a servicios públicos también entran en esa categoría, tanto sus espacios físicos que albergan prestaciones y espacios de espera como sus espacios más intangibles como las redes de cooperación, RRSS, talleres y otras formas en que pueden extender y superponer sus límites para encontrarse.

En base a lo anterior, los espacios de espera de los centros de salud constituyen un punto de encuentro entre Estado y Ciudadanía con el potencial de fortalecer esta relación, al ser una superposición de la extensión de los límites de ambos territorios. También se toma en cuenta el carácter político de la salud al considerar el proceso de devenir entre salud y enfermedad a través de la atención como resultado de la satisfacción de necesidades sanitarias que “reflejan el grado de gestión social y económica y el grado científico que el poder político pone a disposición de la población para preservar la salud” (De Armas, 1993 citado en Zamar, 2006, p. 5).

En términos de los espacios de convivencia y las diferentes dimensiones de la espera, se revisó el trabajo del geógrafo francés Alain Musset (2015) quien propone que dichos espacios deben salir de la categoría de no-lugares (Augé, 2000) o de espacios exclusivamente de tránsito entre A y B y fortalecerse como espacios a habitar de manera libre. Musset también agrega la dimensión del tiempo al del espacio en los territorios de espera y cómo la combinación de ambos define el lugar de espera (formal o informal), el tipo de espera (aceptado o sufrido) y la disposición de las personas en ese lugar (activa o pasiva). Destaca también, extraído del concepto de «habitus mobilitaire» (Stock, 2004 en Musset, 2015), “la capacidad de los individuos de hacer frente a lugares que les son ajenos (y tal vez extraños) para volverlos familiares” (p. 313). En ese sentido, se hace necesario volver brevemente a Delgado (2007) quien observa que lugares como “el mercado, la tienda, el jardín infantil o las puertas de los colegios siguen siendo esferas espaciales casi específicamente

femeninas y puntos a partir de los cuales la inmensa mayoría de mujeres organizan cognitivamente el resto de la morfología urbana” (p. 238). De la misma manera, las salas de espera en Salud Pública se agregarían a esta categoría al ser un espacio no solo de encuentro, sino que muchas veces, en el caso de estadías particularmente largas o frecuentes, un espacio de transacción económica y de apoyo frente a la pérdida de las redes externas debido a la larga estadía de familiares bajo su cuidado que condena a las mujeres a pasar extensos períodos de tiempo en las instituciones de salud. De esa forma, los espacios de salud se convierten en espacios cotidianos donde las personas actúan y se desarrollan y el valor de estudiarlos radica en el examen de los aspectos invisibles y problemáticos ignorados en la toma de decisiones por estar tan arraigados en la vida diaria (Jirón, 2007).

La idea de Espacio Público sugiere la existencia de un antagonista o par dicotómico que sería el Espacio Privado. Para abordar esta dicotomía, se recuperan los tres sentidos o criterios expuestos al respecto por Rabotnikof (1998), derivados de las diversas interpretaciones que ha tenido ésta en distintos enfoques disciplinarios: público-privado como equivalente a colectivo-individual, público-privado como equivalente a visible-oculto y público-privado como equivalente a apertura-clausura en relación a lo que es accesible y abierto a la comunidad versus lo que no lo es. Estas tres definiciones de la dicotomía no son siempre coincidentes ni excluyentes entre sí, sino que a menudo se encuentran y superponen en una misma situación y su valoración también depende del contexto al que se aplica. Desde ahí, Rabotnikof presenta cuatro campos de discusión de lo público-privado y las distintas definiciones y problemáticas que levanta cada uno y que considero presentes y necesarias para el análisis de los Espacios Públicos de Salud: (1) Desde un punto de vista político-económico, lo público está asociado al estado y lo que es de beneficio colectivo mientras que lo privado al mercado o lo privatizado. (2) En términos de una tradición cívica y participativa donde se entiende «lo público» como la esfera de participación, lo que es de todos y se identifica con «lo político» en la medida que engloba los aspectos visibles y abiertos de discutir «en la polis». (3) Para referirse a público y privado como categorías de la vida social, prima el criterio de exposición y visibilidad. Lo público acá está asociado a “la noción de espacio público como un lugar de

sociabilidad fluida” (Rabotnikof, 1998, p. 8), el espacio de interacción a vista de todos donde se instauran constantemente nuevas distancias y relaciones sociales. En contraposición a esto, lo privado se correspondería con la esfera íntima, lo que es menos visible como la familia o la vida en pareja que quedan en un ámbito personal sin injerencia pública. (4) Como último caso, se presenta la dicotomía público-privado a ojos de la literatura feminista que pone su crítica en la designación desigual de hombres y mujeres a las distintas esferas que esta clasificación propone y los conceptos que se asocian a cada una de ellas: cultural-natural, mercado-familia, etc. La consigna de esta perspectiva que pone en jaque a las anteriores es «lo personal es político», que difumina la frontera entre ambos aspectos que parecían opuestos y abre un nuevo debate sobre la relación entre esferas. Estas cuestiones muestran que el par conceptual está lejos de referirse a dos ámbitos «ontológicamente diferenciados» y que, como establece Soto Villagrán (2009), “no son unívocos, no forman una única oposición binaria, por el contrario, hay una red de oposiciones que se asocian a ella, identificando problemas, críticas y sentidos diversos y a menudo divergentes.” (p. 54)

Desde estas definiciones podemos establecer la Salud Pública como un espacio de contradicción para la dicotomía público-privado, con una concepción de Espacio Público que no abarca solo calles o vacíos entre edificios, sino que evoca también a “lugares específicos como la cámara de legislación, ministerios, parlamento, partidos políticos, e incluso puede ir más allá e incluir los medios de comunicación, los bienes de la cultura, etc. (Soto Villagrán, 2009, p. 54). Por tanto, los espacios de espera y atención pertenecientes a los servicios de salud pública deben cumplir un rol público de fomento del encuentro, la vida social y la participación ciudadana. Pero a pesar de que el carácter público de estos espacios debiera darles el carácter de espacios colectivos, prima un modelo de sanación individual de los cuerpos, con una consecuente promoción individual del bienestar que considera a las personas como cuerpos socialmente aislados cuyos problemas de salud son de la escala más íntima que no quiere ser necesariamente expuesta en ese lugar. Así, los Espacios de Salud Pública son contradictorios a ojos de la dicotomía público-privado por ser un espacio interior –por tanto, de baja visibilidad–, pero amparado por el Estado –un ente

políticamente público—, donde se tratan temas de la escala del cuerpo, el ámbito más íntimo, sin considerarlo como reflejo de los problemas del territorio y la posibilidad de que los problemas de salud pública excedan la escala de lo privado a pesar de experimentarse individualmente.

### ***El diseño de los Espacios de Salud Pública hoy en día***

La concepción, diseño e implementación de los Espacio de Salud Pública en tanto materialización de las políticas públicas que convergen en ese espacio deben ser, como expone Lahera (2005), tomadas como parte de las tareas esenciales y endógenas del sector público. Por su carácter de Espacio Público ya discutido previamente en el marco teórico, la garantía de acceso y goce a estos espacios dictaminada a través de la teoría y los lineamientos institucionales convive en la práctica con diversos sesgos de clase y género que continúan materializándose como espacios de tránsito y corta estadía que deben evitar ser apropiados o habitados por las personas más allá de su función productiva. En términos de transversalización de género, se hace complejo diseñar espacios públicos con perspectiva de género ya que su proyección y construcción está en manos de actores estatales distintos a quienes lideran la agenda de género (Muñoz Rojas, 2021), como es el caso de los espacios de salud donde los lineamientos son entregados por el Ministerio de Salud con un esperado sesgo en la atención sanitaria. Los lineamientos y mandatos en torno al diseño de estos espacios son de especial importancia ya que

la intervención del Estado condiciona la vida de la población, pero no sólo porque determina las prioridades sobre el uso (o no), de ciertos bienes y servicios, sino porque además establece cuál es el punto de vista válido para decidir quién tiene derecho a qué y quién no, y de este modo entabla relaciones simbólicas con la sociedad y transmite la ideología considerada válida. (Anzorena, 2017, p. 64)

Para entender en parte dichos lineamientos, se revisaron en primera instancia tres documentos asociados al diseño de salas de espera e infraestructura de salud. El primero fue la 'Guía de Diseño para Establecimientos Hospitalarios de Mediana Complejidad' (2019) de la División de Inversiones perteneciente a la Subsecretaría de

Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que propone –en el caso de las salas de urgencia– pensar las salas de espera como “una sola área, que permite transformar el recinto para la posible atención de pacientes en caso de desastres masivos” y por tanto debe ser un espacio abierto, sin separaciones y suficientemente amplio para recibir un flujo inesperado de pacientes. Luego, se revisó el documento ‘Orientaciones Técnicas para Diseño de Anteproyectos de Hospitales Complejos’ (2017) que incorpora lineamientos y recomendaciones para todas las unidades hospitalarias, así como la convivencia con el entorno y las dimensiones multiculturales o patrimoniales que puedan hacerse presente en el territorio. Sin embargo, este documento no cuenta con un apartado que unifique las consideraciones en torno a espacios de espera, sino que estos son abordados de manera implícita dependiendo del área al que estén supeditados y se menciona la importancia de no generar espacios «vacíos» o «adicionales» que no tengan un propósito sanitario –como podría ser el encuentro y socialización característicos del Espacio Público– ya que encarecen innecesariamente los proyectos. Finalmente, para contrastar la operacionalización propuesta por ambos documentos, se hizo una revisión del ‘Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020’ (2016) que propone la “equidad en salud como responsabilidad de Estado, buscando disminuir las desigualdades injustas” pero no hace alusión a cómo esto se podría materializar en los Espacios de Salud Pública.

De la misma revisión se desprende que hoy los espacios de salud –así como los espacios públicos en general– son diseñados por quienes ostentan el poder y de acuerdo a los lineamientos políticos que buscan promover y conservar. Al respecto, Delgado introduce la idea de «civilidad» en relación a lo que la élite –procedente en su amplia mayoría de estratos sociales acomodados y hegemónicos– concibe como buenas prácticas en el espacio público y que impone parámetros de una «urbanidad» a ser promovida por la familia y las instituciones educativas que para el autor resulta en una “mera requisa de la ciudad, sometimiento de ésta, por medio tanto del planteamiento como de su gestión política, a los intereses en materia territorial de las minorías dominantes.” (2011, p. 37). En ese sentido, se toma en consideración nuevamente a Paola Jirón y sus estudios de movilidad que develan un diagnóstico

---

similar respecto a quienes y desde dónde se piensan los espacios públicos actualmente:

Las intervenciones urbanas actuales no incorporan la forma en que las personas experimentan la ciudad ya que la planificación urbana se informa principalmente por medio de datos abstractos sobre la ciudad y además existe poco reconocimiento de cómo lo cotidiano retroalimenta las políticas y viceversa. (2007, p. 178)

La concepción y diseño de los espacios públicos con el sesgo de clase y género imperantes resulta en una ciudad que es agresiva con las mujeres, disidencias, niñas y niños, personas mayores, personas con discapacidad, etc. que experimentan cotidianamente situaciones de incomodidad, limitación e incluso agresión que van alimentando su agorafobia (Lindón, 2006) o miedo a la circulación por el espacio público en horarios y lugares en que sus cuerpos no son bienvenidos. Esta suma de experiencias negativas revela que la agresión “no siempre se identifica con un otro directamente, sino que a veces la produce el fenómeno urbano mismo, con la circulación, el tránsito, la velocidad” (p. 26).

Esta incapacidad de acceso y uso libre de los espacios públicos atenta, en primer lugar, con la política de transversalización de género del Estado al no considerar la perspectiva de género “en la manera que se gestionan las instituciones y en la forma en que se entregan los bienes y servicios públicos.” (Muñoz Rojas, 2021, p. 9). Y en segundo lugar con lo que el informe realizado por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo et. al establecen como un derecho fundamental al espacio público y de calidad por parte de todo ciudadano y que debe ser otorgado y defendido por todas las instituciones públicas, promoviendo “una serie de condiciones espaciales que permitan al espacio público enaltecer la vida que acoge: espacios flexibles y atractivos para las personas, donde el confort, la protección y el disfrute estén siempre presentes” (2017, p. 15).

Además de las condiciones para las prestaciones sanitarias como centro del diseño de éstos espacios, se debería considerar el papel que ocupan las emociones y relaciones afectivas que construimos con los espacios para la construcción y

valoración que hacemos de éstos y la construcción de un territorio común. Como establece Lindón (2006), construir territorio implica la relación emocional entre individuos y espacio, no solo el vínculo de los grupos sociales con el entorno. Las emociones pueden ensombrecer o iluminar una experiencia espacial y tienen el poder de transformar la forma de nuestras vidas-mundos expandiendo o contrayendo, creando nuevas grietas o arreglos que nunca esperamos encontrar” (Davidson y Bondi, 2004). Pensar en lugares que saquen provecho de esto para enfatizar su carácter público y de construcción común y se constituyan en un espacio desde el que abordar a las personas desde su bienestar y no aislar la atención médica del contexto.

### ***Incorporación de una perspectiva Feminista al Diseño***

Como diseñadora, entiendo dicha disciplina como una de carácter proyectual que, como proceso es crítico, reflexivo y heurístico, capaz de responder a las complejidades del pensamiento y la producción cultural de las personas (Bentz y Franzato, 2017). Definido por Franzato et al. (2015) como un proceso creativo que crea dispositivos transformadores, el mismo autor lo define como constituido por cuatro elementos esenciales para su práctica: la creatividad, la inmanencia, la prospectividad y la transitividad o necesidad de mediación de un dispositivo para llevar a cabo la transformación del mundo (Bentz y Franzato, 2017). Por otro lado, si entendemos el diseño desde su capacidad de conocer y transformar a la vez (Sánchez y Hermansen, 2021), es la tercera de las características previamente mencionadas –la prospectividad– la que cobra protagonismo al ser la que refiere, en palabras de Bentz y Franzato (2017) a la constante búsqueda de las transformaciones posibles y que en dicha búsqueda e intento de anticipación del futuro debe forzarse a entender y representar la relación entre el pasado y el presente dentro del ecosistema. Esto se condice con los planteamientos de Miryam Heidaripour y Laura Forlano (2018) al respecto, donde establecen que el diseño tiene una relación inherente con el futuro, ya que logran representar materialmente ideas que de otra manera permanecerán en nuestras cabezas y no serían comunicadas con el mismo alcance y efectividad. Es decir, hace tangible, y por lo tanto experimentable en el cuerpo, una realidad que parece utópica e inalcanzable dentro del modelo socioeconómico actual pero que

luego de vivida se convierte en una idea de futuro deseado difícil de eliminar de nuestras cabezas (Dunne & Raby, 2013). Prado y Vieira de Oliveira (2016) dicen que esta capacidad convierte al diseño –cuando se desarrolla con perspectiva crítica y situada– en una práctica de resistencia contra la agenda de la mayoría de la ciencia ficción eurocéntrica o del norte global, de esos futuros predominantemente asegurados para quienes ya se han visto privilegiados por el pasado.

Hoy en día, a pesar de existir cuestionamientos y líneas de trabajo feministas y con perspectiva de género en varias disciplinas afines como lo son la arquitectura, el urbanismo e incluso la economía, el diseño permanece estancado en la utilización y promoción de metodologías que propician la idea de universalidad, trabajando para un sujeto único y carente de complejidades capaz de encarnar y canalizar las problemáticas de la sociedad. El diseño «objetivo», muy promovido desde los años sesenta y consecuente con el momento histórico en que se consolidó en paralelo a ideales positivistas que promovía separar las esferas de lo público (masculino) y lo privado (femenino) (Zambrini y Flesler, 2017), hizo que se asentara la idea de un diseño sin cuestionamientos políticos, confiado de la existencia de una realidad universalizable que nos quitó la capacidad de imaginar futuros no patriarcales. Como disciplina nacida y establecida en Europa –y por lo tanto dentro del paradigma de la modernidad, el progreso y el desarrollo– el diseño produce y perpetúa este régimen epistemológico y tecnológico de dominación. Así, el diseño “impone la supresión de cualquier modo de ser no-europeo, no-occidental y no-moderno en el mundo, en favor de una mirada centralizada de lo que debería ser el desarrollo” (Prado & Vieira de Oliveira, 2016) y promueve ideas que perpetúan la superioridad masculina en su forma de proyectar reflejado en la célebre frase «la forma (lo decorativo, lo femenino) sigue a la función (lo útil, lo masculino)» (Zambrini y Flesler, 2017). Miriam Heidaripour y Laura Forlano (2018) establecen que el principal problema de entender las necesidades del usuario de forma objetiva es que lleva a los diseñadores a distanciarse de sus valores políticos y éticos, lo que ha resultado en una «cultura de diseño desenganchada». Para combatir esto, se propone diseñar con base en un análisis ético y una perspectiva crítica de las normas establecidas, consciente de cómo estas normas, valores y otros constructos sociales son producidos y

reproducidos en la sociedad a través del diseño y las interacciones (Öhrling et al., 2018). Indagar en las desigualdades actuales nos permitiría proponer nuevos escenarios posibles que cuestionan lo considerado como «neutro» en la sociedad y plantea escenarios de empatía, probando combinaciones que «no debieran ser». En ese sentido, los feminismos desde su crítica a las relaciones desiguales de poder, hacen evidente que “el canon es pensado como un valor universal y neutro, a la vez que deja por fuera otros discursos, prácticas y sujetos en detrimento de lo femenino” (Zambrini y Flesler, 2017, p 14).

Considero entonces la incorporación de una perspectiva feminista al diseño como una posibilidad de subvertir la complicidad entre esta disciplina y el mercado, que como proponen Zambrini y Flesler (2017), comienza con problematizar la construcción y circulación de los estereotipos de género y luego derribar el mito de la neutralidad que no nos permite ver los aspectos ideológicos que hoy en día cruzan la producción de los objetos, servicios e imágenes diseñadas. Desde mi posición como diseñadora, considero que la inquietud por el cruce entre diseño y feminismos nos abre a la incorporación de prácticas y valores ya arraigadas en las formas de acción política feminista en Chile y Latinoamérica y su capacidad para hacer sentido a las necesidades y formas de vida locales. Es urgente entonces para una perspectiva feminista del diseño entender el posicionamiento como un lugar desde el que diseñar reconociendo nuestros privilegios y opresiones para tomar responsabilidad política que conlleva el conocer y transformar.

La acción feminista parece abarcar el hacer y conocer a la vez que el diseño tanto adeuda para hacer sentido con la realidad local. A partir de este punto y desde mis propios planteamientos sobre conocer y transformar como las tareas esenciales que el diseño debiese estar ejerciendo en paralelo (Sánchez y Hermansen, 2021), veo una similitud con lo que Kirkwood describía como una característica necesaria en la política feminista: la articulación esencial y complementaria entre “reconocer (toma de conciencia de la opresión), el conocer (análisis teórico de causas, efectos y formas de expresión de la opresión de la mujer) y el hacer: la praxis que, conscientemente y orientadas por la realidad opresiva, se aplica a su erradicación” (1986, p. 166). Entendemos entonces que ambos ámbitos –feminismos y diseño– necesitan

---

transformar la realidad a la vez que crean teoría desde esa experiencia que luego alimenta nuevos procesos transformadores, en un círculo virtuoso que hace especial sentido en Latinoamérica donde acción y reflexión se vuelven inseparables en un constante escenario de emergencia y crisis. Desde ahí toma fuerza también lo que Nancy Fraser (1991 en Anzorena, 2019) llamaba necesidades «escurridizas» o «fugitivas» para el capital por encontrarse en el ámbito privado pero que gracias al feminismo “trascienden, se escapan, se fugan, y se instalan en el espacio social y público, como demandas públicas y políticas, donde ingresan muchas otras voces en las disputas por los sentidos, las interpretaciones y las formas de satisfacer estas demandas” (Anzorena, 2019, p. 12).

Entonces, para pensar como podría el Diseño incorporar la perspectiva de género e incluso desarrollar líneas de trabajo feminista es preciso entender que no se trata de solo cuestionarse “para quién” estoy diseñando y pasar a enfocarse netamente en las mujeres sino más bien “desde donde” lo estoy haciendo y qué ideas quiero promover y perpetuar a través de mi trabajo (Sánchez y Neira, 2021). No debiéramos estar diseñando sólo para subsanar los problemas del modelo, sino que para prototipar modelos alternativos, modelos que pongan la vida y no el capital en el centro (Carrasco & Recio, 2014).

## Marco metodológico

### ***Investigación para el diseño con enfoque feminista y cualitativo***

La investigación llevada a cabo en este proyecto es de enfoque cualitativo y feminista enmarcada dentro de un proceso de Investigación *para* el diseño, donde se toman herramientas y metodologías propias de las ciencias sociales para informar el desarrollo de proyectos de diseño como serían, en este caso, las recomendaciones para el futuro diseño de Espacios de Salud Pública con enfoque feminista a partir del estudio del caso del Cesfam San Rafael en La Pintana.

De acuerdo a diversos autores como Frayling (1994, citado en Jørgen, 2011), Jørgen (2011), Roggema (2016) y Mollenhauer et al. (2020), la compleja relación entre diseño e investigación puede ser clasificada en tres grandes categorías: Investigación *sobre* el diseño –donde el diseño es el objeto de estudio para otras disciplinas–, investigación *para* el diseño –donde se busca conocer el mundo para informar su posterior transformación– y la investigación *a través* del diseño que informa el proceso de diseño a través de procesos de diseño previos e iterativos. Esta investigación se enmarca en la segunda categoría mencionada –investigación *para* el diseño– ya que busca desarrollar una indagación desde conocimiento y herramientas ya existentes sobre un tema involucrado en el desarrollo de un potencial artefacto de diseño (Jørgen, 2011; Cross, 2001 citado en Roggema, 2016). Si bien el objetivo de dicha categoría es alimentar el proceso de diseño y no necesariamente comunicar lo indagado, pudiendo ser considerada poco rigurosa frente a los estándares de investigación de las ciencias sociales (Mollenhauer et al., 2020), en este caso se dará mayor protagonismo a la etapa de indagación por sobre la de diseño que sólo será abordada a modo de recomendaciones.

Así, de acuerdo con la *Design Research Methodology*, esta investigación corresponde a la etapa descriptiva del proceso de diseño, donde se aborda la realidad desde estudios empíricos y teóricos sobre el fenómeno estudiado y se determinan las áreas en que resultaría efectivo proponer cambios (Mollenhauer et al., 2020). Mientras que la posterior elaboración de recomendaciones corresponderá al proceso prescriptivo que “tiene como objetivo desarrollar un soporte de diseño que sugiera o prescriba

formas en las cuales las tareas de diseño deben llevarse a cabo para eliminar o reducir la influencia de algunos factores críticos” (Mollenhauer et al., 2020, p. 133) que en este caso serían la brecha existente entre el diseño actual y generalizado de los espacios públicos de salud y las formas en que el Cesfam San Rafael hace frente a éstas como referente para acercarnos a un diseño feminista de los Espacios de Salud Pública. Se suma además un enfoque de diseño basado en evidencias, donde se busca tomar decisiones en base a datos empíricos obtenidos del estudio del efecto de lo diseñado sobre las personas y el entorno (Ministerio de Vivienda y Urbanismo et al., 2017) como es el caso de la sistematización del funcionamiento actual del Cesfam San Rafael que acoge el desafío de los asuntos de género de ser reconocidos y legitimados para luego integrarse a la agenda pública para su posterior solución (Muñoz Rojas, 2021, p.2)

Los métodos de recolección y análisis de datos utilizados para esta investigación en su etapa descriptiva se enmarcan dentro del enfoque cualitativo por la capacidad de éste de dar sentido al mundo que se está observando desde los códigos y reflexiones de quienes lo habitan. Como establece Canales (2006), hay una apertura al enfoque de los sujetos con quienes se interactúa y una clara disposición a “observar el esquema observador del investigado” (p. 20). El principal objetivo de la investigación cualitativa es facilitar la comprensión de las interrelaciones existentes en el mundo, teniendo en cuenta a quien investiga como un actor más que es modificado a través de la indagación e interpretación de los acontecimientos que presencia durante el proceso y, por lo tanto, ve afectada su práctica desde el comienzo de la investigación al participar del mundo a través de su observación directa y en primera persona. Al respecto, Stake (1995 en Rodríguez et al., 1996) agrega que en este tipo de investigación “el investigador no descubre, sino que construye el conocimiento como síntesis de su perspectiva” (p. 12) y por lo tanto hace sentido la utilización de una vía deductiva que permita generar conocimiento original desde un caso particular abordado en profundidad, como se propone para esta investigación.

Por otro lado, el foco en las formas de habitar y transitar de las personas que habitualmente no son condideradas para los espacios públicos –como mujeres, niñas y niños, disidencias, personas mayores, personas con diversidades funcionales, etc.–

y en la perspectiva de las mujeres que constituyen la red de cooperación entre Ejecutivas de Familia y Dirigentas Vecinales se condice con lo que Harding (1978) describe como un “rasgo distintivo de la investigación feminista” que es incorporar la perspectiva, problemáticas y experiencias femeninas –o para efectos de este estudio no-masculinas o hegemónicas– como “indicador significativo de la «realidad» contra la cual se deben contrastar las hipótesis” (p. 21). Desde una perspectiva de etnografía feminista, existe un aporte en la incorporación de las historias y perspectivas de las mujeres al desprivatizar su mundo, dándole a ese aspecto el lugar que merece dentro del análisis de la cultura (Castañeda, 2012). Similar a la propuesta del individuo “no sólo como actor, sino también como el autor de su geografía –es decir, de su inclusión en el espacio–.” (Lazzarotti, 2006 en Musset, 2015, p. 314), observar las formas de habitar actuales es una forma de incorporar a quienes hoy se les niega el derecho a estos lugares en tanto Espacio Público como sujetos activos en la recuperación de éste. La relevancia de los comportamientos es enfatizada también por Delgado (2011):

Se le asigna la tarea estratégica de ser el lugar en que los sistemas nominalmente democráticos ven o deberían ver confirmada la verdad de su naturaleza igualitaria, el lugar en que se ejercen los derechos de expresión y reunión como formas de control sobre los poderes y el lugar desde el que esos poderes pueden ser cuestionados en los asuntos que conciernen a todos (p. 37-38).

El valor de la utilización de un marco de análisis feminista está en que provee conocimiento y perspectivas sobre el fenómeno que ayudan a generar nuevas preguntas en paralelo a la producción de conocimiento (Strauss y Corbin, 2002). En ese sentido, se aboga por abordar estos espacios con una perspectiva que vaya más allá de la experiencia social masculina reinante en la concepción de los Espacios Públicos y las políticas públicas en general que hoy en día se centran más en variables socioeconómicas o de clase y no consideran la sexo-genérica como variable demográfica y por tanto no pasa a ser una de las directrices que organiza la intervención del Estado (Anzorena, 2017). La complejidad de los modos de habitar e interactuar que se busca relevar está en línea con la propuesta epistemológica de que

“todos nosotros –los hombres tanto como las mujeres– deberíamos preferir las experiencias femeninas, más que las masculinas, como bases más confiables para la elaboración del conocimiento” (Harding, 1987, p. 21). Además, al reconocer los diversos modos de habitar y relacionarse con el centro de salud, se reconocen también una mayor pluralidad de sujetos creadores de cultura y de conocimiento no androcéntrico y multi localizado (Castañeda, 2012, p. 238) que ayude a inspirar un diseño de espacios públicos que rompa la fallida tradición universal del diseño moderno. En el ámbito de salud, incorporar la variable de género como foco de investigación, permitirá también entender cómo la forma en que los géneros han sido históricamente construidos impacta la forma específica que tienen de “vivir, enfermar, consultar, ser atendid@s y morir” (Tajer, 2002 citado en Zamar, 2006).

### ***Herramientas y métodos utilizados***

Dado que la investigación cualitativa se sustenta en el uso y recolección de una gran variedad de datos provenientes de distintas fuentes como entrevistas, relatos de experiencias e historias de vida personales, observaciones, registros escritos, imágenes, sonidos, etc. que describen “la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas” (Rodríguez et al., 1996, p. 10) para la presente investigación se utilizaron las siguientes herramientas de recolección y análisis de datos.

#### **Observación de instalaciones y actividades al interior del Cesfam**

Desde un marco de etnografía feminista, que permite reconocer a las mujeres que cumplen un rol clave en el Cesfam como sujetas sociales, políticas e históricas desenvueltas en la trama de relaciones del centro de salud (Castañeda, 2012). Este proceso de observación y la posterior descripción de las formas de habitar y relacionarse dentro y con el Cesfam, permitió dar sentido y significado a lo observado a través de una narrativa que “abra las posibilidades de consentir, con quien describe, en la interpretación que expone de aquello que quiere mostrar, o disentir de esa interpretación, encontrando otros sentidos y otras formas de interpretar los mismos elementos” (Castañeda, 2012, p. 232). Se realizaron ocho jornadas de observación

en las instalaciones del Cesfam distribuidas a lo largo de más de un año (desde agosto del 2021 a septiembre del 2022) resumidas en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Resumen de visitas a terreno

Fecha	Objetivo	Resultados obtenidos
13 de agosto de 2021	Conocer el Cesfam y entablar relación con los directivos	Visita de reconocimiento y bienvenida por parte de los directivos del Cesfam
14 de septiembre de 2021	Observación de las instalaciones en funcionamiento	Recorrido guiado por uno de los funcionarios más antiguos del Cesfam
23 de septiembre de 2021	Conocer el trabajo de las Ejecutivas de familia en terreno	Jornada de acompañamiento a una de las Ejecutivas de familia en visita a terreno
17 de marzo de 2022	Reconocer la presencia del Cesfam en el territorio	Visita a la Junta de Vecinos y conversación con participantes de diversas agrupaciones que convergen en el lugar sobre su relación con el Cesfam.
31 de marzo de 2022	Conocer el funcionamiento de la unidad de Atención a las Personas desde la perspectiva de sus funcionarios	Observación, entrevista y seguimiento de una de las funcionarias de los módulos de Atención a las Personas
28 de abril de 2022	Conocer el funcionamiento de los sectores de espera del Cesfam	Jornada de observación de las salas de espera de vacunación y Atención a las Personas.
22 de agosto de 2022	Contrastar la información de los planos del Cesfam con la disposición actual.	Plano del Cesfam actualizado. Jornada de Observación en pasillo y sala de espera principal.
12 de septiembre de 2022	Observar el funcionamiento de los sectores de espera y aplicar los Mapeos del habitar a usuarios y funcionarios.	Jornada de observación en vacunatorio y sala de espera. 4 Entrevistas y mapeos del habitar.

Fuente: Elaboración propia

Las tres primeras visitas se dieron en el marco del proyecto de investigación ‘Desarrollo de indicadores de evaluación y de una metodología para diseñar salas de espera en la Red de Salud Pública desde una perspectiva biopsicosocial para la reactivación de las prestaciones sanitarias en un contexto post COVID-19’ durante el segundo semestre del 2021, las tres siguientes durante el primer semestre del 2022 en el marco del curso ‘Antropología y Diseño’<sup>3</sup> guiado por la investigadora y las dos restantes durante el segundo semestre del 2022 de manera independiente.

### **Entrevistas y seguimiento**

Se entrevistó a dos de las cinco Ejecutivas de Familia de manera individual para profundizar en las funciones que implica su rol y las percepciones que tienen de éste en el ánimo de escuchar atentamente lo que las mujeres que conforman esta red piensan acerca de sus propias vidas, las de quienes las rodean y cuáles son sus posiciones críticas (Harding, 1987) frente a la labor que ejercen en esta red y su valor como extensión en el territorio del Espacio de Salud Pública tradicionalmente limitado al Centro de Salud. Además, se realizó una jornada de seguimiento a una de estas Ejecutivas de Familia durante su labor en terreno para observar cómo interactúan con los pacientes y vecinos, cómo son recibidas por la comunidad y poder contrastarlo con lo declarado en las entrevistas previas para nutrir la descripción de su rol.

Por otro lado, en las instalaciones del centro de salud se entrevistó a dos funcionarios que realizan atención en módulos de recepción y entrega de hora de atención para conocer más en detalle los desafíos y oportunidades que presenta estar en la primera línea de atención. Al igual que las TENS encargadas del vacunatorio desde quienes pude acceder a su percepción sobre los espacios de descanso y encuentro con que cuentan los funcionarios. Finalmente, se entrevistó a tres pacientes y acompañantes

---

<sup>3</sup> El curso ‘Antropología y Diseño’ es un curso dictado por primera vez durante el primer semestre de 2022 por la investigadora junto a un equipo interdisciplinar de Diseño y Antropología donde se busca observar y describir las formas de habitar la salud pública desde una mirada que incorpore herramientas visuales y que decante en una propuesta de recomendaciones diseño por parte de los estudiantes para afrontar las brechas detectadas por ellos mismos –en este caso– en torno a la gestión de la salud pública en el territorio de San Rafael.

para conocer sus experiencias y percepciones sobre los espacios de espera y atención en San Rafael que revelaron una contradicción entre la percepción de la atención que tienen los funcionarios y directivos y ellos como usuarios frecuentes e históricos del lugar.

Las entrevistas y jornadas de seguimiento se resumen en el siguiente cuadro:

Tabla 2. Resumen de entrevistas y jornadas en terreno realizadas.

Fecha	Objetivo	Entrevistados
14 de septiembre de 2021	Conocer el trabajo de las Ejecutivas de Familia	Eloísa Uribe, Ejecutiva de familia
		Carolina López, Ejecutiva de familia
	Entender el funcionamiento del Cesfam.	Germán, funcionario de recepción e informaciones
31 de marzo de 2022	Conocer el funcionamiento de la unidad de Atención a las Personas desde la perspectiva de sus funcionarios.	Paulina, Funcionaria de Atención a las Personas
12 de septiembre de 2022	Conocer la percepción de los espacios de espera y atención del Cesfam por parte de los pacientes y sus acompañantes.	Victoria Lorca, acompañante de su madre.
		Macarena Jara, paciente del Cesfam.
		Rodrigo Llanos, paciente y acompañante de su hija.
	Conocer la percepción de funcionarios respecto a los espacios del Cesfam.	TENS del vacunatorio.

Fuente: Elaboración propia

---

### **Mapeos del habitar: Adaptación de Relief maps aplicados a funcionarios y vecinos**

Con la intención de poder levantar información visual respecto a la percepción del espacio por parte de funcionarios y vecinos con herramientas distintas a la entrevista, se diseñó una breve encuesta visual llamada “Mapeo del habitar” basándose en los alcances de los Relief Maps de María Rodó-de-Zárate. Los relief maps son una herramienta de visualización para el estudio de las geografías de la interseccionalidad, que permite levantar de manera anónima la percepción que las personas tienen respecto a ciertos espacios desde tres dimensiones: (1) la social al visibilizar la posición de los sujetos respecto a las estructuras de poder, (2) la psicológica al traer a la conversación las experiencias vividas que se asemejen o rememoren ahí y (3) la geográfica al referirse de manera concreta a ciertos lugares (Rodó-de-Zárate, s.f.). Una de las principales características de los Relief Maps es que son abordados a través de una plataforma puesta a disposición por la misma autora donde a través de un link las y los participantes del estudio pueden acceder a responder una encuesta de manera anónima sobre su percepción de ciertos espacios definidos por quien facilita el enlace. Dado la situación de baja conectividad a internet presente en el Cesfam y en la comuna de La Pintana en general, se optó por trabajar con una versión impresa de la adaptación donde se presentan los mismos campos para identificarse a modo de encuesta, pero la valoración de los espacios se realiza directamente sobre un mapa del Centro de Salud. La herramienta se aplicó tanto a usuarios como funcionarios para identificar los puntos clave del lugar en torno a las categorías de cuidado, encuentro y colaboración, pero la poca familiarización con la herramienta por parte de ellos terminó convirtiéndola más en un insumo de vaciado de sus experiencias y apreciaciones recogidas por la investigadora.

Finalmente se mapearon las cuatro entrevistas realizadas el 12 de septiembre de 2022, evidenciando una clara intensidad hacia los tres conceptos en los sectores de espera o atención administrativa mientras que los espacios de atención médica son percibidos como “buenos” y no se entra en mayor detalle por la brevedad de su estadía en esos lugares en relación con los otros.

---

### **Sistematización y análisis**

A modo de sistematización, se construyeron descripciones densas del funcionamiento y habitar del Cesfam a partir de las notas de campo y registro de las observaciones en terreno de manera de poder situar la investigación. Esto se complementa con la visualización de los espacios físicos del Cesfam incorporando los resultados de los Relief Maps y los puntos clave del territorio que entran en conversación con el Espacio de Salud Pública.

El análisis de la información recopilada se llevó a cabo a través de la codificación y análisis en detalle de las entrevistas, conversaciones y notas de campo, poniendo atención no sólo en lo que las y los entrevistados declaran sino también en los detalles descriptivos escogidos que “suelen ser consciente o inconscientemente selectivos, y se basan en lo que éste vio o escuchó o piensa que es importante” (Strauss y Corbin, 2002, p. 28).

### **Traducción a lineamientos de diseño**

Finalmente, cumpliendo con el paso de lo descriptivo a lo prescriptivo propuesto por la *Design Research Methodology* y en línea con una de las características diferenciadoras de la investigación cualitativa que es su énfasis en la generación de teoría a través de del descubrimiento y manipulación de categorías abstractas y relaciones entre ellas” (Rodríguez et al., 1996, p. 25), las descripciones y análisis del caso de estudio fueron traducidos a recomendaciones de diseño para poder responder a la pregunta de investigación inicialmente planteada sobre ¿Cuáles serían las características prioritarias para el diseño de Espacios de Salud Pública –en tanto puntos de contacto entre Estado y Ciudadanía– que acojan y promuevan la colaboración, el encuentro y el cuidado desde una perspectiva feminista interseccional?. Se genera así nuevo conocimiento que aumenta la comprensión y proporciona una guía significativa para la acción (Strauss y Corbin, 2002) en torno al diseño de Espacios de Salud Pública en forma de recomendaciones y lineamientos para esta actividad levantados desde la sistematización de los modos actuales de habitar el Cesfam San Rafael como prototipo e inspiración de cómo se debieran abordar estos espacios en el futuro.

---

Esta traducción se realizó a través de la identificación de códigos y categorías emergentes como «Interacciones críticas» que describen desde lo particular el funcionamiento o controversia general en torno a ciertos espacios o formas de habitarlo que fueron clasificados según permiten u obstaculizan el encuentro, la colaboración y el cuidado dentro del Cesfam para luego proponer su permanencia, potenciación o eliminación a través de diversas acciones de diseño que intervengan en los espacios y servicios entregados.

---

## Resultados

Con el fin de determinar cuáles serían las consideraciones prioritarias a tener en cuenta para el diseño de Espacios de Salud Pública con perspectiva feminista, inspiradas en el caso del Cesfam San Rafael de la comuna de La Pintana en Santiago de Chile, se presentan a continuación los resultados de la investigación llevada a cabo durante el proceso de tesis.

### ***Las formas de habitar el Cesfam San Rafael***

El Cesfam San Rafael –inaugurado el año 2007– es uno de los seis centros de atención primaria de salud de la comuna de La Pintana, integrantes de la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente<sup>4</sup> en Santiago de Chile. Este centro tiene alrededor de 27.000 inscritos, realizando cerca de 31.000 atenciones anuales con un equipo de 120 funcionarios, ampliado a 150 durante el primer período de pandemia por COVID-19 entre los años 2020 y 2021 (L. Fernández, comunicación personal, 13 de agosto de 2021). El horario de atención durante dicho período de emergencia fue continuado desde las 8:00 hasta las 20:00 durante la semana y los días sábado hasta las 14:00 hrs., habiéndose regularizado con el fin del estado de emergencia sanitaria a su horario habitual de 8:00 a 17:00 y 17:00 hrs. en adelante solo en el sector del SAPU. En relación al primer período de la pandemia por COVID-19 correspondiente a los años 2020 y 2021, el centro optó por no dejar de atender –a diferencia de los demás centros de la comuna que cerraron sus puertas durante los meses de cuarentena–, con foco en los pacientes crónicos y de salud mental. Gracias a eso, hoy se encuentran en una situación menos crítica y atorada en la atención a enfermos crónicos, siendo los pacientes dentales y oncológicos los más rezagados junto a niñas y niños que no han podido completar esquemas de vacunación correspondientes a su rango etario. El contacto habitual con la comunidad se mantuvo incluso en los

---

<sup>4</sup> El SSMSO se inserta en el área Sur Oriente de Santiago, y comprende las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque; dos de estas comunas, Puente Alto y La Florida, cuentan con las poblaciones más numerosas del país.

(<https://redsalud.ssmso.cl/comunas-de-la-red/>)

períodos más duros de confinamiento a través de reuniones a través de la plataforma Zoom e incluso se impartieron cursos de capacitación por este medio, como el de primeros auxilios a Dirigentas Vecinales.

Dado que la población San Rafael es una de las más antiguas de la comuna, caracterizada como emblemática y organizada, se ha facilitado el trabajo con el territorio, por ejemplo, acogiendo su coordinación por pasajes para delimitar los cinco equipos territoriales del Cesfam donde se desenvuelven las Ejecutivas de Familia: San Rafael 1, San Rafael 2, San Ricardo, Salvador Allende y Sector Sur. Esta división territorial facilita además un trabajo de larga data con las Dirigentas Vecinales que fueron impulsoras de la alianza generada con el Cesfam para las ollas comunes del sector, donde muchas se realizaron en las instalaciones del centro o en la Junta de Vecinos ubicada a tres cuadras de ahí, y fueron los mismos funcionarios quienes aportaron con insumos y se sumaron a la preparación y atención, afiatando el lazo con los usuarios y pudiendo reencontrarse con quienes habían perdido contacto durante el período de emergencia sanitaria. Esta actividad puso a prueba los límites de la prestación sanitaria al hacer explícita la vinculación entre salud y componentes socioeconómicos como el acceso a la alimentación y cómo esa vinculación se puede trabajar a través de instancias informales que hagan de puente hacia una posterior formalización.

En términos de convivencia entre funcionarios al interior del Cesfam, Germán – funcionario que llegó a vivir a San Rafael a los 5 años cuando los terrenos fueron tomados– comenta tener la sensación de que “los pensantes de arriba [indica hacia el segundo piso donde están las oficinas de los directivos] están bastante conectados tanto con la municipalidad como con los pacientes y funcionarios, aquí las toman todas en cuenta” (Comunicación personal, 14 de septiembre de 2021). Esa sensación es compartida por Eloísa que destaca que en este lugar no existen los «diostores» como en otros lugares en que le ha tocado hacer reemplazos: “el médico sabe que yo no voy para que me preste el lápiz, si yo golpeo una puerta o él ve un ejecutivo afuera es porque hay una necesidad que atender” (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021). Hay además una coordinación activa por WhatsApp que mantiene a todos los estamentos al tanto de cualquier situación extraordinaria que pueda afectar su normal

funcionamiento. La inscripción territorial de los funcionarios parece ser clave para este trato horizontal entre estamentos, como un habitar constante y colectivo del sector de San Rafael bajo los términos en que Musset define esta actividad, que “se refiere no sólo a la relación que el ser humano mantiene con el escenario de su existencia, sino también a la relación, constantemente renovada y a veces conflictiva, que establece con su entorno y con el mundo” (2015, p. 313). Para Germán, que llegó a vivir al sector a los 5 años cuando estos terrenos fueron tomados el año 1961, su trabajo en la entrada es una extensión de su convivencia diaria con los que son sus vecinos hace casi 60 años. Los saluda por su nombre, tiene ciertas nociones de por qué vienen al Cefam, y tiene un trato cariñoso y cercano con todos, demostrando un alto grado de pertenencia y arraigo territorial como facilitador de su trabajo. Eloísa corrobora en su entrevista que un gran porcentaje de los funcionarios viven en la comuna y otro muy importante lo hicieron durante un largo período de sus vidas, luego se mudaron a otros sectores de Santiago, pero aún mantienen el lazo con el territorio porque aquí permanecen sus padres, familiares, vecinos, etc.

La descripción del Cefam necesita ser abordada desde dos espacios en que convergen de manera simultánea el Sistema de Salud chileno y el territorio de San Rafael. El primero, son las salas de espera y estaba dentro del edificio de este centro de salud que han ido incorporando gradualmente bibliotecas, jardines interiores, y espacios de juego y de libre uso para los usuarios, favoreciendo el encuentro entre ellos y con los funcionarios pero que han ido siendo sistemáticamente abandonados para favorecer el «regreso a la normalidad» de las atenciones netamente sanitarias. El segundo, es un espacio construido a través de la red de trabajo entre las Ejecutivas de Familia, y el territorio que se operacionaliza en el monitoreo y seguimiento activo de los pacientes crónicos y la coordinación de operativos de atención en las sedes y colegios de los sectores con menor accesibilidad al Centro de Salud. Un aspecto esencial para esta imbricación entre territorio y entorno de salud es la estrecha coordinación entre las Ejecutivas de Familia y las Dirigentas Vecinales, quienes amplían la capacidad de monitoreo de las funcionarias y tejen un puente entre las necesidades socio-sanitarias de sus territorios, generando listados de pacientes que necesitan atenciones urgentes o coordinando horarios para talleres y capacitaciones

que estén acorde a las jornadas de las interesadas que son –en su mayoría– mujeres que cuidan y trabajan. Esta red es un ejemplo de un acercamiento del estado hacia la ciudadanía desde el cuidado, abarcando y preocupándose por más ámbitos de la salud de las personas que las correspondientes a lo fisiológico.

Cabe mencionar también que, a lo largo del territorio de San Rafael, existen varias agrupaciones de vecinos<sup>5</sup> –sobre todo personas mayores– organizados en torno al bienestar, como el grupo de crochet que se coordina a través del Cesfam donde “las participantes del grupo hablan en torno a cómo han estado, por qué han tejido más o menos de lo normal y qué incidentes han ocurrido en el territorio”. (Godoy et al., 2022, p. 6) como forma de compartir ámbitos de su salud mental y crear redes de apoyo que les ayuden a sobrellevar sus diferentes cargas. En estas agrupaciones se generan espacios lúdicos y redes de apoyo para enfrentar el deterioro de la salud, la soledad, dificultades de movilidad y acceso a tecnología, entre otros que perduran en el tiempo a través de la cooperación y ayuda mutua entre los participantes (Arroyo et al., 2022, p. 33). El rol del Cesfam como sede y mediador de la existencia de muchas de estas agrupaciones explicita su interés por acoger las actividades que generan bienestar más allá de la atención médica dentro de sus instalaciones y espacios de intervención.

### **Materialización del modelo biopsicosocial en los espacios de espera**

El edificio que alberga al Cesfam de San Rafael se ubica en un sector de buena conectividad y acceso para los vecinos que ahí se atienden, a excepción del sector de San Ricardo al cual el centro acude con operativos a la sede vecinal para saldar esa brecha. Previo a la pandemia, el edificio contaba con dos accesos, el principal por calle Porto Alegre que lleva a todos los sectores de atención ambulatoria y una por el costado utilizada sólo para las urgencias que ingresaban al SAPU desde las 17:00 hrs., luego del horario de atención ambulatoria. Con la llegada de la pandemia por COVID-19, se creó una división de sectores con una silla y un cartel en medio del

---

<sup>5</sup> Desde el trabajo del curso ‘Antropología y Diseño’ desarrollado durante el primer semestre del 2022 en la Escuela de Antropología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se contabilizaron alrededor de 300 agrupaciones vecinales pertenecientes al sector de San Rafael.

---

pasillo principal del inmueble para delimitar el sector del SAPU y su acceso por la calle Francisco Bilbao como exclusivo de urgencias respiratorias y sospechosas de COVID para así concentrar y proteger el resto de las atenciones, incluidas las urgencias no respiratorias, en las demás instalaciones del lugar. A partir del año 2022 con el fin del período de estado de catástrofe por emergencia sanitaria, se retomó la organización original del Cesfam como respuesta a la baja de atenciones de urgencia por COVID-19 y la necesidad de contar con espacios permanentes para vacunación al interior del edificio en lugar de utilizar los estacionamientos.

Los espacios de atención ambulatoria del primer piso, independiente del rol que cumplan en distintos estados de emergencia, se dividen en sector rojo y amarillo y cada uno cuenta con 9 box de atención y salas de espera separadas a las que se ingresa desde la sala de espera principal donde hoy se encuentra el módulo principal de vacunación, rodeado de filas de sillas para quienes esperan su turno mirando hacia el puesto de las funcionarias a cargo del proceso ocultas tras un biombo. El 'Rincón lector' que se ubica bajo la escalera de esta sala de espera se convirtió en una extensión de la espera para la vacunación, donde los pacientes cumplían su tiempo de observación posterior a la inyección revisando algunos de los libros. Sin embargo, el rincón ha sido progresivamente dejado de lado, presentando cada vez más signos de abandono y suciedad y comenzando a operar como depósito de mobiliario roto y material educativo. Estas transformaciones de acuerdo a los cambios que demandaba la emergencia sanitaria se alinean al mandato de flexibilidad en el diseño de los espacios de espera establecido por el Ministerio de Salud pero van más allá al acoger actividades y necesidades del territorio que no se resuelven con una atención médica pero sí tienen incidencia en el bienestar de las personas de acuerdo a una concepción biopsicosocial de la salud. Sin embargo, es posible observar cómo a mayor presión por un retorno a la normalidad de la atención sanitaria, estos lugares van pasando a segundo plano.

Ejemplo de este auge y abandono es el 'Rincón lector', espacio particularmente interesante ya que fue ideado por un grupo de funcionarios que insistieron en la necesidad de tener espacios que acogieran otras actividades a pesar de que hubiesen colegas que no estuvieran de acuerdo por considerar que este es un espacio de salud,

no de educación. Tanto los libros como los juegos de este espacio han sido donados por vecinos, concejales y funcionarios, constituyendo un “espacio de recursos compartidos” como el que propone el informe del Ministerio de Vivienda y Urbanismo et al. (2017, p. 15). Esa percepción de lo común fue derribando los mitos y prejuicios en torno a que los vecinos y usuarios robarían las cosas ahí disponibles, y en cambio vemos casos como el descrito por Eloísa:

Me dicen: –Señorita Eli, sabe que me llevo este libro porque soy pintora y quiero este libro– y yo: –ok, ¿en qué fecha me lo trae?– En un mes más.– Perfecto.– Y después ella llega y llega con dos libros y bienvenido sea a la biblioteca. (E. Uribe, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Similar es el caso de los juguetes que son traídos constantemente por los vecinos y siempre en buen estado, reafirmando y perpetuando la idea de que los usuarios merecen espacios y objetos de calidad y que este espacio de salud está abierto a la construcción conjunta de un lugar donde compartir lo común. Durante la pandemia, además, se intentaron implementar computadores para las niñas y niños que no pudieran conectarse a clases online desde sus casas o que se les dificulta por la falta de conocimiento de sus abuelos cuidadores. Muchos vecinos acuden al Cesfam por ayuda en casos como éstos y son los mismos funcionarios como Eloísa o doctores y otros funcionarios con un pequeño espacio de tiempo disponible los que ayudan con dudas de las tareas, incluso en un momento del período de confinamiento contaron con una pizarra pequeña en la sala de espera para poder apoyarse en esta labor.

### **La primera línea de atención a las personas**

Apuntando a percibir el Cesfam como una extensión del territorio donde los vecinos se sientan bienvenidos es importante describir y analizar el sector de ‘Atención a las Personas’ que se encuentra ingresando por la puerta principal del Cesfam hacia la derecha, frente al módulo de recepción. Aquí es donde se entregan las horas de manera presencial para todos los programas de atención del recinto. Según Paulina –funcionaria del lugar– existe un flujo constante de pacientes desde las 8:00 am, cuando comienza la atención, donde los vecinos llegan por diferentes motivos para tomar hora y ellas los derivan entre módulos de acuerdo con la división interna que

tienen para atenderlos. Por ejemplo, Paulina ve en particular los problemas con FONASA, plataforma a la que tiene acceso preferencial por sobre sus compañeras de los demás módulos. La funcionaria señala que las atenciones en los módulos pueden durar alrededor de 20 minutos, por eso que junto a cada uno hay una silla para los pacientes ya que no se les puede atender de pie durante tanto tiempo. Esta duración se relaciona, por un lado, con la necesidad de ingresar a distintas plataformas como Rayen y FONASA que tienen distintos tiempos de respuesta, y por otro con la intención de las funcionarias de no dejarles nada pendiente para que aprovechen de mejor manera la visita al Cesfam. La percepción de esta funcionaria es que “este centro hace más que los demás” (P., comunicación personal, 31 de marzo del 2022). Ella sostiene esta afirmación por su experiencia en las reuniones de coordinación en que le ha tocado participar con pares de otros centros asistenciales de la comuna que no expresan la misma preocupación por temas que ella declara que sí resuelven en este lugar como la atención a migrantes a pesar de no haber terminado de regularizar su situación con FONASA. Para ejemplificar esto, muestra el carnet de salud que utilizan en San Rafael para identificar y hacer seguimiento a los pacientes y que ella mantiene actualizado con el sistema Rayen. Por el lado de los pacientes, sin embargo, no existe en todos una percepción positiva de la atención. Se refieren a las funcionarias que entregan las horas como “déspotas” que hacen sentir menos (V., entrevista personal, 12 de septiembre de 2022) o las culpan de problemas administrativos como la cancelación de horas donde a pesar de ser puntos de contacto son ellas quienes representan al Cesfam sin importar de donde vienen las decisiones: “Por ejemplo a mí me tocaba, tengo todos los exámenes, tenía la hora pa' médico. Y el día antes le avisan a mi hijo que no, que el médico estaba con licencia... pero podrían poner otro médico po'.” (G., entrevista personal, 12 de septiembre de 2022). Fenómeno similar ocurre con el sistema de toma de horas donde los usuarios coinciden en que no funciona por teléfono y prefieren asegurarse acudiendo al centro de salud a pesar de las dificultades que implica como en el caso de Macarena que está cargo de su bisnieto de 8 meses y debe acudir con él a estos trámites:

Lo que me molestaba a mí, era que cuando pedía hora por teléfono nunca había. Nunca había hora (...) Mejor decido cuando voy a ver médico, decido venir yo. Me levanto a las 5 y media y me vengo para acá. (...) Y saco hora aquí. Yo personalmente. Y así me voy a la segura porque nunca hay hora cuando uno llama por teléfono. Eso es lo fome de acá. (M. Jara, entrevista personal, 12 de septiembre de 2022)

La percepción de la calidad de la atención entonces se ve mermada por factores administrativos que se escapan de las manos de las funcionarias de Atención a las Personas como la disponibilidad del personal médico, el mal funcionamiento del call center o la imposibilidad de acceder fácilmente a los baños públicos del lugar. Esto junto con las condiciones propias de los pacientes como cuidadores principales de niñas, niños y personas dependientes se suma a la imposibilidad de las funcionarias para resolver todo durante la atención y es percibida como una falta de cuidado particular donde la mala evaluación termina recayendo sobre ellas. Si bien esto provoca cierto grado de malestar entre los vecinos, “se evidencia un fuerte apego, a las modalidades construidas en pandemia por llamadas y asistencia al hogar que se desplegaron desde el centro de salud hacia el territorio” (Marileo y Villaroel, 2022, p. 26), dejando de manifiesto una oportunidad para potenciar la atención a través de otros canales que no está siendo aprovechada del todo pero que aportan a la sensación de disponibilidad y preocupación por parte del sistema de salud.

### **Espacios de encuentro y descanso como privilegio**

Otro espacio de interés son los patios interiores entre los que destaca el que se encuentra junto al sector de Atención a las Personas que se ideó como espacio de contención para las Ejecutivas y los familiares de los pacientes, como indica Carolina durante su entrevista realizada en ese lugar: “Este [El patio interior donde se realiza la entrevista] es como nuestro espacio, así como de repente en un momento tenso que uno necesita como salir a respirar, este es nuestro espacio”. El mural que adorna las paredes fue hecho por una vecina, el jardín fue ideado y trabajado por el doctor Lautaro Fernández –ex-director del Cesfam– y en una esquina se encuentra un canelo seco que fue plantado por la machi de la comuna durante una ceremonia de bendición del sector en línea con la propuesta intercultural del lugar.

La machi de acá de la comuna de La Pintana vino a hacer la ceremonia para bendecir este sector y plantó el canelo y resulta que a la semana el canelo... de hecho fue mi compañera que me dijo que el canelo estaba seco. Que raro, "don Lautaro, mire, el canelo está seco". A los dos días nos avisan que la machi había muerto y como ellos creen tanto en la tierra y en la energía, canelo que se muere es porque se llevó el alma de la machi (...) Y el canelo está ahí sequito, lo dejamos con pastito porque no lo vamos a sacar de aquí. El tema es que tampoco debería haber salido pasto alrededor porque eso estaba totalmente trabajado y salió pasto al medio del canelo. Cosas raras de nuestro consultorio. (E. Uribe, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Este patio interior no ha estado exento de polémicas al haber sido calificado como "muy ABC1 para este lugar" por una autoridad sanitaria durante una visita al Cesfam, corroborando de parte de los mandos superiores la idea de que los sectores socioeconómicos medios y bajos parecen no merecer espacios de calidad porque no los cuidan o no están preparados, en línea con lo que Delgado describe como "un dispositivo pedagógico que concibe al conjunto de la población, y no sólo a los más jóvenes, como escolares perpetuos de esos valores abstractos de ciudadanía y civilidad" (2011, p. 48) impuesto por quienes ostentan el poder en la ciudad y sus espacios públicos. Sin embargo, los funcionarios del ámbito clínico no ven el mismo potencial a esos espacios de descanso ya que se encuentra demasiado expuesto hacia el público y genera la percepción de que no están haciendo su trabajo, sino que «sacando la vuelta» y por lo mismo remiten sus espacios de convivencia y relajación al casino donde pueden compartir con los otros funcionarios con los que coincide su horario de almuerzo (TENS, comunicación personal, 12 de septiembre de 2022). Si bien el Cesfam parece encarnar un modelo de atención que considera la salud como un bienestar que va más allá de lo netamente fisiológico que puede ser resuelto en una atención, la percepción negativa de los momentos de ocio de los funcionarios ejemplifica que esto no se encuentra tan arraigado en el territorio como se desearía.

### **Estrategias de cuidado y encuentro para hacerse presente en el territorio**

Una actividad importante que se tomó los espacios exteriores durante el período de pandemia fueron las ollas comunes que permitieron una dinámica similar al

---

«encuentro afuncional de la festividad» descrito por Alicia Lindón (2006) en la reconstrucción y afiatamiento de un tejido social fuertemente afectado por las medidas de confinamiento que emerge desde la contribución y cooperación de vecinos, funcionarios y usuarios para generar esta instancia de reunión comunitaria. En su entrevista, Eloísa describe la utilidad de contar con estos momentos de encuentro para fortalecer la atención en salud:

Entonces como que bajamos todo. Y yo sentada en el suelo en el pasto con los jóvenes que estaban ahí tomando pero comiéndose el plato de lentejas y repartiendo la Nova y eso acercó muchísimo más y a la vez pudimos organizar todo (...) Porque de hecho nos dimos cuenta, como veo el tema de alcoholismo y drogas, que para muchas personas al nosotros acercarnos allá nos decían: –señorita, sabe que yo tengo ganas de salir de las drogas, perdí a mi esposa– ¡Dato para mí! Era como un hambre, listo, vamos. De verdad, aunque suene feo, pero era así. Entonces dame tu nombre, dame tu teléfono, dónde vives, "no, yo vivo en la calle" y al otro día yo estaba: –¡Andrea, Andrea, vamos! ¡Vamos al consultorio! – Hablaba con el terapeuta, le metía una hora entre medio y así. (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

En las entrevistas y reuniones, tanto las Ejecutivas de Familia como los directivos del establecimiento cuentan que esta relación fluida con la comunidad no siempre fue así, sino que hasta hace un par de años existía un fuerte resentimiento hacia el servicio de salud y una percepción de que “no hacíamos nada y ganábamos plata todo el año” y que por lo mismo la primera labor del rol que se les asignó fue salir al territorio y transparentar el funcionamiento y capacidad del Cesfam.

Yo, por ejemplo, yo le digo a mis usuarias: –oye tengo cuatro médicos, qué hago con cuatro médicos–. Entonces ellas saben que aquí echaron a dos matronas, entonces ¡boom! de siete matronas ahora son cinco matronas para atender a 1.600 personas y entonces el usuario con esa información también va construyendo con nosotros. Entonces esa es la mano. (E. Uribe, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

La participación y trabajo conjunto entre el Cesfam y la comunidad no solo se localiza en el territorio, sino que construye este desde la apropiación y valorización de los espacios de interacción y convivencia mediante su representación y trabajo colectivo generando “una «producción» a partir del espacio inscrita en el campo del poder por las relaciones que pone en juego” (Giménez, 1999, p. 27). Así, si bien el funcionamiento óptimo del CESFAM se sostiene en la colaboración entre institución y territorio, es esta misma colaboración la que sostiene la existencia de dicho territorio.

Respecto a las Ejecutivas de Familia, la implementación del cargo surgió como iniciativa del entonces director del centro de salud que lo consideró un perfil de cargo necesario para alinearse al modelo familiar de salud que tiene como base la prevención, es decir, que la Salud Pública sea capaz de anticipar y acompañar a los ciudadanos y no sólo esperar su llegada cuando ya están enfermos. La rutina de estas Ejecutivas incluye principalmente manejar la entrega de horas y hacer seguimiento tanto telefónico como con visitas domiciliarias. Para esta última labor han sido capacitadas por trabajadores sociales en torno a cómo acercarse a los usuarios y por parte del equipo clínico para conocer ciertos síntomas y señales básicas a las que estar atentas. Su aproximación al territorio es desde la atención constante y el ser “medios catetes”, en palabras de Eloísa, por estar constantemente llamando e insistiendo para mantener el contacto pero que a la vez conlleva atender situaciones extraordinarias que reafirman esta confianza como llamadas a las 12 de la noche de usuarios con ataques de pánico que necesitan alguien con quien hablar.

Este rol de acompañamiento resulta indispensable frente a una alta tasa de «mamá-abuelas» ejerciendo el rol de cuidadora principal que necesitan sentir que no se encuentran solas frente a esa situación. Un ejemplo de esto se dio en la visita a terreno en que pudimos acompañar a Carolina a la casa de Leticia, quien cuida de su madre de más de 70 años, su nuera postrada y sus dos nietos de 7 y 9 años luego de la muerte de su hijo hace casi dos años. En esta ocasión, la Ejecutiva de Familia no sólo se mostró interesada por las necesidades médicas de los integrantes de la familia como el reagendar horas perdidas o reinscribir a la madre de Leticia en el Cesfam, sino que por sobre todo se enfocó aspectos psico-sociales como saber cómo ella estaba llevando aún el duelo de su hijo, cómo estaba su relación con otros parientes,

qué desafíos estaba teniendo en el cuidado de sus nietos y el rendimiento de estos con la vuelta a clases presenciales. Si bien ambas Ejecutivas de Familia recalcaron que en un comienzo fue difícil entrar a las casas y que muchos vecinos se negaban a contestarles cosas que consideraban que eran sólo para el médico, con el tiempo todos han ido aprendiendo que a veces se necesitaban otro tipo de ayudas o atenciones, como que simplemente se les escuche como a muchos pacientes de la tercera edad que frecuentan el Centro en busca de compañía.

Quizás la relación más importante para lograr el nivel de imbricación entre el Servicio de Salud y el territorio ha sido la establecida con las Dirigentas Vecinales del sector por el rol que cumplen ellas como líderes en la comunidad que ha ayudado a amplificar la voz del Cesfam a través de la credibilidad que ellas ostentan. La fuerte presencia de estas mujeres en San Rafael se condice con lo planteado por Paula Soto Villagrán (2009) a partir de la noción de espacios de acción femeninos de Tarrés (2002 en Soto Villagrán, 2009) que visibiliza el rol activo que ellas tienen en las organizaciones vecinales y comunitarias con el que “mantienen el control en diferentes áreas de los espacios cotidianos, reubicando a las mujeres como sujetas sociales.” (p. 56). La red de cooperación sostenida entre Dirigentas Vecinales y Ejecutivas de Familia demostró ser de mutuo beneficio como relata Eloísa:

Entonces cuando pasó todo esto de la pandemia, esto de las collas comunes, que la sopaipilla en la tarde, la dirigente vino a cobrar la mano. Si así fue. Dijo: –yapo, ahora yo necesito– y comenzamos a trabajar en conjunto con las ollas comunes. Ya, chiquillas, hay que traer la bolsa de lentejas y vamos haciendo y nosotros íbamos y unos se quedaban trabajando, otros se iban a la olla común y en medio de la comunidad ahí revolviendo la olla y ayudando y el médico sirviendo el plato entonces de repente para el usuario era como: –¡el doctor Ayala me está sirviendo el plato! –. (E. Uribe, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Esta relación entre Ejecutivas y Dirigentas se constituye como un puente entre el servicio y el territorio, construyendo un “lugar para la mediación entre sociedad y Estado –lo que equivale a decir entre sociabilidad y ciudadanía–, organizado para que

en él puedan cobrar vida los principios democráticos que hacen posible el libre flujo de iniciativas, juicios e ideas” (Delgado, 2011, p. 40). Las Dirigentas Vecinales como extensión de el espacio de salud ha funcionado a favor también del proceso de vacunación ya que se observa como el flujo de personas que acuden por este motivo aumenta precisamente en los horarios dispuestos para esto al ser avisados por medio de grupos de WhatsApp vecinales y de forma personal entre vecinos, disminuyendo los viajes innecesarios al Cefam por este motivo.

Finalmente, otra actividad que ha servido tanto para extender la red de salud en el territorio como para reconocer la participación de la comunidad en la construcción de este entorno han sido las capacitaciones en primeros auxilios ofrecidas a las Dirigentas. Durante el 2021 se capacitó a un primer grupo del sector Salvador Allende como piloto, siendo una de las mujeres incluso becada para estudiar técnico en enfermería en la universidad que facilitó el curso. Las Dirigentas Vecinales así se convierten no sólo en puente entre Salud y territorio, sino que también en embajadoras del servicio al estar capacitadas como primera línea de atención en caso de que algún vecino sufra un accidente, pudiendo estabilizar y adelantar la llegada de la atención médica.

### ***La importancia de la flexibilidad de los espacios***

Finalmente, cabe destacar que una característica que se hace presente a lo largo de todo lo observado y parece ser clave en una propuesta de diseño feminista para los espacios es la flexibilidad y capacidad de adaptación de éstos no solo a las necesidades propias de la atención sanitaria, sino que a las distintas formas de vida y cómo éstas van mutando y necesitan ser acogidas en los espacios de atención y también en los espacios de relación que se construyen con el territorio. Estar atentos al carácter relacional, abierto, impredecible e inesperado del espacio (Massey, 2012) que no es predecible por el sistema pero que sí ha podido ser absorbido y utilizado a su favor por el Cefam San Rafael. Se debe tomar en consideración además que esta capacidad de adaptación es valorada como un acto de atención hacia quienes habitan esos espacios, que les hace sentir que son vistos y tomados en cuenta por quienes

los administran por lo que se constituye como clave en generar relaciones de afecto que transformen estos espacios en lugares desde su diseño.

## **Las condiciones para la construcción de un lugar en los espacios de salud pública**

La experiencia analizada del CESFAM San Rafael y su capacidad de acoger y hacer sentido en el territorio en que se inserta son una expresión de su capacidad de ser un lugar por sobre un mero espacio de salud, tomando en cuenta que el lugar –a diferencia del espacio– está marcado por las relaciones afectivas que se producen desde su habitar y las diversas condiciones materiales, políticas y personales que lo influyen y van constituyendo territorio. A partir de esto, cabe preguntarse ¿Cuáles son las condiciones para la construcción de un lugar en los espacios de salud pública? Las formas de concebir y operacionalizar los Espacios de Salud Pública en el Cesfam San Rafael en un principio se alinean a la idea de Massey (2012) sobre la identidad territorial al tener como base una comunidad antigua y afiatada que en su coordinación con el centro potencia esa identidad. Esta y otras condiciones tanto tangibles como de la red de cooperación, monitoreo y apoyo creado en torno a la institución, se convierten en un ejemplo de Salud Pública como Espacio Público con el potencial de informante clave para la concepción de estos lugares desde un diseño con perspectiva feminista que acoja diversas formas de habitar que se han hecho presentes en la descripción del caso.

### ***Arraigo y respeto hacia las dinámicas el territorio en que se inserta el servicio de salud***

Partiendo de la premisa de que la identidad de los individuos viene inherentemente marcada por los lugares que habita, donde “a través del proceso de socialización los actores individuales interiorizan progresivamente una variedad de elementos simbólicos hasta llegar a adquirir el sentimiento y el estatus de pertenencia socio territorial” (Giménez, 1999, p. 37), la inscripción territorial de los funcionarios y el estar atentos a las formas de organización pre-existentes y cómo éstas mutan a lo largo del tiempo para incorporarlas al metabolismo de un Espacio de Salud parece ser uno de los puntos claves para transformar éstos espacios en lugares donde las personas puedan desenvolverse cómodamente. El lazo de pertenencia al territorio se concreta en el arraigo como vínculo esencial que buscamos las personas (Heidegger, 1986 en Lindón, 2006) y que les permite sentirse reconocidas y a la vez permanecer invisibles

en éstos espacios, lo que implica “no ser evaluado por nada que no sea la habilidad para reconocer cuál es el lenguaje de cada situación y adaptarse a él” (Delgado, 2011, p. 52). Los espacios de San Rafael parecen permitir ambas condiciones en simultáneo cuando cada persona es tratada desde lo general y particular a la vez, reconociendo y recordando las razones para estar en ese lugar, pero a la vez sin hacerlos destacar por sobre la masa. Incluso quienes destacan por ser ajenos al territorio, como fue mi caso como investigadora, vamos siendo de a poco integrados en esta dinámica de anonimato como uno más de la casa que a la larga facilita el trabajo en terreno y el acercamiento a las personas.

Desde su rol como rostro y representantes del Cesfam, parecen ser los funcionarios que se encuentran en primera línea de atención quienes ejercen el poder en la relación con el territorio y por lo tanto se hace especialmente importante la inscripción territorial de ellos como condicionante de la atención. Un ejemplo de esto es Germán, funcionario de la recepción e informaciones que saluda a la mayoría por su nombre y es capaz de reconocer a cualquier persona ajena al territorio ya que conoce a todos “aunque sea de vista”. Germán ha vivido toda su vida en San Rafael, llegó a los 5 años con su familia cuando se tomaron el terreno en 1961, vio llegar la electricidad y el alcantarillado y cómo se fueron acercando las primeras micros que llegaban sólo hasta Santa Rosa con Lo Martínez así que él con sus amigos iban a esperar a la gente de noche con lámparas hechas con tarros viejos de café para iluminarlos y acompañarlos en el camino y “ganarse unos pesos para puras leseras” (G., comunicación personal, 14 de septiembre de 2021). Hoy, pronto a su jubilación, continúa trabajando en el Cesfam que vio levantarse en reemplazo de otros servicios de salud previos y que ha visto mejorar con el tiempo al igual que todo el barrio que los rodea donde él también vive. La forma en que Germán aporta a su trabajo desde su experiencia de vecino son formas de constituir lugar en ese espacio de salud, donde él trasciende el sentido de territorialidad que ha construido a lo largo de los años (Lindón, 2006) y lo aplica a otro escenario como es su espacio laboral. Además, el reconocimiento e incorporación de códigos de lo cotidiano a la forma en que funcionarios y pacientes se relacionan desarma la planificación urbana basada en

---

datos abstractos para la retroalimentación de las políticas (Jirón, 2007) y le da cuerpo a las relaciones que pretende mediar.

Similar es lo que describe Eloísa al relatar que parte de su compromiso con su trabajo y la forma en acercarse a los pacientes se sustenta en que: “Yo soy pintanina de pequeña y siempre me atendí en consultorio y de lo que yo veía antes como usuaria a lo que estamos entregando hoy día siento que de verdad hemos mejorado muchísimo.” (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021) El ser testigo de la evolución y cambios del sector y de los servicios que éste presta parece entregar una capa extra de compromiso en el quehacer profesional ya que no dan por sentado el acceso y calidad que ha tenido éste a lo largo de los años que merecen tanto ellos como sus parientes y vecinos. Este arraigo puede considerarse también como una ventaja para las capacidades estatales que buscan construir acuerdos y sinergias entre los funcionarios para alcanzar mejores resultados (Ricardo, 2016) ya que existe una base de acuerdos de vida en común en el territorio a la que atenerse.

Reconocer y negociar con prácticas y condiciones históricas y socio-materiales del lugar ha sido también clave para una inserción con menor resistencia en el territorio. Frente a esto, Eloísa plantea la pregunta: ¿Qué se hace con los pacientes insulino dependientes que no tienen las condiciones para alimentarse como su tratamiento requiere? y relata cómo en la experiencia de participación de las ollas comunes las nutricionistas tuvieron que ir dando pequeñas batallas para incorporar hábitos más saludables sin ir contra la tradición del lugar, como fue el intento de reemplazar las longanizas por acelga en el guiso de lentejas que no fue bien recibido como “comida de verdad” por parte de los vecinos.

Otra forma en que el Cesfam reconoce las dinámicas y formas de organización preexistentes en San Rafael es la forma en que organizan la sectorización del barrio para el trabajo territorial que se basó en la disposición e identidad de los pasajes y las coordinaciones previas existentes entre ellos. Así se conforman 5 sectores de atención: San Rafael 1, San Rafael 2, San Ricardo, Salvador Allende y Sector Sur que más que a una geografía particular, responden a similares demandas y dificultades de acceso y favorecen la comunicación con las Dirigentas Vecinales que

son ampliamente reconocidas y valoradas como líderes de opinión dentro de la comunidad. Sin embargo y a pesar de su éxito, esta red de mujeres construida entre Ejecutivas y Dirigentas puede ser considerada, de acuerdo a Rojas Lasch (2018), como una expresión de la “neoliberalización de lo social” al ser “ser precaria y restringida y al mismo tiempo altamente moral y subjetiva” (p. 141) en términos del bajo presupuesto que la sostiene –que obliga a coordinar instancias colectivas de alimentación y recursos propios por parte de las funcionarias– apoyado por una relación de compromiso emocional y subjetiva.

Aún así, la inscripción territorial del Cesfam también se sostiene en el reconocimiento de esos liderazgos vecinales y el alcance que tienen. Acercarse a través de ellas al territorio, entregándoles el rol de voceras de los diversos operativos e instancias en terreno como relata Eloísa:

Porque decirle al vecino "venga para acá a un conversatorio, en el estacionamiento...", el vecino no va a llegar. Entonces, si nosotros nos acercábamos a la comunidad y a la junta de vecinos, agarrábamos 50, 60 personas que nos querían escuchar. Y eso comenzamos a hacer. (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Demostrando el peso que las estructuras de relación y confianza preexistentes en el territorio son indispensables para el concepto de autonomía imbricada de Evans (1996 en Ricardo, 2016) donde la intervención estatal se ve facilitada por la cooperación de los actores relevantes del ámbito público en que se insertan en una lógica de Estado enraizado y no aislado de su entorno social.

### ***Construcción de confianza entre Estado y Ciudadanía***

La construcción de una relación de afecto y cuidado entre el centro de salud –como representante del Estado– y los vecinos como base para el diseño de espacios como lugares para la salud pública, necesita sustentarse en una relación de confianza mutua. En el caso del Cesfam San Rafael, esta se ha construido desde la transparencia de las condiciones de trabajo con que cuentan y una comunicación fluida y constante que permita hacer frente a la influencia de los medios de comunicación y el entramado político que rodea y condiciona el funcionamiento de los

establecimientos de salud. Este proceso de construcción conjunta ayudaría a combatir lo que Delgado (2011) describe como «urbanidad» –o sistema de buenas prácticas cívicas– en la relación entre urbanismo y urbanizados que hoy en día se expresa como el sometimiento de la ciudad “por medio tanto del planteamiento como de su gestión política, a los intereses en materia territorial de las minorías dominantes” (p. 37).

El Cesfam, como ente público, tiene el desafío de convivir con el entorno político y comunicacional que se crea alrededor de lo público. Cada interacción de los funcionarios con los vecinos está mediada en parte por las creencias y subjetividades que construyen desde los medios de comunicación y los anuncios provenientes del estado, como relata Eloísa:

¿Con los usuarios? lo más complicado es la credibilidad. De lo que dicen las noticias, por ejemplo, de lo que ofrece nuestra alcaldesa, a veces, a la realidad misma. Entonces, por ejemplo, eso es muy complicado, ganarme la confianza de los usuarios ha sido muy complicado. Entonces es como "pero si el carnet verde, este carnet es de las vacunas ¡dijeron que en el consultorio tenía que hacerse! porque en las noticias salió que en el consultorio tenían que hacerse cargo de este carnet verde de las dos vacunas". Señora, pero usted me tiene que entregar la clave única y la clave única es ultra personal. Además, me tiene que entregar su contraseña de correo electrónico, entonces eso es ultra personal. Entonces de repente el mismo estado como que a nosotros nos pone la traba, como la piedrita para que nos caigamos. Pero son las noticias, nuestra alcaldesa no da esas respuestas. "¡Ay, es que ustedes no quieren trabajar!" Entonces otra vez se rompe esa confianza, eso es lo que a nosotros nos ha afectado muchísimo (...) Lo que pasa es que aterrizar esas promesas es súper complicado porque si la alcaldesa lo dice, el ministro lo dice ¿Qué somos nosotros contra eso? Nosotros simplemente somos las personas que no queremos trabajar y los malos de la película. Entonces ahí es donde nosotros empezamos "mire cuál es su necesidad, a ver veamos, ¿Me podría esperar quizás un día y mañana yo le gestiono una horita?" (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Lahera (2005) recalca que la mejor postura frente a este tipo de situaciones y las políticas públicas en general es estar preparado para explicar lo que se está haciendo, con el fin de dar a entender que las políticas públicas buscan el bien común aunque en el punto que nos encontremos no parezca evidente. Esta transparencia es particularmente útil frente al escenario de escasez de recursos que deben salir a justificar los funcionarios de atención a las personas cuando no existe capacidad para entregar las horas de atención necesarias y optan por sincerar la cantidad de profesionales disponibles –sobre todo en época de emergencia sanitaria, cuando podían ausentarse varios a la vez por brotes internos de COVID-19 –para intentar generar cierta empatía desde los usuarios hacia la posición de las funcionarias como mediadoras entre ellos y esa escasez.

### ***Adaptación a las necesidades biopsicosociales como acto de atención***

La flexibilidad de los espacios es una característica esencial para los Espacios de Salud Pública, tanto desde la perspectiva sanitaria que solicita contar con áreas abiertas y adaptables frente a un escenario de flujo de pacientes extraordinario (Minsal, 2017), como desde una perspectiva de apertura hacia el futuro, contraria a los discursos modernos (Massey, 2012), donde estos espacios podrían materializar una posición de colaboración para la construcción de éste en conjunto al ir absorbiendo las necesidades que quienes habitan manifiestan explícita e implícitamente sobre él. En ese sentido, vale la pena repasar cómo las distintas adaptaciones de los espacios del Cesfam San Rafael durante el período de pandemia, tanto en la redistribución de sus instalaciones como en el intento por expandir y fortalecer sus redes de trabajo con el territorio, fueron percibidas por funcionarios, pacientes y vecinos.

Ante las medidas sanitarias para contención del virus solicitadas por el Ministerio de Salud, no solo debió existir una adaptación a los recursos del Cesfam San Rafael sino también a la cultura local del territorio donde se inserta. Como ejemplo, ante la resistencia al uso y porte del alcohol gel en un comienzo, el entonces director encargó a un grupo de funcionarios a quienes llamaba “sus ingenieros” la construcción de un

lavamanos exterior que se instaló en la entrada del Cesfam y que fue generando la cultura de lavado de manos necesaria.

Por otro lado, estuvieron las reorganizaciones espaciales como la división entre sector COVID y no COVID que era visible para los pacientes y respetada a pesar de estar hecha solo con una silla con un cartel. Esta división transformó por completo la logística del Cesfam al modificar las vías de acceso, horarios y divisiones internas que se habían mantenido durante casi 15 años de funcionamiento pero que similar al concepto de «habitus mobilitaire» que extrae Musset (2015) de Stock (2004), los vecinos fueron rápidamente capaces de convertir estos espacios ahora ajenos por su nueva lógica de funcionamiento en espacios familiares y estabilizar el metabolismo del centro de salud. Estas adaptaciones que permitieron el funcionamiento continuo del Cesfam, si bien generaban cierta incertidumbre en los funcionarios que declararon no saber donde les podría tocar trabajar al día siguiente, ya que la prioridad era adaptarse a la emergencia, pero la continuidad del funcionamiento, incluso en los períodos de mayor confinamiento, significó un aporte a la estabilidad financiera y salud mental de los funcionarios con contrato a honorarios que se sintieron protegidos por esta medida.

En el caso de los vecinos y pacientes, reconocer sus horarios y adaptarse a ellos también ayudó a mantener ese flujo de atención. Así, desde programar los talleres de capacitación a las Dirigentas Vecinales cerca de las 21:00 para que interfiriera lo menos posible con sus horarios de trabajos y labores domésticas, a habilitar un horario extraordinario desde las 17:00 hrs. –similar al del SAPU que se encontraba convertido en sector de atención COVID-19– para que pudieran optar a horas de medicina general quienes no podían ir a solicitarla durante el día, el Cesfam continuó reconociendo las condiciones de vida de sus pacientes para ampliar el alcance de su atención a pesar de la emergencia. Esto junto con la decisión de la dirección de ese momento de no cerrar el centro de salud, a diferencia de otros Cesfam de la comuna, mantuvo la fidelidad desde el territorio y se reforzó con las salidas a terreno y un intento de vinculación en horario continuo con la comunidad a través de redes sociales e instancias participativas vía remota que aportaron a mantener la comunicación pero sobre todo el compromiso entre el centro y el territorio.

---

## **El rol de las mujeres en la co-construcción y mantención de Espacios de Salud Pública**

A partir de la descripción del funcionamiento de la red construida entre las Ejecutivas de Familia y Dirigentas Sociales de San Rafael como extensión del funcionamiento del Cesfam, se hace importante abordar el rol que tienen las mujeres en el sustento de este espacio de salud pública, y cómo en esa tarea se replican estereotipos y estructuras de desigualdad de género al asumir el rol de cuidadoras del territorio. Se hace importante también considerar las condiciones de vida de las mujeres, niñas, niños y adultos mayores que habitan el centro de salud como pacientes o acompañantes y cómo esta condición modifica su experiencia en estos espacios. La comprensión de estas dimensiones ayudaría a subsanar la relación ambivalente que tiene el Estado con las mujeres, que se mueve entre considerarlas madres, vulnerables y ciudadanas con (ciertos) derechos, pero nunca entrecruza esas condiciones (Anzorena, 2015 en Anzorena, 2019) y aportaría a pensar estos lugares desde una perspectiva feminista interseccional que acoja una mayor diversidad de formas de habitarse acorde a la realidad.

### ***Las condiciones de vida de las mujeres y cuidadores en San Rafael para su participación en el espacio público***

El perfil de las mujeres cuidadoras, sobre todo el de las mamás-abuelas que se hacen cargo de sus nietos ante la ausencia de sus madres o la incapacidad de éstas de compatibilizar la crianza con el trabajo remunerado, se repite bastante en los espacios físicos del Cesfam y en los espacios de participación donde éste se involucra como reflejo de que “el círculo vicioso de maternidad precoz, número de hijos, falta de educación y menor capacitación laboral constituye una estructura de desventaja que refuerza la pobreza, la desigualdad y la marginación” (Lamas, 2007, p. 135). Esto se condice con los datos del gobierno que muestran que en el 85,6% de los casos, son las mujeres –en calidad de esposas, nueras, hijas, etc.– quienes asumen el cuidado de los adultos mayores (Muñoz Rojas, 2017). Un ejemplo es el caso de Marisol, en quien se intersecta el perfil de mamá-abuela con el de cuidadora de adultos mayores al estar a cargo de su madre, sus nietos y su nuera postrada desde que falleciera su hijo en un accidente. Condiciones similares se observan en el Cesfam donde circulan

muchos grupos familiares compuestos por una persona mayor –muchas veces en silla de ruedas– una mujer de mediana edad y una mujer joven que lleva un infante en brazos o coche. El rol de cuidadores no se puede abandonar ni siquiera para asistir a controles o exámenes que no involucren a las personas que tienen a su cargo ya que no tienen con quien dejarlas como en el caso de Macarena que acude con su nieto de menos de un año incluso cuando se levanta a las 5 de la mañana para ir a pedir hora (Entrevista personal, 22 de agosto de 2022) ya que es su única cuidadora. La capacidad de moverse por el centro de salud es mermada por el rol de cuidadores, como relata Rodrigo que acompaña a su hija y nieto a los controles para poder quedarse esperando afuera con el coche y otros bultos y que ella pueda moverse de manera más libre dentro del edificio con su hijo en brazos. Esta incapacidad de acceso libre tanto a los espacios físicos como a los servicios que ahí se entregan es lo que Jirón (2007) describe como desigualdad en sus análisis de la movilidad de las mujeres en el transporte público que continúa una vez que han abandonado este para ingresar a sus lugares de destino. A esto se suma la culpa que sienten cuando fallan frente a estas labores y que dejan entrever cuando reciben instrucciones y buscan reafirmarlas varias veces para que después “nadie las culpe” si se equivocan o cometen un error.

En ese sentido, para estas mujeres tiene particular relevancia el acompañamiento que se realiza desde el Cesfam, sobre todo cuando se hacen presentes en sus casas, que al ser el lugar donde se producen las subjetividades y se desarrollan las relaciones afectivas, de placer y familiaridad bajo códigos íntimos (Soto, 2009), lo perciben como un acto de cuidado que apela a lo más profundo de sus vivencias. Lo mismo se enfatiza cuando esas visitas se centran en aspectos más allá de la salud física como poner atención a sus estados de ánimo, la relación con los vecinos o los familiares y los avances laborales. A su vez, esta forma de acompañamiento es contraria al monitoreo que proponen los mecanismos institucionales tradicionales basados en indicadores cuantitativos como diversos certificados de asistencia al colegio y atenciones médicas o de esfuerzos en capacitación y búsqueda de empleo que miden los logros familiares para otorgar beneficios de manera despersonalizada (Rojas Lasch, 2018). Si bien la labor de las Ejecutivas rompe la dinámica distante de la

ventanilla municipal al hacerse de forma más personalizada en un esquema de acción pública más contemporáneo (Cefaï y Gardella, 2011 en Rojas Lasch, 2018), es importante cuestionarse cómo esta labor se sostiene en mandatos de género que asumen a las mujeres como más aptas para el cuidado y van dejando esas tareas a su cargo, recargando sus jornadas laborales.

### ***Mujeres como representantes de Estado y Ciudadanía en la relación Cesfam-territorio***

Cuando Eloísa en su entrevista expresa que en San Rafael “las mujeres lideran 100%” (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021) reconoce que las representantes tanto de estado como de ciudadanía en este espacio de relaciones son mujeres. Tal como expone Moser (1993 en Zamar, 2006), son ellas quienes juegan un rol esencial en la búsqueda de mejoras para sus familias y comunidades y quienes manejan los aspectos sociales más allá de sus propios hogares, incluso supliendo roles que debería asumir el estado para el bienestar social. Esto perpetúa su rol como cuidadoras de sus entornos desde el cariño y sacrificio de acuerdo a mandatos de la subordinación de género (Lamas, 2007) que inculca la maternidad y el cuidado del hogar como destino esencial de las mujeres desde su niñez.

“Es que hay más mujeres, siendo que nuestro directos en hombre, es varón, aquí hay mujeres en el servicio. Entonces la delegada del sindicato es mujer, la jefa de salud mental es mujer, de los jefes de sector hay un solo hombre y el resto son mujeres (...) Las Dirigentas son todas presidentas de juntas de vecinos y de estos talleres de adultos mayores, estas casas municipales de adultos mayores. Ellas son las Dirigentas.” (E. Uribe, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Los espacios de acción femeninos (Tarrés, 2002 en Soto Villagrán, 2009) ayudan a visibilizar ese rol activo que ocupan las mujeres en las organizaciones vecinales y que las reubica como sujetas sociales en control de ciertos espacios cotidianos consecuencia de la división sexual del trabajo. las dirigentas cumplen su mandato de género como responsables de proveer bienestar a sus familias (Rojas Lasch, 2018) y Eloísa depende de la coordinación con ellas, que llegan y le dicen “¡Eli! [hace gesto

de dejar algo sobre la mesa] y yo miro y hay hora médica, hora psicólogo, a esta señora le pasó esto (...) y me dicen: –toma, aquí tenís pega–” (En. Uribe, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021), como una extensión de su labor de monitoreo en el territorio del que conocen mucho mejor las necesidades y funcionamiento pero donde además encuentran el espacio para canalizar ese conocimiento hacia la institución. Esta extensión es parte del rol clave que juega la participación de las mujeres en las políticas sociales donde son uno de los principales canales de penetración de productos y contribuciones estatales a sus comunidades desde su papel de líderes y gestoras comunitarias (Zamar, 2006). De esta forma el Estado descansa en la enseñanza performativa de mujer-madre de cuidar a los miembros de la familia (Rojas Lasch, 2018) confiando las posiciones de cuidado a las mujeres, desde una concepción que fija su identidad femenina. Esto es enfatizado por la división sexual del trabajo que no solo separa lo productivo-remunerado de lo reproductivo-no remunerado, sino que también distribuye las tareas dentro de la esfera de lo productivo con tareas específicas para mujeres y hombres (Anzorena, 2017) que usualmente replican la división público-privado.

La dicotomía entre público y privado en el ámbito de la salud –donde ambos ámbitos se diluyen en espacios, temas y alcances de las políticas de salud– también se expresa en la inclusión del cuidado, actividad tradicionalmente femenina y relegada a lo doméstico, como actividad clave para el bienestar de las personas y la entrega de una atención en salud de carácter pública adecuada. En ese sentido, las instituciones públicas se sostienen, refuerzan y replican prácticas generizadas de cuidado (Rojas Lasch, 2018) para su óptimo funcionamiento, como cuando Eloísa relata que normalmente llega a trabajar a las 8 de la mañana –cuando su jornada aún no comienza formalmente– para poder suplir la demanda de entrega de horas médicas que la comunidad necesita, y luego permanecen en constante contacto con las personas durante el día e incluso la noche cuando las emergencias lo ameritan. En ese sentido, el cuidado que debieran asumir las políticas estatales como complemento a lo que los hogares pueden resolver por su cuenta (Muñoz Rojas, 2017), queda en manos de la voluntad y trabajo extraordinario de las mujeres que

sostienen esta red, como ocurre en la mayor parte de Latinoamérica, carente de políticas de cuidado estatales como es el caso de Chile.

La vocación de cuidado de estas mujeres –probablemente inculcado desde la infancia como parte de su subordinación de género– es un factor fundamental en su rol de funcionarias y Dirigentas Vecinales pues permiten desdibujar los límites entre su trabajo para la comunidad y su vida personal. Como ejemplo, Carolina relata que algunos usuarios la han llamado a las 12 de la noche con crisis de pánico y ellas los acompaña con ejercicios de respiración (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021), tarea que describe que “es constante, es demandante, súper demandante pero es rico. Por lo menos en lo personal yo me vine a trabajar a esta comuna precisamente por lo mismo, porque necesitan de alguien que lo haga con cariño”, dejando de manifiesto la dimensión afectiva de su labor. Esto lleva a las funcionarias a ofrecerse a sí mismas como sujetos como parte de los recursos estatales y se desdibujan los límites entre asistidos y asistentes ya que a todos les toca sobrevivir a las condiciones precarizadas de la intervención (Rojas Lasch, 2018).

Finalmente, cabe mencionar que la extensión de las labores de cuidado hacia el ámbito laboral y de acción política de las mujeres que conforman la red entre Ejecutivas Familiares y Dirigentas Vecinales en San Rafael, tiene fuertes repercusiones en la salud mental de ellas. Por el lado de las Ejecutivas, que tienen esta situación más regularizada y cuantificada, existe un alto número de licencias médicas por estrés como consecuencia de estas labores. Rojas Lasch (2018) describe tres maneras en que la relación íntima de contacto que se establece en estas labores afecta a quienes las ejercen. En primer lugar, está la exposición a emociones fuertes y/o violentas que marcan la distancia inicial con lo observado pero que luego se desdibujan y transitan hacia una proximidad eficiente y estratégica para la labor de las funcionarias. Finalmente, esta cercanía pone a prueba los límites de la ética y la vocación de estas mujeres cuando se ven empujadas a situaciones límites donde su intervención e involucramiento puede tener consecuencias tanto laborales como personales. A esto se suma una sensación de angustia por “el agobio que esto provoca en los profesionales ya que su paciencia, bondad o corazón no da para todos” (Rojas Lasch, 2018, p. 136) y sienten la presión por responder a los valores asociados

a su tipo de labor como ser buenas, tolerantes y pacientes. La misma autora afirma, y se puede ver en el trabajo que se realiza en San Rafael, que estas prácticas movilizan e incitan un trabajo relacional que solo busca “recuperar y reactivar la solidaridad bajo condiciones neoliberales y crear una forma de vida que parece no tan atomizada o aislada” (p. 137).

## **Recomendaciones para el diseño de Espacios de Salud Pública con perspectiva feminista a partir del caso del Cesfam San Rafael**

A partir del análisis del material empírico obtenido del trabajo de campo en el Cesfam San Rafael, se definieron tres grandes categorías para englobar las características e interacciones críticas a priorizar en el diseño feminista de espacios de salud pública: (1) Cuidado, entendido como la capacidad del Cesfam –como institución– de estar atento a las necesidades de los vecinos y acompañarlos en sus distintos procesos biopsicosociales; (2) Encuentro, como la capacidad de los espacios –tangibles e intangibles– del Cesfam para precipitar la sociabilización y construcción de relaciones entre quienes lo habitan más allá de las necesidades sanitarias; y (3) Colaboración, en relación a cómo el funcionamiento óptimo del Cesfam se sostiene en el trabajo y coordinación en conjunto con el territorio, no solo al servicio de éste.

### ***Cuidado: Hacerse presente desde la atención***

La dimensión del cuidado dentro del Cesfam se ve reflejada principalmente en estar atentos y hacer seguimiento fluido y constante de las necesidades de los pacientes tanto relacionadas a la prestación sanitaria como a otros aspectos de su vida que de igual manera impactan en su salud. De acuerdo a los mapeos del habitar realizados, esta dimensión se manifiesta, sobre todo –tanto en sus expresiones positivas como negativas– en los espacios de atención administrativa como entrega de hora y orientaciones para la atención. Además, sería la dimensión que logra extenderse más hacia el territorio haciéndose presente en los hogares, calles y espacios públicos del sector a través de la presencia de las Ejecutivas de Familia, las visitas domiciliarias de los equipos médicos y los operativos en colegios o lugares donde el acceso al Cesfam es más dificultoso.

De acuerdo a la propuesta de modelo de atención del ex-director Lautaro Fernández, quien proponía “innovar pero hacia la dignidad de las personas” y declaraba que eso partía por conocer los espacios y contextos en que éstos se desenvuelven aunque a ratos signifique para los funcionarios involucrarse en la vida de los pacientes (Comunicación personal, 13 de agosto de 2021), el Cesfam intenta busca estar atento

---

a las necesidades de las personas haciendo un seguimiento activo y constante de los pacientes que ayude a prevenir futuros incidentes de salud como relata Eloísa:

Entonces siempre vamos con alternativas con tal de enganchar a esa mamita, a ese adulto mayor que no viene con sus controles cardiovasculares, que no están al día. A veces pasa mucho que de hecho la mayoría de las urgencias que llegan acá al SAPU en adultos mayores son descompensados diabéticos e hipertensos. Por qué razón. Entonces yo me puse a revisar, a mirar qué edades, hipertensión, diabetes y ya, empezamos a hacer un levantamiento con una base de datos. (hace gesto de hablar por teléfono) Sabe que usted hace tiempo que no va... ¡ya, vamos al consultorio! y así vamos llevando o tratando de llevar un control de todas las personas que están afectadas con esas enfermedades. (Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Esta atención se extiende más allá de las necesidades sanitarias cuando desde los mismos funcionarios se levantan iniciativas para crear espacios de apoyo a los niños que no cuentan con el equipamiento o compañía necesarios para hacer sus tareas en la casa. Si bien esto se hizo más evidente durante el período de confinamiento, es una problemática transversal a muchas y muchos vecinos ya sea por falta de tiempo dado sus dobles y/o triples jornadas o por la mala conectividad que tiene la comuna de La Pintana en general. También se extiende cuando en las visitas domiciliarias las Ejecutivas intentan recabar datos sobre el estado emocional de los pacientes o el proceso de escolaridad de las niñas y niños a su cargo para poder tener una panorámica más clara de su contexto y las variables de su salud.

Durante las atenciones en el mismo Cesfam, algunos vecinos sienten que los funcionarios efectivamente están atentos a sus problemas o necesidades cuando acogen sus reclamos o les invitan a pasar al módulo antes de que puedan sacar el número de atención. Otros, sin embargo, sienten un alto de nivel de descuido por parte de los funcionarios de la primera línea de atención que no tienen una buena disposición a atender sus problemas, como se observó en la dinámica del sector de Atención a las Personas cuando los funcionarios permanecían agachados en sus módulos sin ver a los pacientes que ingresaban a la sala de espera o sacaban número

en un tótem que es difícil de encontrar y que no está asociada a ninguna interfaz de llamado. Esa dinámica era interrumpida por pacientes que se acercaban directamente a los módulos a solicitar ser atendidos y con eso obligaban al resto de los módulos a sumarse, incorporarse desde sus asientos y poner atención a quienes se encontraban en el sector de espera.

La resolutivez de los funcionarios frente a las inquietudes y necesidades de los pacientes y sus acompañantes también es percibida como un acto de cuidado como manifiestan Victoria y Gloria durante su entrevista:

Victoria: Sí. Uno se siente menos. Justo hoy día me venía comentando eso mismo. Que no falta en los consultorios que son simples administrativos y son pesadas. O sea no...

Gloria: Por ejemplo, a mí me tocaba, tengo todos los exámenes, tenía la hora pa' médico. Y el día antes le avisan a mi hijo que no, que el médico estaba con licencia pero podrían poner otro médico po'.

Victoria: Claro, y perdió esa hora mi mamá. (Entrevista personal, 12 de septiembre de 2022)

El acompañamiento y seguimiento también juegan un rol clave dentro de la dimensión del cuidado al extender la atención antes descrita en el tiempo y el territorio. Dentro del recinto de salud, existen funcionarios que acompañan a los pacientes a lo largo de toda su visita guiándolos de un sector a otro como se observó hacer a Germán en una de las visitas a terreno donde luego de ir personalmente a ver como se encontraba un paciente dentro del sector de atención, se acerca a su familia para decirles que le van a tomar los signos vitales pero está todo bien y luego les indica y acompaña hasta la puerta de la sala donde pueden verlo luego de casi una hora de espera e incertidumbre en el pasillo. Esta extensión de la atención como forma de cuidado también se manifiesta a través del seguimiento que hacen las ejecutivas de familia como Eloísa:

(...) Y después verlos perfumados, llegar de corbata a la ceremonia de verdad que era demasiado. Ahora, no se les deja, porque ese paciente para mí sigue siendo un... hay que mantenerlo cerca. "¿Y cómo vai, Andrés?" – "No, bien,

estoy trabajando" – "Ya, listo, un besito" [hace gesto de colgar el teléfono]. O de repente me mandan "Señorita, estoy en el cumpleaños de mi nieto" y ay, que rico. Pero ese trabajo que dura un minuto, esa atención, puede cambiar la vida de las personas. (E. Uribe, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Para poder construir una salud pública desde el cuidado, se hace indispensable también abordar la forma en que los funcionarios –como representantes del Cesfam– abordan a los pacientes y vecinos desde la cercanía y la insistencia para no perder el contacto.

Les costaba el hecho de que uno quisiera como ¿entrometerse? Decían "es que yo eso se lo digo al médico". Entonces yo le decía que sí pero quizás lo podemos ayudar por otra área, que no le estoy pidiendo que me explique como con detalle. Y ahí estaban los que decían "no, no" y bueno, uno tiene que respetar, y el que sí accedía y te contaba un poco y ahí uno se daba cuenta que en realidad no era el médico, quizás era con psicólogo, asistente social, ayuda, o simplemente que alguien lo escuche. Acá viene mucha gente que de verdad solamente necesitan que los escuchen. Tenemos pacientes que vienen todos los días. Todos los días. Y ellos lo único que necesitaban era que los escucháramos. (C. López, entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Para generar esa cercanía, las Ejecutivas han visto que es efectivo diluir momentáneamente su rol de funcionarias públicas y evitar, como explica Carolina, tomar fotos o notas en sus cuadernos y adoptar una posición de escucha y conversación activa, como lo haría una amiga o vecina, para favorecer el diálogo y registrar lo más importante una vez que no se tiene a la otra persona al frente. Este acto pone en evidencia que la actitud que se tiene frente a los pacientes, más alejada del rol de funcionaria en este caso, cambia de manera radical la percepción de interés y cuidado genuino hacia ellos.

Finalmente, la última dimensión del cuidado abordada es la del Cesfam hacia sus mismos funcionarios que se declaran y perciben más cansados de lo normal luego de más de dos años de funcionamiento extraordinario a raíz de la pandemia. Declaran que no hay espacios para el descanso ya que no pueden ocupar ningún lugar que

esté a la vista del público porque crean la sensación que no están trabajando y llegan reclamos. Por lo mismo muchos de ellos, sobre todos quienes deben estar constantemente en contacto con la gente y exceder sus horarios para eso, han necesitado licencias médicas por salud mental en el último tiempo, disminuyendo la capacidad del Cesfam y aumentando la carga de sus colegas. Esta dimensión debe ser abordada desde la institución para que, como advierte Ricardo (2016) las condiciones descritas no desencadenen conflictos que repercutan negativamente en la productividad de la organización y por tanto se convierten en tareas de cuidado a asumir por la institución hacia sus funcionarios como parte del funcionamiento óptimo del centro de salud.

***Encuentro: Favorecer la posibilidad de entablar relaciones***

La dimensión de encuentro hace referencia a la capacidad de los espacios del Cesfam, tanto los que corresponden a las instalaciones físicas del centro de salud como los espacios de trabajo y coordinación que se extienden fuera de éste, para promover la construcción de relaciones entre pacientes, funcionarios, vecinos y otros actores, diluyendo el carácter individual de la atención en salud y relevando la vida social como uno de los factores influyentes en ella. Dentro de los mapeos del habitar, se detectaron como espacios clave para el encuentro el pasillo principal del Cesfam y el sector donde actualmente se ubica el vacunatorio por su alto tránsito que funciona como espacio de encuentro y socialización sobre todo entre los funcionarios que transitan hacia diversos puntos del edificio. Éstos se saludan y tienen conversaciones rápidas sin detenerse, con preguntas cortas y respuestas que terminan dando en voz alta a medida que se alejan. Los que se detienen a conversar por lo general vienen a algo puntual, tienen una duda o necesitan un favor de alguna de las funcionarias que se encuentran en el vacunatorio.

Para que esos encuentros se generen, ha sido clave contar con espacios amplios y de alta visibilidad como los previamente descritos, así como también romper algunas estructuras clásicas de disposición del mobiliario como en el sector de atención de las personas donde se optó por no alinear los módulos en fila a modo de trinchera sino que separarlos rodeando el sector de espera y dejar un espacio al costado para que

se ubique el usuario y se produzca una dinámica más horizontal durante su atención sin el separador del módulo mediante. Sin embargo, la inexistencia de elementos como pantallas u otras formas de llamado a la vista de todos evita que se produzca conversación entre quienes se encuentran esperando por tener que estar excesivamente atentos a su llamado para atención como pasó durante muchas de las entrevistas realizadas en el lugar donde las personas responden y entablan conversación, pero siempre con su mirada y corporalidad apuntando hacia el punto desde donde serán llamados.

El encuentro entre pacientes se da principalmente entre coetáneos y tiene como centro de la conversación el mismo espacio de salud en que se encuentran como relata Rodrigo en su entrevista: “Hay veces que tengo la oportunidad que se me siente una persona de edad más o menos al lado mío y ahí compartimos experiencias que hemos tenido aquí y negativas también” (Entrevista personal, 12 de septiembre de 2022) o la dinámica que se dio entre Gracia y otra señora mayor que pasó al lado nuestro durante la entrevista y aprovechó de preguntarle si también andaba turisteando esa mañana. Por otro lado, el encuentro entre funcionarios se ubica principalmente en el sector del comedor donde se juntan entre colegas que comparten el horario de almuerzo que hoy en día está dividido en varios turnos por el tamaño del casino.

Ha sido importante no solo confiar en el encuentro espontáneo, sino que también generar instancias programadas para éste con el territorio como fue la participación y reconocimiento de las ollas comunes en la cuenta pública del año 2021 o el contacto que se mantuvo con los vecinos del consejo consultivo y los talleres de capacitación a través de la plataforma zoom durante el período de confinamiento. Estas instancias donde el Cefam va hacia el territorio, independiente de si es de manera presencial o virtual, permite conocerse entre quienes forman parte de la red más allá de la prestación sanitaria y fortalecer las redes que facilitan la promoción del bienestar. Hacerse presente desde la prestación sanitaria, como es el caso de los diversos operativos de salud y visitas domiciliarias, es también una forma de aliviar la carga de quienes ejercen labores de cuidado en San Rafael, como cuando Leticia –quien se encuentra a cargo de su madre, nuera postrada y dos nietos– contó a la Ejecutiva

de Familia que la visitó que perdió la hora al dentista de su nieta mayor pero que de todas maneras quedó inscrita para una nueva atención a través de un operativo odontológico que se hizo en su colegio y que incluso sería atendida en ese mismo lugar (Entrevista personal, 23 de septiembre de 2021).

### ***Colaboración: Co-construir los espacios de salud pública***

Finalmente, la categoría de colaboración emerge de distintas situaciones e interacciones observadas que muestran cómo el Cesfam San Rafael es un espacio co-construido entre Estado y Ciudadanía, lo que aporta a la sensación de pertenencia y arraigo con el lugar y los espacios a los que se extiende. Esta colaboración se presentará en tres niveles: las dinámicas de colaboración entre funcionarios independiente de su estamento o sector de desempeño, la colaboración que emerge de la coordinación entre las Ejecutivas de Familia y otros funcionarios con actores clave del territorio y finalmente, cómo el trabajo conjunto se hace presente en el diseño y construcción de algunos de los espacios del edificio independiente de que la participación de los actores en ésta no sea simultánea.

Respecto a la convivencia entre funcionarios de distintos estamentos, Eloísa hace la distinción en relación a otros lugares donde la ha tocado trabajar, declarando que valora que en este consultorio “el médico a mí me va a entender cuando le diga: – doctor sabe que la señora Irma necesita de verdad...–” (Entrevista personal, 12 de septiembre de 2021) y que los doctores las “odian con cariño” por ser quienes manejan sus agendas pero que ambos entienden y respetan las limitaciones del trabajo del otro al momento de hacer el suyo. Así, los doctores intentan hacer los espacios de atención extraordinarios necesarios mientras que las Ejecutivas de Familia cuidan el no atorar su agenda hasta colapsar. Otras funcionarias definen esta dinámica como consecuencia del compañerismo y la necesidad de cooperación para poder ayudar a las personas. No imaginan que sea de otra forma que conversando y coordinando entre todos las distintas derivaciones y horas médicas cuando hay una necesidad de por medio e incluso existen grupos de WhatsApp para mantenerse al tanto de cualquier emergencia:

(...) Nosotros trabajamos con un WhatsApp por área, somos como 16 WhatsApp en este lugar. Entonces está el San Rafael y cuando algo pasa, todos sabemos que está pasando y qué llegó una urgencia, todos sabemos que el box 11 no se puede ocupar porque hay un paro y todos sabemos, además, tenemos WhatsApp de todo: de jefatura, de todo (E. Uribe, entrevista personal, 12 de septiembre de 2021).

Muy ligado a la dimensión de Encuentro, se observa que las posibilidades de colaboración se ven potenciados por la convivencia y encuentro no programado entre funcionarios. Cerca de las 13:00 horas comienza a bajar el movimiento en los box de atención y aumenta la circulación desde los sectores de atención hacia el comedor ubicado en el segundo piso o hacia la calle ya sea para comprar comida o retirarse luego de finalizar media jornada de trabajo. Este período de tiempo en que se encuentran los distintos estamentos en el espacio que hoy ocupa el vacunatorio les ayuda a resolver pequeñas coordinaciones y descoordinaciones de la jornada para facilitar la continuidad de su trabajo que no tienen un espacio donde discutirse.

En relación a la colaboración que emerge de la coordinación con el territorio, esta es formalmente reconocida en actividades como la cuenta pública que es planificada y preparada en conjunto con los vecinos y organizaciones que han tenido un rol activo durante el año y por lo mismo son mencionadas las actividades levantadas en conjunto como talleres y ollas comunes. Las Dirigentas Sociales como aliadas clave también son capacitadas para ser embajadoras del Cesfam y un primer acercamiento a la atención en salud, como el caso de las que fueron capacitadas en primeros auxilios durante el año 2021, obteniendo un certificado de primeros auxilios por parte de una universidad y que “son como... primer contacto. Ellas ven que estén bien los signos vitales y llaman a la ambulancia” (C., entrevista personal, 14 de septiembre de 2021). Actividad fundamental para fortalecer la colaboración entre Cesfam y territorio ha sido transparentar las condiciones de atención y capacidades del lugar a través de las Ejecutivas de Familia:

No, nosotros... la comunidad, era una comunidad que estaba muy resentida con el servicio de salud. Nosotros éramos los malos, nosotros éramos los

flojos, nosotros no hacíamos nada, los que ganábamos plata todo el año. Entonces, la idea de esto de nosotros inventar este equipo de ejecutivos de familia era eso, poder contarle al consultorio y poder ser transparente en todo. Yo, por ejemplo, yo le digo a mis usuarias "oye tengo cuatro médicos, qué hago con cuatro médicos". Entonces ellas saben que aquí echaron a dos matronas, entonces ¡boom! de siete matronas ahora son cinco matronas para atender a 1.600 personas y entonces el usuario con esa información también va construyendo con nosotros. Entonces esa es la mano. (E. Uribe, Entrevista personal, 14 de septiembre de 2021)

Finalmente, en relación a los espacios físicos e instalaciones del Cesfam, existen dos espacios clave que han sido co-construidos entre vecinos y funcionarios. El primero es el Rincón Lector, actualmente en desuso pero que cumplió un rol importante durante la pandemia como espacio para apoyar a las niñas y niños en etapa escolar con sus tareas y brindarles un espacio seguro donde permanecer durante sus visitas al Cesfam. Los libros y juguetes de este espacio han sido donados tanto por funcionarios como vecinos que a veces toman uno prestado y luego regresan con dos como cuenta Eloísa durante su entrevista en una lógica de recursos compartidos, característica que el Ministerio de Vivienda y Urbanismo et al. (2017) también entrega a los espacios públicos. Este aporte conjunto de recursos y habilidades se repite en el patio interior que está junto al sector de Atención a las Personas previamente descrito donde una de las paredes se encuentra cubierto por un mural pintado por una vecina que conocieron pintando otro espacio del barrio y el jardín fue trabajado en su momento por el mismo ex-director que puso a disposición su afinidad por la jardinería.

### ***Recomendaciones de diseño con perspectiva feminista para los espacios de salud***

A partir de la previa descripción de las formas en que se manifiesta y potencia la colaboración, el encuentro y el cuidado dentro del Cesfam San Rafael, se generan las siguientes recomendaciones a tener en cuenta en el diseño de espacios de salud pública que precipiten, como propone Soto Villagrán (2009) para los espacios públicos

de interacción, “la posibilidad de sociabilidad continua, las relaciones sociales, el intercambio recíproco de expresividad y la visibilidad” (p.57) de todos los actores involucrados como representantes de Estado y Ciudadanía.

### **Pensar salas de espera para el encuentro**

Siguiendo el mandato de diseño de las salas de espera que busca que sean espacios flexibles en relación a su capacidad para acoger la mayor cantidad de gente posible en casos de emergencia (Ministerio de Salud, 2019), se suma una perspectiva feminista que busca que los espacios públicos no sean de paso, sino que de goce por parte de la diversidad de actores y en especial quienes necesitan extender sus actividades domésticas en ese espacio como niñas, niños, cuidadores, etc. En ese sentido, se propone generar una disposición del mobiliario y equipamiento de las salas de espera que permita tanto a usuarios como funcionarios mirarse de frente en lugar de hacia un mismo punto fijo como escenario. De esta manera se incentiva el encuentro entre las personas que se encuentran esperando y se facilita el estar atentos a las condiciones en que éstos se encuentren y si necesitan cualquier tipo de asistencia o atención especial durante su permanencia en el lugar. Esta forma de distribución del mobiliario también debe considerar medios de llamado de largo alcance y diversidad para evitar que las personas busquen un único punto de llamado al que estar atentos. Se sugiere usar medios visuales como pantallas para los números acompañados de un sonido que sea distinguible dentro del espacio en lugar de cargar la tarea del llamado a viva voz a los funcionarios.

Además, se sugiere que los espacios de desplazamiento entre salas de espera y atención o los lugares sin programación sean amplios y despejados para favorecer una alta visibilidad entre quienes transitan de manera de promover encuentros no programados entre funcionarios, pacientes, acompañantes y vecinos que vayan construyendo relaciones sociales en favor del Espacio de Salud.

### **Incorporación de un Registro biopsicosocial de los pacientes**

A partir de los beneficios que demuestra tener conocimiento de diversos aspectos de los vecinos, más allá de sus problemas de salud fisiológicos, se hace indispensable formalizar una forma de registro que incorpore los aspectos psico-sociales a la ficha

médica. El diseño de una plataforma de registro que incorpore todas las variables del ciclo de vida de los pacientes permitiría una visión más amplia del contexto en que se inserta su salud y las variables que influyen en ésta para poder incorporar soluciones que impacten más a largo plazo y poder tener un seguimiento acorde. Además, abriría el campo de acción del Centro de Salud al poder ser un acceso a la resolución o consulta en torno a otras temáticas sociales que disminuyan la necesidad de desplazamiento entre instituciones municipales.

### **Espacios de bienestar comunitario abiertos**

Considerando la existencia de diversas agrupaciones de vecinos que persiguen el bienestar a través de la compañía mutua y el encuentro, se propone potenciar su trabajo tanto para apoyar procesos clínicos como para mantener la fidelización y relación afectiva de éstos grupos con el Cesfam como se logró durante el primer período de pandemia con la participación activa en las ollas comunes y el apoyo a niñas y niños en etapa escolar que no contaban con las herramientas o condiciones óptimas para mantener su escolaridad a distancia. En ese sentido, la formalización de espacios físicos de carácter multiuso que puedan ser utilizados para encuentros sin fines sanitarios pero que promuevan el bienestar por parte de las organizaciones vecinales sería otro espacio de imbricación entre salud y territorio al acoger físicamente estas actividades. De la misma manera, se deberían potenciar los espacios virtuales como plataforma de encuentro en instancias donde el Estado se vea impedido de hacerse presente de manera física como lo fue durante el período de emergencia sanitaria o en lugares de difícil acceso y desplazamiento dentro de los territorios.

Se sugiere además abrir éstos y otros espacios de los Centros de Salud Pública a la co-construcción por parte de los vecinos ya sea en su planificación, producción o mantenimiento de manera de precipitar el co-diseño de lo común. Ante el escenario latinoamericano descrito por Lahera (2005), donde las demandas siempre son mayores que la capacidad financiera y de implementación, se hace urgente pensar en las personas como recursos para la construcción y no solo como receptores pasivos de los espacios públicos. Esto puede realizarse a través de llamados abiertos a la participación en diversas instancias, pero sobre todo a través de conocer las

habilidades y recursos del territorio para que su participación en esta co-construcción sea también un acto de visibilización y reconocimiento de sus capacidades y aportes a la salud pública.

### **Medios de comunicación accesibles y constantes**

La experiencia del Cesfam San Rafael durante la contingencia sanitaria de los últimos años, pone sobre la mesa la necesidad de diversificar los medios de comunicación utilizados por las instituciones de salud pensando en el alcance que tienen éstos dentro de diferentes grupos etarios y las condiciones de conectividad presentes en el territorio. Si bien la coordinación por WhatsApp demostraba ser efectiva entre vecinos para coordinar la asistencia a la vacunación, deja fuera a personas mayores que confían mucho más en la presencialidad para asegurar su atención. Tomando eso en cuenta, las visitas a terreno deben considerarse como un medio de comunicación más que lleve la información a los vecinos que no cuentan con las condiciones para ir a buscarla al centro de salud como problemas de movilidad o falta de familiarización con ciertas tecnologías. Por otro lado, los medios de comunicación remotos ya sean telefónicos u online deben ser centralizados dentro del mismo centro de salud y no a nivel comunal como pasa actualmente con el call center para poder ligar la llamada a la ficha del paciente y evaluar su urgencia. De igual manera se deberían formalizar canales de comunicación de funcionamiento continuo tanto entre funcionarios como para el territorio para poder hacer frente a las distintas emergencias que puedan surgir y hacer el acompañamiento correspondiente a éstas.

### **Fomentar espacios para la transparencia y mayor alcance a través de embajadores de salud en el territorio**

El diseño del modelo de atención de los centros de salud debe reconocer y fomentar la alianza con actores sociales clave del territorio como dirigentes vecinales o líderes dentro de las distintas agrupaciones existentes que les permitan amplificar la red de trabajo. Se sugiere incorporar espacios físicos donde éstos actores puedan reunirse y trabajar de manera conjunta con los funcionarios de salud para mejorar el entendimiento y alcance de los programas y políticas de salud impulsadas por la institución e incorporarlos como embajadores del bienestar dentro de sus territorios a través de capacitaciones en primeros auxilios y enfermedades recurrentes de manera

---

que cumplan un rol de informantes y acompañantes con sus pares desde una posición más cercana y muchas veces más validada que la del espacio médico. La capacitación debe considerar que estos embajadores sean capaces tanto de hacer recomendaciones de estilo de vida como de reconocer signos de alerta para movilizar a los vecinos a la atención sanitaria cuando sea necesario.

El rol de éstos embajadores además puede aportar a un clima de transparencia al ser canales de comunicación constantes más allá de las cuentas públicas que pongan en valor los esfuerzos que se realizan en torno al bienestar de la comunidad. De la misma manera, se podrían transparentar aspectos del funcionamiento y la capacidad con que cuentan los centros de salud para poner sobre la mesa las condiciones de trabajo y favorecer la empatía hacia los funcionarios en momentos de crisis.

---

## Conclusiones

A partir del análisis de las formas de organización, relación y adaptación de los espacios del Cesfam San Rafael para inspirar un diseño con perspectiva feminista de los Espacios de salud pública, se rescatan el encuentro, la colaboración y el cuidado como dinámicas que deberían enfatizarse para transformar estos espacios en lugares con significados y valores afectivos y que parte de la construcción de una relación de afecto y atención está estrechamente relacionada con la capacidad del Estado de reconocer y adaptarse a las necesidades cambiantes del territorio. Considerando la burocracia pública como expresión material del Estado con la capacidad de aportar los recursos frente a los desafíos sociales (Anzorena, 2017), se deben pensar todos los puntos de contacto entre ésta y la ciudadanía desde los tres valores previamente mencionados, no solo los puntos de contacto tangibles como los edificios públicos, sino que también los accesos a los servicios, los canales de comunicación y la forma en que los funcionarios se enfrentan a las personas.

En relación a cómo se redefine un diseño feminista desde el análisis del caso, es importante tomar en cuenta la dimensión material de la exclusión que sufren las mujeres, donde los dispositivos a través de los que nos relacionamos pueden mediar y enfatizar las relaciones desiguales de género. Estas materialidades son muchas veces olvidadas por las políticas de igualdad y transversalización de género que perpetúan la exclusión y marginación de las mujeres de los espacios de toma de decisiones, desarrollo económico y social (Muñoz Rojas, 2021) a pesar de tener como objetivo mejorar su calidad de vida. Así, se debe analizar cuidadosamente cómo el espacio físico de las instituciones públicas como el Cesfam San Rafael replica o amplifica las dinámicas preexistentes entre vecinos brindando un lugar que muchas veces cumple con el delicado equilibrio entre pasar desapercibido entre los pares y “no ser evaluado por nada que no sea la habilidad para reconocer cuál es el lenguaje de cada situación y adaptarse a él” (Delgado, 2011, p. 52) y ser visibles para los funcionarios que ejercen de dueños de casa como representantes de un Estado que los cuida desde la atención. Esta atención se asemeja a las dinámicas más familiares y domésticas caracterizadas por “la familiaridad, las relaciones personalizadas y ocurre a puertas cerradas bajo códigos íntimos compartidos” (Soto Villagrán, 2009, p.

55) pero que se evidencia como carente en muchos de los espacios domésticos extendidos que los usuarios del Cesfam habitan a diario.

Por el lado de los espacios más intangibles que el Cesfam parece manejar a su favor, la alianza entre Ejecutivas de Familia y Dirigentas Sociales como base para el encuentro entre Salud y ciudadanía remite al concepto de autonomía imbricada (Evans, 1996 en Ricardo, 2016) que propone que “la intervención del estado en determinada arena pública se vería facilitada si se cuenta con la cooperación de los actores relevantes, pues este apoyo fortalece las condiciones para implementar las políticas” (Ricardo, 2016, p. 64), tal como es el caso del modelo familiar de salud que se operacionaliza a través de las diversas actividades y decisiones de diseño tomadas en el Cesfam San Rafael que son consecuentes con la intención de integrar a todas y todos desde sus diferentes posibilidades al metabolismo del lugar.

### ***El potencial del diseño para disminuir brechas de implementación de Políticas Públicas***

Es necesario recalcar el carácter de los Espacios actuales de Salud descritos donde se están realizando acciones que garantizan el acceso y goce de los Espacios de Salud Pública, como prototipos e inspiración de cómo se debieran abordar estos espacios en el futuro y que se condice con lo que Hardig describe como un “rasgo distintivo de la investigación feminista” que es incorporar la perspectiva, problemáticas y experiencias femeninas –y en este caso de personas mayores, NNA, personas con discapacidad, etc.– como “indicador significativo de la «realidad» contra la cual se deben contrastar las hipótesis” (1978, p. 21). Similar a la propuesta del individuo “no sólo como actor, sino también como el autor de su geografía –es decir, de su inclusión en el espacio–.” (Lazzaroti, 2006 en Musset, 2015, p. 314), observar las formas de habitar actuales es una forma de incorporar a quienes hoy se les niega el derecho a estos lugares en tanto Espacio Público como sujetos activos en la recuperación de éste. Desde la sensibilidad del diseño para observar y proponer materializaciones de las políticas públicas y fortalecer la transversalización de género en el Estado como estrategia transformadora (Muñoz Rojas, 2021), me parece que la incorporación de una perspectiva feminista a éste, construida desde las experiencias públicas

transformadoras ya en curso, puede aportar a la superación de las dificultades en la implementación de las estrategias de transversalización que tienen como talón de Aquiles la implementación por la distancia entre la estrategia y la materialización de éstas, tarea esencial del diseño. Una perspectiva feminista del diseño además, por su necesidad de ser flexible y abierta a cuestionamientos y cambios, como se demostró en el caso analizado, requiere además un constante proceso de monitoreo, evaluación y rediseño de sus políticas y la materialización de éstas, proceso similar al de investigación a través del diseño que propone que el diseño –en este caso de la política y su implementación– sea tanto el sujeto como el objeto de investigación, diluyendo a la vez la separación entre teoría y práctica (Mollenhauer et. al, 2020). Esta evaluación además debería ser llevada a cabo desde parámetros cualitativos por sobre cuantitativos, contrario a la lógica de cuantificación de las ayudas sociales en la que han caído la mayoría de las políticas públicas de las últimas décadas y que permita entender a cabalidad el funcionamiento y comportamiento de las políticas públicas para un rediseño más efectivo de éste que el alcanzable a través de la evaluación de parámetros cuantitativos.

En la misma línea, desde el diseño también se propone la posibilidad de que el cuestionamiento a dichos asuntos públicos no sea sólo verbal, sino que también a través de dejar emerger un habitar de los Espacios Públicos de Salud que resista a los ordenamientos propuestos actualmente e incorpore a las personas como participantes de este proceso de diseño y rediseño desde sus prácticas cotidianas que revelan brechas aún existentes en el diseño de estos lugares. Considero que la captación y materialización de estas prácticas como inspiración para el diseño de Espacios Públicos de Salud se condice con la capacidad del diseño –como disciplina– de materializar narrativas contrahegemónicas que puedan ser experimentadas corporalmente por las personas y por tanto se interioricen como nuevas formas válidas de habitar los espacios. Hoy en día, tal como se constató en la revisión de documentos institucionales para el diseño de los Espacios de Salud, el diseño permanece estancado en la utilización y promoción de metodologías que propician la idea de universalidad, trabajando para un sujeto único y carente de complejidades capaz de encarnar y canalizar las problemáticas de la sociedad que como hemos

observado en San Rafael, es mucho más complejo de lo que los números pueden captar, sobre todo para mujeres, NNA, adultos mayores, disidencias y personas en situación de discapacidad. Para combatir esto, se propone diseñar con base en un análisis ético y una perspectiva crítica de las normas establecidas, consciente de cómo estas normas, valores y otros constructos sociales son producidos y reproducidos en la sociedad a través del diseño y las interacciones (Öhrling et al., 2018), similar a la forma en que los directivos del Cesfam San Rafael –de manera más o menos intencionada– han abordado la salud pública. Para estos efectos, el diseño debe tener una disposición similar a la que el territorio de San Rafael ha experimentado en los últimos años levantando una forma de acceso, promoción y prevención de salud que se sale de la norma biomédica y que en un esfuerzo conjunto desde ambos lados han puesto de su parte en una co-construcción del Espacio de Salud Pública compartido.

### ***Limitaciones y desafíos de la investigación***

En tanto descripción del metabolismo del Cesfam San Rafael, el presente proyecto tiene dentro de sus principales falencias o limitaciones la falta de contraste con otros casos que estén abordando problemáticas similares desde otras perspectivas y con otros servicios de salud vecinos que no hayan sido capaces de incorporar aún la flexibilidad y adaptación como esenciales para la emergencia de Espacios de Salud Pública desde el encuentro, la colaboración y el cuidado.

En relación al alcance de las herramientas de investigación y su aplicación, declaro pendiente la interiorización en la propuesta formal del modelo de atención actualmente implementado en el Cesfam que se vio impedida por el complejo proceso de cambio de dirección que se vivió en paralelo al desarrollo de la investigación y cuyas repercusiones en el funcionamiento del centro de salud también podrían ser evaluadas a futuro para así entender cuánto de estos procesos de innovación está ligado a la acción de sujetos particulares en los cargos de poder y cuánto es capaz de permear y sostenerse en el tiempo sin ellos. Además, se hace urgente la necesidad de incorporar herramientas participativas que permitan conocer la perspectiva de las personas que habitan el Cesfam desde otras perspectivas, como las que no lograron

ser incorporadas en los Mapeos del Habitar aplicados por la falta de familiaridad con el lugar en forma de mapa y el poco tiempo y atención que las personas pueden dedicar a trabajar con la investigadora, ambas cuestiones a considerar en el futuro rediseño de herramientas visuales como esa.

También me gustaría referirme a un posible pendiente para la perspectiva feminista del diseño que es la incorporación explícita a ésta del concepto de «Buen vivir», que “evoca un discurso decolonial, hoy muy resonante en círculos activistas y académicos en la región andina y en otras partes de América Latina” (Álvarez, 2019, p. 89) y actualmente suma cada vez más adeptos en la región, sobre todo en los círculos más teóricos y académicos que abogan por un nuevo pacto social. Para esto, no se debe esencializar el buen vivir como parte de una cultura femenina por estar asociado a las tareas de cuidado y mantención de la paz, sino que se debe considerar como una nueva forma de articular la convivencia entre las personas que rechaza las formas tradicionales de hacer política y ejercer poder que aboguen por una participación solidaria y democrática en lugar de autoritaria y jerárquica (Sepúlveda, 2012). Desde ahí propongo re-enfocar los propósitos del diseño cuando incorporan una perspectiva feminista hacia un buen vivir en lugar de la optimización de la vida para la producción a través del prototipado de futuros deseados (Dunne y Raby, 2013) como lo hace hoy en día San Rafael. Se hace urgente la emergencia de un diseño desde el sur que permita repensar las formas en que conocemos y transformamos, incorporando herramientas históricamente desvalorizadas por las epistemologías hegemónicas, como el cuerpo o la intuición.

Si bien frente a la propuesta de un diseño feminista que de importancia a las vivencias y necesidades de los grupos históricamente marginalizados como las mujeres, siempre existirán argumentos sobre los «peligros» de construir futuros sesgados desde el feminismo, debemos ser conscientes de que por mucho tiempo hemos estado diseñando de forma sesgada pero sin darnos cuenta y que la transversalización de género de la mano de un diseño feminista inspirado en casos locales como el Cesfam San Rafael, podría ser un camino posible hacia su exitosa implementación.

---

## Bibliografía

### Artículos

Álvarez, Sonia (2019). Feminismos en Movimiento, Feminismos en Protesta. *Revista Punto Género* N° 11, 73-102.

Anzorena, Claudia (2019). Quehaceres feministas, anudando y desanudando al Estado. *Revista Punto Género* N° 11, 5-17.

Bentz, Ione María y Franzato, Carlo (2017). The relationship between Strategic Design and Metadesign as defined by the levels of knowledge of design. *Strategic Design Research Journal*, 10(2), 134-143. <https://doi.org/10.4013/sdrj.2017.102.06>.

Carrasco, Cristina y Recio, Albert (2014). Del Tiempo Medido a los Tiempos Vividos. *Revista de Economía Crítica* (17), 82-97.

Davidson, Joyce y Bondi, Liz (2004). Spatialising affect; affecting space: an introduction. *Gender, Place and Culture* Vol. 11, No. 3. <https://doi.org/10.1080/0966369042000258686>.

Giménez, Gilberto (1999). Territorio, cultura e identidades. La región socio-cultural. *Época II*, Vol. V, n° 9, 25-57.

Harding, Sandra (1987). ¿Existe un método feminista? (G. Bernal trad.). *Indiana Press University*.

Jirón, Paola (2007). Implicancias de Género en las Experiencias de Movilidad Cotidiana Urbana en Santiago de Chile. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* Vol. 12, N° 29, 173-198.

Lamas, Marta (2007). Género, desarrollo y feminismo en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano* n°0, 133-152.

Mollenhauer, Katherine; Moraga, Edgardo y Bernasconi, Renato (2020). Modelo instrumental para proyectos complejos. Poliedro Propuesta de Valor Académico. *Bitácora Urbano Territorial*, 30 (II), 127-140.

Muñoz Rojas, Carolina (2017). El Cuidado como objeto de Políticas Públicas Inclusivas con Enfoque de Género y de Derechos. *Revista Estado, Gobierno y Gestión Pública*. N° 30, 15–43.

Musset, Alain (2015). De los lugares de espera a los territorios de la espera. ¿Una nueva dimensión de la geografía social?. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, vol. 61(2), 305-324. <https://doi.org/10.5565/rev/dag.315>

Rabotnikof, Nora (1998) Público/Privado, *Debate Feminista* 18.

Ricardo, Enzo (2016) Capacidad Estatal, Brechas de Capacidad y Fortalecimiento Institucional. *Análisis Político* n° 87, 60-76.

Rojas Lasch, Carolina (2018). Afecto y cuidado: pilar de la política social neoliberal. *Polis, Revista Latinoamericana*, N° 49, 127-149.

Sepúlveda, Vanessa (2012). Democracia en el país y en la casa. Reflexión y activismo feminista durante la dictadura de Pinochet (1973-1989). *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género* N° 8, 96-117.

Soto Villagrán, Paula (2009). Lo público y lo privado en la ciudad. *Revista casa del tiempo UNAM*.

Soto Villagrán, Paula (2012). El miedo de las mujeres a la violencia en la Ciudad de México. Una cuestión de justicia espacial. *Revista Invi* N° 75. Volumen N° 27, 145-169.

Zambrini, Laura y Flesler, Griselda (2017). Perspectiva de Género y Diseño: Deconstruir la neutralidad de la tipografía y la indumentaria. *Revista Inclusión* Vol. 4. Número Especial, 11-22.

### **Libros**

Anzorena, Claudia (2017). Lecturas feministas para el análisis teórico y empírico de las políticas públicas. En A. De Oto y M. Alvarado (eds.), *Metodologías en contexto : intervenciones en perspectiva feminista, poscolonial, latinoamericana* (pp. 63-82). CLACSO.

Augé, Marc (2000). *Los no lugares, Espacios de anonimato: Una antropología de la sobremodernidad* (M. Mizraji, Trad.) 5ª edición. Gedisa.

Canales, Manuel (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. LOM

Castañeda, Martha (2012). *Etnografía feminista en Investigación Feminista*. En N. Blasquez et al. (eds.), *Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 217-238). Colección Debate y Reflexión. Universidad Nacional Autónoma de México.

Delgado, Manuel (2007). *La mujer de la calle*. En *Sociedades Movidizas* (pp. 224-261). Anagrama.

Delgado, Manuel (2011). *El espacio público como ideología*. Catarata.

Dunne, Anthony y Raby, Fiona (2013). *Speculative Everything. Design, Fiction and Social Dreaming*. The MIT Press.

Franzato, Carlo; Del Gaudio, Chiara; Bentz, Ione María; Parode, Fabio; Borba, Gustavo Severo y Freire, Karine (2015). *Inovação cultural e social: design estratégico e ecossistema criativos*. En K. Freire (ed.), *Design Estratégico para Inovação Cultural e Social* (pp. 157-182). São Paulo, Kuzuá.

Kirkwood, Julieta (1986). *Ser política en Chile: Las feministas y los partidos*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Santiago de Chile.

Kirkwood, Julieta (2021). *Preguntas que hicieron movimiento. Escritos feministas, 1979-1985*. Banda propia.

Lefevre, Henri (1991). *The Production of Space* (D. Nicholson-Smith trad.). Ed blackwell.

Lindon, Alicia (2006). *Territorialidad y género: Una aproximación desde la subjetividad espacial*. En P. Ramírez & M. Aguilar (eds.), *Pensar y Habitar la Ciudad. Afectividad, Memoria y Significado en el Espacio Urbano Contemporáneo* (pp. 13-31). Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana.

Maffia, Diana (2018). Desafíos Actuales del Feminismo. En C. Korol (comp.), *Hacia una Pedagogía Feminista: Géneros y Educación Popular* (pp. 41-68). Valle del Maipo: Tormenta Ediciones.

Massey, Doreen (2012). La filosofía y la política de la espacialidad: Algunas consideraciones. En *Un sentido global del lugar* (pp. 156-181). Icaria editorial.

Muñoz Rojas, Carolina (2021). De las Políticas a la Gestión: Brechas de Implementación y de Capacidades Estatales para la Igualdad de Género. En Pautassi, L. et al. (coords.), *Tratado de Géneros, derechos y justicia: Políticas Públicas y Multidisciplina*. Buenos Aires. Rubinzal Culzoni Editores.

Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier y García, Eduardo (1996). Tradición y enfoques en la investigación cualitativa en Metodología de la Investigación cualitativa. Editorial Aljibe.

Sánchez, Patricia y Hermansen, Pablo (2021). Reconocer(nos) y transformar(nos): Sistematización de la experiencia de co-diseño de talleres de Murales Minga para el Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (E. Zimmerman trad.). Contus, Editorial Universidad de Antioquía.

### **Informes y literatura gris**

Arroyo, Pablo, Correa, Juan y Galaz, Sebastián (2022). *Movilidad y bienestar de las personas mayores del club "Ahora es Nuestro Tiempo"*. Informe Final, Curso Antropología y Diseño 2022. Escuela de Antropología y Diseño, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Godoy, Fernanda, Méndez, Scarleth, Ortega, Andrea y Pérez de Valenzuela, Nathalia (2022). *Compartiendo el Bienestar y el Malestar en Grupos de Personas Mayores en la comuna de La Pintana*. Informe Final, Curso Antropología y Diseño 2022. Escuela de Antropología y Diseño, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Marileo, Rodrigo y Villarroel, Maximiliano (2022). *Entre la salud y el territorio: Experiencias en torno al área social de la salud en San Rafael*. Informe Final, Curso

Antropología y Diseño 2022. Escuela de Antropología y Diseño, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Ministerio de Salud, (2016). Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020.

Ministerio de Salud. (2017). Orientaciones Técnicas para Diseño de Anteproyectos de Hospitales Complejos.

Ministerio de Salud. (2019). Guía de Diseño para Establecimientos Hospitalarios de Mediana Complejidad.

Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Gehl (2017). *La dimensión humana en el espacio público: Recomendaciones para el análisis y el diseño.*

### **Conferencias y presentaciones**

Heidaripour, Maryam y Forlano, Laura (2018). *Formgiving to Feminist Futures as Design Activism* [ponencia]. Design Research Society 2018 Catalyst, 518-528. Limerick: DRS.

Lahera, Eugenio (2005, 18-21 de octubre). *Del dicho al hecho: ¿Cómo implementar las políticas?* [ponencia]. X Congreso del CLAD. Santiago, Chile.

Öhrling, Therese; Normark, Jörgen y Wikberg Nilsson, Åsa (2018). Norm Creativity in student design projects - One approach to creating sustainable societies. International conference of engineering and product design education. [ponencia] Londres: Dyson School of Design Engineering, Imperial College of London.

Prado de O. Martins, Luiza y Vieira de Oliveira, Pedro J. S. (2016). *Breaking the Cycle of Macondo: Design and decolonial futures.* [ponencia] XRDS, 22(4), 28-32.

### **Tesis**

Zamar, Adriana (2006). La perspectiva de género en el trabajo en salud integral. Mujeres y participación comunitaria. Nuevas estrategias que reeditan viejos problemas. [tesis de Diplomado interdisciplinario en Estudios de Género, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Instituto de Altos

---

Estudios en Psicología y Ciencias Sociales (IAEPCIS)]. Programa de Estudios de Género y Subjetividad.

***Fuentes no publicadas***

Rodó-de-Zárate, María (s.f.). Metodologías Feministas Visuales para el Análisis de la Experiencia del Espacio desde una Perspectiva Interseccional [manuscrito presentado para publicación]. Universitat Autònoma de Barcelona

***Publicaciones en redes sociales***

Sánchez, Patricia y Neira, Alejandra (2021, 8 de marzo). *Nuestra experiencia de Encuentros de Diseño Feminista*. Patricia Sánchez Medium.

<https://patriciaisidora.medium.com/nuestra-experiencia-de-encuentros-de-dise%C3%B1o-feminista-bba7bf940b9b>

***Páginas web***

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (s.f.). *Comunas de la red*.

<https://redsalud.ssmsso.cl/comunas-de-la-red/>

---

## Anexos

### Índice de Anexos

Anexo 1: Entrevista a Eloísa Uribe, Ejecutiva de Familia del Cesfam San Rafael....	86
Anexo 2: Entrevista a Carolina López, Ejecutiva de Familia del Cesfam San Rafael .....	100
Anexo 3: Entrevista a Victoria Lorca, acompañante de Gracia en el Cesfam San Rafael .....	116
Anexo 4: Entrevista a Macarena Jara, paciente del Cesfam San Rafael.....	121
Anexo 5: Entrevista a Rodrigo Llanos, paciente y acompañante del Cesfam San Rafael .....	125

---

## Anexo 1: Entrevista a Eloísa Uribe, Ejecutiva de Familia del Cesfam San Rafael

14 de septiembre de 2021, Patio interior Cesfam San Rafael

Eloísa Uribe: Una tiene que ser siempre cercana, porque yo no soy quien para hacer un juicio. Entonces voy yo: "hola mamita, sabes que mira, hace tiempo que no vamos al control, tenemos hora disponible, ¿cuál es tu dirección?"

Entrevistador 1: Buena, buena.

EU: No, sí, yo voy con todo porque sino...

E1: O sea lista para inscribir.

EU: Correcto. ¿Aceptas la hora? No, no puedo el viernes. Perfecto, pero puede ser el martes. Listo. Entonces siempre vamos con alternativas con tal de enganchar a esa mamita, a ese adulto mayor que no viene con sus controles cardiovasculares que no están al día. A veces pasa mucho que de hecho la mayoría de las urgencias que llegan acá al SAPU en adultos mayores son descompensados diabéticos e hipertensos. Por qué razón. Entonces yo me puse a revisar, a mirar qué edades, hipertensión, diabetes y ya, empezamos a hacer un levantamiento con una base de datos. *(hace gesto de hablar por teléfono)* Sabe que usted hace tiempo que no va... ¡ya, vamos al consultorio! y así vamos llevando o tratando de llevar un control de todas las personas que están afectadas con esas enfermedades.

E1: O sea la relación con la comunidad ustedes la han ido construyendo, no es que la comunidad venga acá con su...

EU: No, nosotros... la comunidad, era una comunidad que estaba muy resentida con el servicio de salud. Nosotros éramos los malos, nosotros éramos los flojos, nosotros no hacíamos nada, los que ganábamos plata todo el año. Entonces, la idea de esto de nosotros inventar este equipo de ejecutivos de familia era eso, poder contarle al consultorio y poder ser transparente en todo. Yo, por ejemplo, yo le digo a mis usuarias "oye tengo cuatro médicos, qué hago con cuatro médicos". Entonces ellas saben que aquí echaron a dos matronas, entonces ¡boom! de siete matronas ahora

---

son cinco matronas para atender a 1.600 personas y entonces el usuario con esa información también va construyendo con nosotros. Entonces esa es la mano. También trabajamos con dirigentas sociales.

E1: Ya.

EU: Siempre la comunicación directa que nosotras tenemos son las dirigentas sociales. Es una labor impresionante la que ellas hacen y de verdad que a nosotros nos ayuda muchísimo. Estamos también con un programa de demencia ¿ya? Tenemos 136 pacientes ya controlados con demencia que no solamente trabajamos con ellos sino que también trabajamos con el cuidador. ¿Por qué? Porque el cuidador de verdad que se descuida, entonces nosotras vamos con controles de matrona, controles cardiovasculares, sus medicamentos. También les ayudamos con eso. Eso po'.

E1: Oye y, bueno, ustedes empezaron antes del levantamiento social.

EU: Sí, si nosotros comenzamos...

E1: ¿Cuánto antes más o menos?

EU: Mira, yo comencé... porque yo comencé haciendo un reemplazo así que comencé un año o medio año antes de que esta idea se empezara hacer. Como que don Lautaro empezó de a poquito "chiquillas, ustedes tienen que ser así, hacer así" y empezó como a trabajar nuestra psicología porque como le decía, nosotros antes éramos administrativos. Y así comenzó a formarnos, a meternos en cursos, a capacitaciones, y así comenzó todo esto.

E1: Y qué es lo que... o sea es que tu vocación se nota a una cuadra de distancia, pero ¿qué es lo más complicado de relación con los otros?

EU: ¿Con los usuarios? lo más complicado es la credibilidad. De lo que dicen las noticias, por ejemplo, de lo que ofrece nuestra alcaldesa, a veces, a la realidad misma. Entonces por ejemplo eso es muy complicado, ganarme la confianza de los usuarios ha sido muy complicado. Entonces es como "pero si el carnet verde, este carnet es de las vacunas ¡dijeron que en el consultorio tenía que hacerse! porque en las noticias salió que en el consultorio tenían que hacerse cargo de este carnet verde de las dos

vacunas". Señora, pero usted me tiene que entregar la clave única y la clave única es ultra personal. Además me tiene que entregar su contraseña de correo electrónico, entonces eso es ultra personal. Entonces de repente el mismo estado como que a nosotros nos pone la traba, como la piedrita para que nos caigamos. Pero son las noticias, nuestra alcaldesa no da esas respuestas. "¡Ay, es que ustedes no quieren trabajar!" Entonces otra vez se rompe esa confianza, eso es lo que a nosotros nos ha afectado muchísimo.

E1: O sea, habría una distancia en el fondo, entre el discurso del estado y la realidad a través de las cosas operativas: de los protocolos, de la planificación, de cómo esto se va a operacionalizar. Porque decir que aquí te van a dar el carnet verde, si es que no vienen para acá y ponen un tótem, por ejemplo, para que la gente lo haga...

EU: Claro, entonces a nosotros así nos tiraron. "Oye pero si los adultos mayores ahora tienen toda la prioridad para horas médicas" ¿Y si dan 12 horas médicas en el día? ¿Qué queda para el niño enfermo? ¿Para el que tuvo un ACV en la noche o que fue al SAPU? ¿Por qué? Porque obviamente tampoco tenemos los profesionales. Como yo, al adulto mayor que me llega a las 9 de la mañana ¿cómo le digo que sí tengo una hora si están todas las horas copadas, las agendas completas y los médicos trabajando con atenciones de 20 minutos? ¿Qué le doy yo a una persona con 20 minutos que ni siquiera sabe a qué viene? ¿Cómo lo analizo? ¿Cómo le hago un examen físico? Entonces ahí se nos rompe un poquito la comunicación con el usuario y la credibilidad.

E1: Pero ahí la labor de ustedes como de ser mediadores...

Patricia Sánchez: Como de aterrizar esas promesas igual.

E1: De aterrizar las promesas y redistribuir a las personas...

EU: Lo que pasa es que aterrizar esas promesas es súper complicado porque si la alcaldesa lo dice, el ministro lo dice ¿Qué somos nosotros contra eso? Nosotros simplemente somos las personas que no queremos trabajar y los malos de la película. Entonces ahí es donde nosotros empezamos "mire cuál es su necesidad, a ver veamos, ¿Me podría esperar quizás un día y mañana yo le gestiono una horita?". En lo personal a veces yo a las 6 de la mañana estoy metiéndome al sistema para poder

después llamar a las 8 y decirle que tiene su hora a las 11. Entonces así todos tratamos como de ir ayudando y enganchar al paciente para que a lo mejor no tenga la hora el mismo día pero sí uno o dos días después.

E1: Oye, y por otra cara, porque una cosa es esta constante reconstrucción del tejido afectivo, del tejido de confianza con los usuarios, pero ¿cómo es la relación con los médicos? porque me imagino que para los médicos también es un estrés que anden "¿oye, es que necesito una hora!"

EU: Nos odian, nos odian, jajaja. No, mira, aquí nosotros tenemos...

E1: Los odian con cariño.

EU: Sí, nos odian con cariño. Por ejemplo, hay doctores que me ven y son como "ya, no, no, no, no" y yo como "no, si vengo a saludarlo, vengo por esto o por esto otro nomás". Pero las agendas las manejamos nosotros, Bueno, los jefes de sector. Por lo tanto, yo no voy a meter nunca a dos pacientes, tres pacientes a la misma hora porque eso me va a colapsar. Ahí vamos manejando.

E1: Pero las agendas las manejan ustedes.

EU: Siempre el jefe de sector.

E1: Entonces igual hay una muñeca ahí...

EU: Correcto, siempre es el jefe de sector el que va desbloqueando la agenda, pero en realidad los que vamos manejando la agenda somos nosotros. Nosotros somos los gestores totalmente. Así que... pero la relación aquí en si, el ambiente que se vive aquí como compañeros es todo al servicio de la comunidad.

E1: perfecto.

EU: Y de verdad que una de las cosas que yo... porque vengo de otros lados... una de las cosas que yo valoro en este consultorio es que el médico a mí me va a entender cuando le diga "doctor sabe que la señora Irma necesita de verdad...." Entonces, me va a entender cuando yo... y eso yo lo valoro muchísimo en este consultorio.

E1: ¿Y en otros lados no es así?

EU: Yo hice un reemplazo en el Pablo De Rokha. Entonces, ahí se notaba mucho la diferencia entre lo que es un diostor, el seco del kinesiólogo y nosotros somos simplemente administrativos que damos las horas

E1: Pobres morales

EU: Damos la hora y nos encargamos de todo lo que tiene que ver con la cara visible del consultorio pero ellos son intocables.

Entrevistador 2: Reciben todos los reclamos.

EU: Sí, antes era así aquí también, por eso yo valoro mucho el trabajo que aquí se ha hecho acá con la preparación que el director a nosotros nos ha entregado en realidad. Ahora todo también es un esfuerzo de nosotros porque a veces tenemos que estar hasta las 8, 10, 3 de la mañana entregando trabajos para el diplomado. Entonces también es un tema de nosotros.

E1: Por supuesto, pero en ese sentido tú percibes que el sistema ya está cambiado acá, que el sistema ya es distinto.

EU: Sí, sí, para el usuario sí. A lo mejor nosotros estamos cansados, estamos agotados, estamos estresados. No ha sido fácil para nosotros como profesionales pero hemos tratado de dar lo mejor para el usuario.

E1: Me imagino, pero a su vez ustedes tienen con estos médicos también una muñeca que tú no tendrías en Pablo De Rokha por ejemplo.

EU: No, es que como le digo yo tuve una experiencia allá de un par de meses donde para mí era súper difícil golpear la puerta y quedarme ahí esperando que el doctor me dijera "¡Pase!" y a veces me dejaba 20 minutos hasta terminar la consulta. Aquí no, aquí yo tengo la facultad para golpear "permiso, disculpe, doctor pasa esto, esto, esto y esto otro"

PS: Pero esa facultad ¿viene de qué?

EU: Compañerismo.

PS: Ah, ya, como de convivir.

EU: Yo no voy a molestar a un box.

---

PS: Claro, pero no viene de que el director haya dado una orden, sino que ustedes comparten mucho.

EU: Nosotros es compañerismo. Entonces el médico sabe que yo no voy para que me preste el lápiz, si yo golpeo una puerta o él ve un ejecutivo afuera es porque hay una necesidad que atender.

PS: Se entiende que están todos haciendo su pega.

EU: Correcto, hay una necesidad de por medio y alguien que tenemos que ayudar. Y a cualquier profesional nos pasa lo mismo. Nosotros trabajamos con un whatsapp por área, somos como 16 whatsapp en este lugar. Entonces está el San Rafael y cuando algo pasa, todos sabemos que está pasando y qué llegó una urgencia, todos sabemos que el box 11 no se puede ocupar porque hay un paro y todos sabemos además, tenemos whatsapp de todo: de jefatura, de todo.

PS: Funciona súper horizontal igual.

EU: Entonces estamos todos en la misma línea.

PS: no hay diostor.

EU: No, aquí no hay diostor. Somos todos compañeros de trabajo pendientes del servicio de la comunidad.

PS: Buenísimo.

E1: Y operativamente no sé si tienes otra distinción que te parezca que este lugar es distinto que otros. Ponte tú, el ejemplo que poníamos antes es que cuando nosotros vinimos a la cuenta pública nos llamó mucho la atención que parte de la cuenta de la gestión fueran las ollas comunes. Ahora, es excelente que se haga, obviamente que yo encuentro que es fundamental pero no es obvio que un CESFAM vaya a incorporar la olla común en su...

PS: Es que habla de que entienden la salud de otra forma igual acá ¿no?

EU: Correcto.

E1: Entonces en ese sentido te pregunto qué cosas tú crees...

EU: Cuando nosotros nos sentamos a la mesa a poder ver lo que es la cuenta pública. Es que aparte de toda esta historia, pertenezco al grupo de participación y liderazgo, junto con Carolina de hecho, la niña que estuvo antes con ustedes. Y este grupo se preocupa de todo lo que son los servicios a la comunidad, entonces estamos con todos los eventos, graduaciones de alcoholismo y drogas, si una persona está dos años y ha superado todo esto y se le da de alta, ¡nosotros hacemos una graduación! con familiares, con todo ese tipo de cosas. El lunes tenemos el de demencia, que vamos a lanzar un libro que se creó acá en el centro que se llama 'Este soy yo'. Entonces, nosotros nos dimos cuenta de que la mejor manera de poder llegar de una manera afectiva, positiva, eran las dirigentas sociales.

E1: Buena.

EU: Porque toda la población escucha a las dirigentas sociales, es como la líder. Y nosotros dijimos: ah, entonces esta es la manera correcta de poder llegar a las juntas de vecinos, hacer reuniones, explicar que queremos hacer, que fuera la nutricionista y el kinesiólogo a la junta de vecinos. Separábamos con unas mesas y nos poníamos a atender a pacientes, entonces de esa manera nosotros pudimos llegar a la comunidad de una manera más sana. Porque decirle al vecino "venga para acá a un conversatorio, en el estacionamiento...", el vecino no va a llegar. Entonces, si nosotros nos acercábamos a la comunidad y a la junta de vecinos, agarrábamos 50, 60 personas que nos querían escuchar. Y eso comenzamos a hacer, entonces cuando pasó todo esto de la pandemia, esto de las collas comunes, que la sopaipilla en la tarde, la dirigente vino a cobrar la mano. Si así fue. Dijo "yapo, ahora yo necesito" y comenzamos a trabajar en conjunto con las ollas comunes. "Ya, chiquillas, hay que traer la bolsa de lentejas y vamos haciendo" y nosotros íbamos y unos se quedaban trabajando, otros se iban a la olla común y en medio de la comunidad ahí revolviendo la olla y ayudando y el médico sirviendo el plato entonces de repente para el paciente, el usuario era como "¡el doctor Ayala me está sirviendo el plato!"

PS: Sí po, es otra relación.

EU: Entonces como que bajamos todo. Y yo sentada en el suelo en el pasto con los jóvenes que estaban ahí tomando pero comiéndose el plato de lentejas y repartiendo

---

la nova y eso acercó muchísimo más y a la vez pudimos organizar todo, lo que es no solo las ollas sociales sino que también comunidades mapuches, trabajamos con comunidades mapuches también. Entonces fue un trabajo muy bonito que la idea es seguir en esto, no solamente porque la pandemia está disminuyendo gracias a Dios, sino que seguir.

PS: Aprovechar ese impulso que te dio la pandemia.

EU: Porque de hecho nos dimos cuenta, como veo el tema de alcoholismo y drogas, que para muchas personas el nosotros acercarnos allá nos decían: señorita, sabe que yo tengo ganas de salir de las drogas, perdí a mi esposa ¡Dato para mí! Era como un hambre, listo, vamos. De verdad aunque suene feo pero era así. Entonces dame tu nombre, dame tu teléfono, dónde vives, "no, yo vivo en la calle" y al otro día yo estaba ¡Andrea, Andrea, vamos! ¡Vamos al consultorio! Hablaba con el terapeuta, le metía una hora entre medio y así, y nos dimos cuenta de que muchas personas que superaron la droga, superaron el alcohol. Entonces son trabajos que uno no se da cuenta pero va saliendo. Yo me emocionaba muchísimo. Antes de la cuenta pública hicimos la graduación de alcoholismo. Hombres que llegaron solos, que perdieron a sus familias, a sus hijos y hoy día estaban trabajando, otros estaban estudiando y cuando uno los ve llegar todos meados. Disculpen la expresión.

PS: No, dale nomás.

EU: Uno no soporta el olor, de hecho yo en el escritorio tengo ahí mi velita con el aroma porque una es humana. Y después verlos perfumados, llegar de corbata a la ceremonia de verdad que era demasiado. Ahora, no se les deja, porque ese paciente para mí sigue siendo un... hay que mantenerlo cerca "¿Y cómo vai, Andrés?" "No, bien, estoy trabajando" "Ya, listo, un besito" (hace gesto de colgar teléfono). O de repente me mandan "Señorita, estoy en el cumpleaños de mi nieto y ay, que rico. Pero ese trabajo que dura un minuto, esa atención, puede cambiar la vida de las personas.

E1: y de todos alrededor de ellos.

EU: Entonces, eso po. Esa es la manera en que nosotros como ejecutivos en verdad trabajamos.

E1: Otra pregunta ¿Y el tema de género? Porque en el fondo parece haber una fuerza femenina muy power acá, digamos.

EU: Sí, acá las mujeres somos ¡uh! No, pero en realidad aquí es poco lo que importa en realidad el género...

PS: O sea, poco importa en términos de discriminación.

EU: No, nada. Yo en lo personal, no sé mis otros compañeros.

PS: No, pero lo digo mirándolo en positivo pareciera que las mujeres lideran.

EU: Es que hay más mujeres, siendo que nuestro directos en hombre, es varón, aquí hay mujeres en el servicio. Entonces la delegada del sindicato es mujer, la jefa de salud mental es mujer, de los jefes de sector hay un solo hombre y el resto son mujeres.

E1: Es que eso me llamaba la atención. Ponte tú en la graduación del otro día de primeros auxilios esas eran casi puras mujeres.

EU: Claro, porque hay más mujeres. Pero en realidad acá yo nunca he visto un discriminación, nunca he visto...

E1: No como discriminación, sino que parece ser que la movilización mujer tiene...

EU: Las mujeres la lideran 100%, pero siempre como... tampoco hay problemas aquí de que yo soy mujer, aquí yo mando. Nada que ver con nosotros. Aquí no somos ni hombres ni mujeres, somos todos funcionarios.

PS: Y las dirigentas que mencionabas antes ¿Están ligadas a qué? ¿A las juntas de vecinos, a ciertas actividades?

EU: Las dirigentas son todas presidentas de juntas de vecinos y de estos talleres de adultos mayores, estas casas municipales de adultos mayores. Ellas son las dirigentas. Ellas son tan importantes para nosotros como un médico, ellas están en todas con nosotros, en todas las reuniones, ellas son parte de nosotros. De hecho ellas también hacen un trabajo bien bonito porque de repente llegan y me dicen ¡Eli! (hace gesto de dejar algo sobre la mesa) y yo miro y hay hora médica, hora psicólogo, a esta señora le pasó esto. Entonces de repente van donde las señoras y les dicen

que hace 4 meses están esperando una hora para matrona y ellas lo anotan. De repente llegan aquí y me dicen "toma, aquí tenís pega" y empiezo a revisar, llamo y después le digo que está todo citado.

E1: Que buena, o sea ellas serían como las sub ejecutivas de familia.

EU: Sí, nos pasaba que... ¡claro! Por eso le digo que para nosotros es súper importante trabajar con las dirigentas sociales. Si ellas no existieran nosotras seguiríamos lejos de la comunidad.

E1: O sea, en el fondo tú podrías decir, afirmar, que hay una co-construcción de la salud.

EU: Por supuesto, sí, totalmente. Yo soy pintanina de pequeña y siempre me atendí en consultorio y de lo que yo veía antes como usuaria a lo que estamos entregando hoy día siento que de verdad hemos mejorado muchísimo.

E1: O sea tú te sentís orgullosa del proyecto en que estay.

EU: Totalmente, de hecho hicimos una biblioteca, tenemos juegos. Eso fue un show. Porque quitarle los juguetes a nuestros hijos así como "tenemos que donar", así empezó todo. E hicimos esa colchoneta, de hecho al principio igual habían compañeros que no les gustaba por el tema de aforo y el director nos dijo "ya, háganlo, háganlo". Me acuerdo que llamamos a estos poetas que andaban por ahí, hicimos grabaciones a poetas, expositores...

E1: ¿Y tienen registro de eso?

EU: Sí po, tenemos. Yo andaba de Mickey así que no me veo. Pero sí, tienen que haber fotos.

E1: Maravilla.

EU: Sí, de hecho ellos nos regalaron los primeros libros si esa biblioteca estaba en cero y nos regalaron los primeros libros. Después otros concejales nos trajeron libros y los mismos usuarios de repente "señorita Eli, sabe que me llevo este libro porque soy pintora y quiero ste libro" y yo ok, ¿en qué fecha me lo trae? En un mes más. Perfecto. Y después ella llega y llega con dos libros y bienvenido sea a la biblioteca.

Y después de la biblioteca vimos que había un huequito que podíamos ocupar y pregunté por colchonetas y nos fuimos a robar las colchonetas de los kinesiólogos, las limpiamos bien limpiecitas y empezamos "chiquillos, necesitamos juguetes". Entonces la gente viene y me trae bolsas con juguetes de sus hijos, listo, y yo voy juntando juguetes que estén en buen estado porque la idea es entregarle lo mejor al usuario. Y esa mesita es porque teníamos un plan de corazón que nunca nos resultó de poner computadores enganchaditos para poder ayudar a aquellos niños que no podían hacer clases online porque estaban con el abuelito... Entonces nos pasaba mucho que de repente me decían: Señorita ¿usted sabe de matemáticas? Que tengo este problema con mi nieta y yo "ya, ven pa' acá, Sofía". Una le explicaba y ahí empezó como esta necesidad. La gestora comunitaria iba a la casa de una niña a hacer educación física, llegaba toda transpirada porque era una hora y ahí pensamos por qué no implementamos esta mesita, pero nunca nos resultó el wifi.

E1: ¿Y por qué no les resultó el wifi?

EU: Porque el internet aquí en La Pintana es muy malo. Bueno yo en mi casa tengo un internet maravilloso pero no sé por qué aquí siempre se nos cae nuestro sistema, se nos cae el sistema...

E1: Es que el cableado es súper antojadizo.

EU: Entonces claro, la red que tenemos es muy diminuta para la cantidad de computadores que tenemos acá y no nos resulta. Así que lo que hemos hecho con la gestora comunitaria es que si vienen esos niños, miramos y si el doctor Torres está desocupado y sabe de matemáticas, ok, y el doctor le explica que esto es así y así. Tenemos una pizarra que la fuimos a recoger allá a la vuelta que la había botado una señora y la tenemos porque a veces hay que explicarle en pizarra a los niños.

E1: Increíble.

PS: Tú decías que eres de La Pintana así desde chica. Es que me llama la atención porque en las vueltas que me dí, como que todos los funcionarios con que conversé son de acá. De hecho un caballero me contó que llegó a los 5 años.

EU: Debe ser Jorgito.

PS: Sí, el mismo, y me metió hasta a los box como ¡Doctor, mire, ella anda haciendo un trabajo! Entonces me llama la atención, se repite harito eso y significa que conocen a la gente.

EU: Mucho. Hay un porcentaje mayor que vivimos todavía aquí, yo creo que por eso también nace...

PS: O que vivieron aquí en algún momento.

EU: Eso, porque el otro porcentaje vivieron acá siempre y se fueron para otras comunas y por eso yo creo que este consultorio es tan especial en ese sentido porque como somos de acá, tenemos a nuestros padres, hay familiares, hay vecinos, tratamos de dar lo mejor de nosotros para que esto funcione. Yo estoy haciendo una encuesta que me la encargó el servicio, la municipalidad, y la mayoría de las cosas que me dicen es "ustedes son el mejor consultorio" y eso para nosotros es como súper gratificante. Siempre va a haber descontento pero una persona de diez que me diga eso, siento que estamos haciendo una pega bacán.

E1: Oye y los descontentos son en general porque a las personas las atenciones no les alcanzan.

EU: Sabes que el descontento mayor de las personas no es por el trato, porque la encuesta me ha ayudado a darme cuenta de eso, sino que es con la capacidad de horas que no tenemos. Solamente eso. Cuando nosotros preguntamos ¿cómo lo trata el médico? Un 7. ¿Y los profesionales? 7. ¿Y los administrativos? Un 7. Póngale nota a solicitar una hora por teléfono: Un 1. Póngale nota a solicitar una hora presencial: Un 3. Entonces al fin y al cabo no es el trato que nosotros vamos teniendo sino que son las herramientas que podemos entregar a los usuarios.

E1: Y los recursos a distribuir po.

EU: El jueves terminé esta encuesta pero de eso me he dado cuenta yo.

E1: Te agradecemos infinitamente esta conversa porque yo sé que mientras nosotros conversamos tú no estás haciendo algo que tienes que hacer, lo entendemos perfectamente. Nuestra idea es poder aportar dentro de lo que nosotros podamos

---

hacer y en ese sentido te queríamos pedir un favor extra. Yo no sé si estás yendo o vas a ir a terreno en algún momento.

EU: Esta semana con fiestas patrias no, pero yo creo que después ya me toca.

E1: Para ver si de repente te pudiéramos acompañar si te parece bien, si es pertinente.

EU: Sí, ningún problema.

E1: Porque para nosotros es muy importante como ustedes se enraízan en el territorio.

EU: Es una visita de vecina. Hola ¿cómo estás, Paola? ¿Tu teléfono es este?

E1: Claro, entonces acompañarlas uno de nosotros nomás para no ir con un séquito.

EU: Sí, sí, y la gente acá nos abre las puertas, nos pone al ladito de la estufa, es muy cariñosa la gente, es muy agradecida. Ningún problema.

E1: Y ese cariño lo han ido ganando, no estaba desde el principio.

EU: Sí porque antes era "¿Qué quieren? ¿Qué?" Ahora ya nos hacen pasar, así que no.

PS: Es que como tú decís, son vecinos. Ustedes no llegan como el externo.

EU: No, acá no. Así que eso, cuando quieran y yo lo programo nomás, le informo a mi jefe que días tengo que visitar me acompañan, no hay problema.

*(Pablo le pide el teléfono para mantener el contacto)*

*(Respecto al patio interior donde se está llevando a cabo la entrevista)*

EU: Esto de acá lo hizo una vecina *(apunta el mural)*. Esto *(señala el jardín)* es de don Lautaro porque a él le encantan las flores y las cosas raras pero esto lo hizo una usuaria. Todo empezó porque fuimos a pintar una muralla allá atrás con el trabajador social y la conocimos a ella. Acá había un canelo pero se nos secó porque justo la machi murió.

PS: El canelo...

EU: La machi de acá de la comuna de La Pintana vino a hacer la ceremonia para bendecir este sector y plantó el canelo y resulta que a la semana el canelo... de hecho fue mi compañera que me dijo que el canelo estaba seco. Que raro, "don Lautaro mire el canelo está seco". A los dos días nos avisan que la machi había muerto y como ellos creen tanto en la tierra y en la energía, canelo que se muere es porque se llevó el alma de la machi.

E1: Totalmente.

EU: Y el canelo está ahí sequito, lo dejamos con pastito porque no lo vamos a sacar, este de aquí. El tema es que tampoco debería haber salido pasto alrededor porque eso estaba totalmente trabajado y salió pasto al medio del canelo. Cosas raras de nuestro consultorio.

---

## Anexo 2: Entrevista a Carolina López, Ejecutiva de Familia del Cesfam San Rafael

14 de septiembre de 2021, Patio interior Cesfam San Rafael

Entrevistador 1: Bueno, lo que pasa es que estamos trabajando con ustedes, no sé si el doctor te contó un poco el contexto de nuestro trabajo.

Carolina: Eh, no mucho. A grandes rasgos sí.

E1: No, está bien, te pregunto para no repetirme porque si ya sabes todo, para no ser latero más de la cuenta. Mira nosotros somos de la Universidad Católica, de las escuelas de Antropología y de Diseño y nos acercamos a la salud desde... Estamos trabajando con salud hace hartos años, yo creo que nos estamos acercando ya a los 10 años de trabajo, sobre todo con el Hospital Exequiel González Cortés, que ahí aprendí casi todo con la doctora Begoña Yarza, lo bueno que hemos aprendido. Y nosotros hemos visto que ampliar la perspectiva de lo que es la salud, el ejercicio de la salud a otras disciplinas que no sean las clásicas de la salud es muy importante, sobre todo desde una perspectiva biopsicosocial. Es decir, al final, mira lo que hay que hacer es construir bienestar y no llegar una vez que ya el problema, la patología está declarada. Sea contagiosa, no contagiosa, transmisible o no transmisible, lo que sea. Y que en ese sentido nosotros creemos que observar desde distintas miradas el fenómeno del bienestar es fundamental, sobre todo si lo queremos optimizar y sobre todo si queremos trabajar en prevención más que después, más que sobre el problema. Entonces en ese sentido, nos acercamos a ustedes, a San Rafael, para aprender de lo que ustedes están haciendo. Porque nosotros creemos que lo que ustedes están haciendo es, en muchos sentidos, aunque estamos recién conociéndolos y no podemos decir que somos expertos en esto, pero en muchos sentidos es bastante ejemplar. Sobre todo en lo que es –y ahí entramos directamente a tu labor–. Perdón ¿te puedo decir tú?

C: Sí, está bien.

E1: Ya, perfecto, a mí también, por favor. Que es esta como penetración de salud y territorio, o sea que no hay como una línea que uno diga "ya, de aquí para afuera es

territorio, de aquí para adentro sistema de salud". Sino que ustedes de alguna forma han ido mezclando. Entonces, en ese sentido si nos pudieras contar un poco cómo es tu cargo, porque tu cargo no es obvio, o sea no es que uno llegue a cualquier centro de salud y uno diga ¿Dónde está la ejecutiva de familia? ¿Te fijai?

C: No, de hecho, costó implementarlo, costó bastante porque... bueno, todavía de hecho en mi credencial dice administrativa. Somos administrativos pero en realidad somos ejecutivos de familia. Y esto surgió por el tema del modelo familiar de la salud. Nosotros con el director y aquí en la comuna queremos implementar lo que es el modelo familiar y que esto va con el tema de la prevención también ¿ya? Y es un trabajo bien bonito, que va de la mano con la comunidad, donde nosotros los hacemos parte. Y como dices tú es prevenir. Nosotros necesitamos llegar antes y la puerta de entrada a todo somos nosotras. Para todo, para lo bueno y lo para lo malo somos nosotras.

E1: Claro, claro.

C: Entonces cuando yo llegué a trabajar acá, fue un gran desafío. Yo estoy estudiando Trabajo Social, estoy en mi último año. Entonces como que va todo ligado y a la vez trato como de enlazar todo con todo, así que bien. A la gente al principio igual le costó, les costó como adaptarse a este nuevo modelo familiar.

E1: ¿Y en qué sentido? ¿Cuáles eran las fricciones por ejemplo? O lo bueno también, no hay por qué concentrarse en lo puro problemático.

C: Les costaba el hecho de que uno quisiera como ¿entrometerse? Decían "es que yo eso se lo digo al médico". Entonces yo le decía que sí pero quizás lo podemos ayudar por otra área, que no le estoy pidiendo que me explique como con detalle. Y ahí estaban los que decían "no, no" y bueno, uno tiene que respetar, y el que sí accedía y te contaba un poco y ahí uno se daba cuenta que en realidad no era el médico, quizás era con psicólogo, asistente social, ayuda, o simplemente que alguien lo escuche. Acá viene mucha gente que de verdad solamente necesitan que los escuchen. Tenemos pacientes que vienen todos los días. Todos los días. Y ellos lo único que necesitaban era que los escucháramos.

E1: Nada más.

C: Nada más que eso. Y los hicimos parte de este programa familiar. Bueno igual con el tema pandemia se nos hizo súper difícil implementar pero lo hemos ido haciendo de a poquito, nuevamente, así que ha sido bien bueno. Los vecinos se han dado cuenta como del cambio que se ha adquirido en el CESFAM y con la comunidad.

E1: Ya, porque ¿Hace cuánto que existe tu cargo?

C: Del 2019.

E1: 2019. Ah, ya, justo... o sea, se creó el cargo y Chile despertó y después vino la pandemia.

C: No, sí, si yo llegué, llegué como administrativa y después de un par de meses empezó esto de sectorizar también el CESFAM.

E1: Perfecto, el territorio.

C: Claro, sectorizamos. Entonces, hay una ejecutiva de familia para cada sector. Está San Rafael 1, San Rafael 2, porque San Rafael es una población muy amplia, San Ricardo, Salvador Allende y Sector Sur. Que eso abarca Castillo, Gabriela, todo eso. Entonces la primera como ejecutiva de familia que se le hizo como esta inducción y esta preparación más a fondo fue a mí por un tema de que también coincidió con que yo tenía que hacer una práctica. Entonces a mí me tocó salir a terreno, y ahí la gente como "necesito esto, esto, esto y esto", a mí me llaman por teléfono y uno se involucra, se involucra con la gente porque... acá hay hartito, hay hartito en lo que uno puede ayudar, hasta en lo más mínimo, hasta con una palmadita en la espalda la gente lo agradece porque están muy solos. Los adultos mayores están muy solos acá, muy solos. De hecho estamos con un programa de demencia donde implementamos algo. El día 20 se va a hacer una actividad donde vamos a invitar a todos los pacientes y los cuidadores y se va a hacer el lanzamiento de un libro, es un programa bien lindo donde también estoy involucrada. Pero eso es, nosotras ahora no solamente damos horas sino que nos involucramos, no es como "¿a qué viene? ya, tome su hora, váyase". Y gestionamos, desde el frasquito de orina le gestionamos a la paciente, hasta a ir a preguntarle al mismo médico si es que es o no es así los medicamentos que está tomando, ir a la casa. Yo en lo particular igual estoy involucrada con lo que es los niños SENAME.

E1: Bien, ya.

C: Entonces me toca ir a visitas, hacer el seguimiento mensual. Telefónicamente y en visitas donde tenemos que ver que todo avance bien.

E1: Oye y ponte tú ¿cómo es tu día? Descríbenos un día cualquiera tuyo, llegas a qué hora, como para entender.

C: Mira, en la mañana yo llego a las 8 de la mañana pero tengo a mis compañeros que son de laboratorio que llegan a las 7 de la mañana. A las 7 de la mañana comienza la toma de exámenes, entonces nosotras llegamos y ya hay gente acá. Entonces nosotras a las 8 comenzamos a darle las horas a los pacientes que se tomaron los exámenes para que el médico que los pueda revisar que normalmente son pacientes crónicos. Diabéticos, hipertensos o cualquier enfermedad crónica. Así partimos nosotros y también a las 7 de la mañana llega otra persona que es la encargada de dar las horas de morbilidad que es como medicina general que se dan en la mañana para el día. Ella llega a las 7 de la mañana y las da. También existe una plataforma, como que lo ideal es que ya no exista este tema como de la fila para tomar la hora en el consultorio y que sea sólo la plataforma pero ahí se están haciendo mejoras con esto.

E1: Y esa plataforma las personas...

C: Lllaman por teléfono y es una operadora que automáticamente empieza a dirigir todas las llamadas con una hora, se las va dando automáticamente y después el informático las traspasa al sistema nuestro.

E1: Entonces tú llegas a las 8 y ya hay gente.

C: Ya hay gente esperando por nosotros. De repente llegan urgencias y uno también tiene que hacerse cargo de las urgencias y así estamos todo el día en constante contacto con la gente. Para pedir hora, para controles, que fue derivado por algo, entregar interconsultas también por el tema del hospital o a la unidad de oftalmología que está aquí a la vuelta.

E1: O sea tú en el fondo eres ejecutiva de familia pero eres como ejecutiva de enlace y de mediación, digamos. Bueno, además de contención y de un montón de otras cosas.

C: Y en las tardes salgo a terreno. Tengo un listado con los lugares. Yo normalmente veo a los chicos SENAME, les estoy haciendo como el seguimiento, y a veces algún adulto mayor que necesitamos rescatar el número de teléfono porque uno los llama y no, está apagado, está apagado. Entonces me toca a mí ir para allá y rescatar el número de teléfono y eso significa también mirar si está todo bien, qué está pasando...

E1: ¿Y en qué sentido, ponte tú, porque a nosotros nos llamó la atención... estamos recién conociendo entonces puede que te haga preguntas muy obvias. A nosotros, ponte tú, nos llamó mucho la atención cuando vinimos a la cuenta pública que dentro de la cuenta pública el doctor mencionara a las ollas comunes. Nosotros estamos de acuerdo que es básico si uno piensa en salud y bienestar y tienes carencia alimentaria ¡Pero no es obvio po!

C: No, de hecho todavía siguen funcionando las ollas comunes. Tenemos una vecina, la Sipra, que es de acá de San Rafael, todavía sigue funcionando sobre todo para las familias que quedaron cesantes y todavía no pueden recuperar su trabajo.

Entrevistador 2: La pandemia no ha pasado.

C: No, no, en números quizás un poco, pero las consecuencias sociales están todas.

E1: Oye y en ese sentido ¿Qué otras cosas crees tú –yo entiendo que es difícil de repente decir qué es especial de acá porque para ti es cotidiano– pero qué cosas tú crees que son distintas de lo que hacen ustedes en relación al resto de la atención de salud pública, de atención primaria sobre todo.

C: Yo creo que, no sé si es especial, pero creo que todos los que trabajamos acá nos gusta. Y creo que ese es el factor principal para estar aquí porque al que no le ha gustado se va y llega otra persona que quizás si quiere o también se va. Pero los que estamos acá es porque nos gusta, nos gusta ayudar.

E2: Y en ese cambio que tú nos decías que parten ustedes, ¿Has notado que los vecinos se relacionan de manera distinta con el CESFAM? ¿Lo reciben mejor? ¿Cómo funciona?

C: Sí, porque de hecho esto nos llevó a conocer también a las dirigentes sociales, a las presidentas de las juntas de vecinos porque al sectorizarlos, yo que soy por ejemplo de la población Salvador Allende, conocí a la presidenta de la junta de vecinos. Tengo un jefe directo con el que gestionamos un día de atención en la sede, por ejemplo, o un día en el liceo que está en el sector y vemos a los chicos, los controles odontológicos, los controles sanos adolescentes, va matrona, va médico. Es como un operativo completo que sale del consultorio hacia los sectores.

E1: ¿Y eso es habitual en otras atenciones primarias o dirías que eso es particular? En la manera de hacerlo al menos.

C: Yo creo que la manera de hacerlo igual es nuestro porque intentamos hacerlo todo en conjunto que también fue un poco difícil porque igual la gente como que se acostumbra a algo y te cuenta cómo salir de ahí, sobre todo la gente que lleva mucho tiempo le costó mucho. Pero se ha logrado, igual hay gente que se quedó un poquito atrás pero mientras el resto siga avanzando, el modelo funciona igual.

E1: ¿Y quienes son los que se quedan atrás crees tú?

C: Pucha, a las personas como más antiguas les cuesta un poco porque igual llevamos muchos años en el mismo sistema que no cambia mucho, entonces que lleguen al último cuando igual es gente que ya está a punto de jubilarse también entonces que les vengas a cambiar como todo el sistema completo, no.

E1: Oye y ¿Qué tan frecuente es que esta relación con los líderes comunales del territorio?

C: Constante. Porque si de repente tenemos casos sociales, también acudimos a ellos.

E1: Onda whatsapp.

C: Sí o llamadas telefónicas, o yo de repente me voy directamente a las sedes que igual están cerca entonces yo como que me voy caminando. Pero es constante, es

todo el tiempo como de mi parte, de nuestra parte, o de parte de ellos hacia nosotros es constante.

E2: Y esos vínculos... porque nosotros vinimos a la actividad por ejemplo que hicieron el otro día con la bienvenida de los nuevos ciudadanos y me llamó mucho la atención que hubieran doce mamás con sus bebés en una actividad que no es obligatoria para ellas, no están obligadas a venir, no les significa que no puedan seguir haciendo su control de niño sano, entonces... salió súper linda, ¿Cómo han logrado forjar esa cercanía, ese vínculo tan directo?

C: Igual siendo medios catetes jaja. Así como llamado, llamado, llamado y mantener el contacto y cualquier cosa llámeme y es así. A mí me han llamado, no sé, a las 12 de la noche con crisis de pánico y yo como respire, trabajar la respiración que es lo que uno sabe hacer. Pero eso es constante, es demandante, súper demandante pero es rico. Por lo menos en lo personal yo me vine a trabajar a esta comuna precisamente por lo mismo, porque necesitan de alguien que lo haga con cariño.

E1: Oye y ¿cuáles serían como las experiencias o trabajos o actividades de más fricción? Que tú decís "chuta, me toca hacer esta cuestión".

C: Son como los operativos que salen a última hora.

E1: Ah, ya, la improvisación de un operativo ponte tú.

C: Sí, pero no es tanta improvisación sino que nos avisan como muy encima, por ejemplo que el día viernes nos avisan que comienza el operativo de mamografía el día lunes y son 36 pacientes por día y tenemos que llenarlo.

E1: ¿Y quién les avisa tan tarde?

C: Del departamento

E1: ¿Del departamento de acá mismo?

E2: De la dirección de salud.

C: Sí, pero por un tema de que a ellos también les avisan como encima.

E1: Esos vienen del ministerio, claro. Ese trazado quería hacer

E2: ¿Y ustedes cómo lo hacen?

C: ¡Llamando po! Llamando, como filtrando a las pacientes porque tienen que ser de 40 a 70 años, que no se hayan hecho la mamografía por un año, entonces es como hartito.

E2: Y ahí tener así en el whatsapp a la dirigente de la villa te sirve.

C: Sí po, ahí una empieza "oiga, necesitamos mujeres tanto, tanto, tanto, avísenme". Me tienen que llamar porque una tiene que confirmar y asegurarse de que vengan las pacientes.

E2: Y en ese cambio de relación ¿Qué es lo que más te llama la atención por parte de los vecinos? ¿Como que han cambiado hartito su actitud hacia ustedes? ¿Los reciben mejor?

C: Sí, hubo un tiempo en que fue bien... tensa la relación. Al principio cuando yo llegué era bien tenso el trato. El trato era súper tenso pero ha ido cambiando bastante.

E1: Positivamente.

C: Positivamente. Tanto de nosotros, porque también nosotros como que cambiamos también de actitud, hubo un cambio de actitud de ambas partes.

E2: Que no es fácil meterte en la casa de una persona, hay que reconocerlo, es bien difícil.

C: No, y si la persona te recibe en la reja, tú en la reja te quedas.

E2: Pero ahora ya esa situación de que te rechacen...

E1: ¿El límite se ha ido corriendo para adentro?

C: Sí, sí, ya la gente me recibe, me ven en la calle y me saludan.

E1: Perdón ¿en qué sector estás tú ahora?

C: Salvador Allende. Pero lo que es SENAME, por ejemplo, es todos. Todos los sectores. Y eso se trabaja en coordinación con trabajador social, psicólogo, la dupla psico-social.

E1: Lo del SENAME debe ser bien intenso ¿Cuál es el perfil de los niños del SENAME?

C: Son familias con una larga data de abusos y daños. Que uno normalmente dice "pucha, la mamá le pega, le saca la cresta al cabro chico ¿por qué es así?" pero no te das el tiempo para preguntarles "¿y cómo fue tu infancia? y tus papás? ¿y tus abuelos?" Entonces ahí te vas dando cuenta, no es por justificar...

E1: No, no, no, no, es comprender.

C: Claro, como por qué es así.

E1: De dónde vienen, claro.

C: Pero aquí la mayoría es de generaciones, es una historia, acá hay mucha gente dañada. Muy dañada. Por todo, por el sistema, por todo po.

E1: Por la historia personal, por el sistema, por el acceso a los beneficios, por no acceder a los beneficios... Oye ¿Y tú crees que sería posible que alguna vez nosotros te acompañáramos en una de estas salidas o tú crees que sería impertinente que nosotros de repente te acompañemos?

C: No. O sea, si el paciente no se opone, no habría problema.

E1: No, además que si nos hacen esperar afuera, no me ofendo para nada. Pero a nosotros nos encantaría en algún momento acompañarte ¿te fijas? porque en el fondo una de las cosas que acordamos con Lautaro es que podía ser bueno también porque entendemos que muchas veces la gente que hace investigación como que viene, extrae datos y después agarra los datos y se va. Y nosotros no. Por eso es una alianza entre diseño y antropología, porque nosotros queremos conocer y transformar ¿no cierto? o ayudar a transformar o transformarnos. Entonces una de las cosas que habíamos hablado con Lautaro que podía ser bueno para ustedes, es que los ayudáramos en un proceso de sistematización de lo que ustedes hacen porque en el fondo, ustedes tienen una serie de buenas prácticas, pero ponte tú que todos ustedes de repente tuvieran una iluminación mística y se fueran al Valle del Elqui a meditar, esto desaparece.

C: Sí. O sea, de hecho este [El espacio donde se realiza la entrevista] es como nuestro espacio así como de repente en un momento tenso que uno necesita como salir a respirar, este es nuestro espacio.

E1: Entonces en ese ánimo es que nos encantaría poder acompañarte eventualmente a algún terreno porque nos interesa ayudar a sistematizar para que ustedes se vean descritos, que también es una cosa interesante, y también para que sirvan como buena práctica, buen caso para otros lugares de atención primaria que deberían adoptar esta dilución del límite entre Servicio de Salud y territorio.

C: Y la comunidad, sí, osea, participar, no sé, para el día del niño en actividades. Funcionarios fueron para allá, estuvieron con los niños compartiendo, que es algo que en verdad, si bien no es nuestra obligación, se hace igual.

E1: Claro, pero es constitutiva de su trabajo y probablemente sin eso su trabajo no sería tan luminoso, digamos, como es hoy.

E2: En la Salvador Allende se hizo el conversatorio el fin de semana ¿o no?

C: Se hicieron distintos conversatorios, sí, y se van haciendo como varias actividades, igual. También se hizo el tema de una certificación de unas vecinas.

E2: La de primeros auxilios.

C: Tocó en Salvador Allende.

E2: ¿Eran todas de la Salvador Allende? Que yo vine a la ceremonia donde les entregaron el diploma.

C: Sí, de hecho, Felipe, el que recibió también diploma, era el antiguo jefe de sector de Salvador Allende. Por eso que él participó de ese curso porque él lo gestionó y lo fue viendo. Pero fueron todos de la Salvador Allende y la idea es implementarlo en los otros sectores.

E2: Yo pensé que eran de todos porque eran hartos, fueron como nueve que se titularon.

C: Sí, y una salió becada. O sea, de la universidad la becaron para que estudiara para TENS.

E2: Sí caché. No estaba seguro si le habían dado la beca para seguir como técnico en enfermería en la universidad.

C: Sí, porque la vieron que estudió, era seca, preguntaba, sabía todo, tenía sus apuntes.

E2: Y por ejemplo ahora que ellas tienen esa certificación ¿A ustedes les sirve, por ejemplo, como primer contacto con los vecinos? Onda si un vecino se cae pueden recurrir a ellas.

C: Sí, sí po, y ellas son como, como dijiste tú, primer contacto. Ellas ven que estén bien los signos vitales y llaman a la ambulancia.

E2: Hacer esa evaluación previa, que la gente no llegue aquí como asustada también. hace un par de semanas Lautaro me contaba que una vecina lo llamó porque la mamá se había caído y ese mismo día llegó a seguir contándole. Esa cercanía no se ve en todas partes.

C: No. Don Lautaro, uff, está todo el día recibiendo mensajes, llamadas, todo el día.

E1: Sí, impresionante.

C: Y que es algo que sí po, uno de repente llega a alguna parte y sí hay como una pared.

E1: De hecho cuando uno analiza los programas médicos arquitectónicos uno ve que los lugares están diseñados con una membrana de bloqueo. Entonces en ese sentido, desde la materialidad hasta los sistemas, hay mucho que cambiar.

C: Sí, hay mucho. De hecho nosotros el tema de los mesones. Antes los mesones estaban como todos alineados y después se fueron como separando. Pero, en realidad si te das cuenta casi nunca se atiende. Es re poco lo que se atiende, como del otro lado de la lámpara, casi todos se sientan al lado.

E1: Muy bien, eso es fantástico.

C: Sí, si al final uno estando con mascarilla, vacunado, tomando las precauciones necesarias no va a haber contagio.

E2: No, porque además cuando se te pone como ese muro de admisión...

C: Uno como que ya se predispone y la persona que viene también viene como predispuesta a esa...

E2: A esa separación.

E1: Claro.

E2: No es un vínculo. Necesito que me atiendan y si no tengo hora lo único que puedo hacer es decir que te vayai.

C: Sí, pero tratamos de hacer la verdad que lo mejor.

E1: No, totalmente.

E2: Y los operativos, por ejemplo, en las juntas ¿los hacen siempre?

C: Ahora se están retomando hace poco, por un tema de pandemia no podíamos.

E2: Y ahí son, no sé, toma de muestras de examen o...

C: Controles o morbilidad, en vez de hacerles todo acá, como medicina general, no sé, me duele el hombro o me duele la espalda o llevo muchos días con dolor de cabeza, eso también se puede atender en la sede y así tampoco se congestiona tanto acá. Y salimos más a la población, a hacer salidas en terreno.

E1: Eso es fundamental.

E2: Y sino esa gente te llega a urgencia después po.

C: Claro, después llegan a SAPU, al servicio de urgencia que es hasta las 12 acá. Que también me toca hacer turnos en urgencia.

E1: No, es muy impresionante como mientras más conocemos, vemos que más que haber un edificio de salud, lo que hay es como raíces que se extienden en el terreno.

C: Y redes. De todo, sí.

E1: Claro, entendiendo raíces como estas redes de raíces, digamos.

C: O sea, tenemos gente que se cambiaron de casa a Puente Alto o a Maipú y vienen a controlarse acá igual.

E1: Y ustedes no les hacen ningún problema.

C: No.

E1: No les están pidiendo la...

C: No. O sea nosotros tenemos sus direcciones reales y todo pero están inscritos con nosotros.

E1: Perfecto. No, es que yo he visto casos de atención primaria en que les cuestionan la inscripción porque...

C: Porque no es de la comuna...

E1: Claro. O en el caso pediátrico, te dejo de atender porque tenés esta edad y el niño-adolescente pierde todo el historial de atenciones. Eso lo hemos visto...

C: No, al menos acá no. Pucha, acá los controles sanos son hasta los 9 años, después viene el control adolescente. Los controles siguen.

(Intercambio de teléfonos para seguir en contacto y coordinar una próxima visita)

E2: Salvador Allende es la que está atrás de la San Rafael ¿no?

C: Por aquí atrasito.

E2: Se me da vuelta el mapa.

C: Sí po, Salvador Allende está acá y acá al frente es San Rafael. Y hacia allá está San Ricardo y Sector Sur.

(...)

C: Eloísa es otra de las ejecutivas de familia que ha salido a terreno. Los otros ejecutivos todavía no han salido.

E1: Porque tienen que validarse...

C: Tienen que hacerles como la inducción, la capacitación y todo eso.

E1: ¿En qué consta la capacitación y la inducción? ¿Qué es?

C: Lo que pasa es que yo la tuve con una trabajadora social porque fue justo cuando hice la práctica. Entonces, cómo entrar, qué decir, qué no decir, cuándo te ponen límites que uno tiene que respetar y dejar de insistir. Que cuando uno llama, qué decir, qué preguntar.

E1: Claro, perfecto. Pero es sobre todo una inducción de cómo hacerlo.

C: Es un tema más que nada del respeto hacia las personas, hacia las familias y tener un ojo clínico igual cuando uno va. Mirar, mirar, mirar, mirar.

E2: Si no es fácil meterse a la casa.

E1: Eso se me había olvidado preguntarte ¿cómo registran ustedes?

C: Yo salgo con un cuaderno.

E1: No con celular, no fotos.

C: No, solo cuaderno. Yo no tomo fotos, nada. De hecho hablo con ellos y de hecho cuando una cacha que miran mucho el cuaderno, se sienten muy incómodos entonces yo lo cierro, sigo hablando y después llegando acá como que ¡aaah! (hace gesto de anotar muchas cosas aceleradamente) o me siento en una plaza a anotar todo.

E1: Claro, no es que le vayas a mostrar el cuaderno a la persona.

C: No, porque son apuntes de uno en verdad.

E1; Ya, puro cuaderno, notas de campo.

C: Sí, yo ocupo mis notas de campo.

E1: Claro, porque uno se imaginaría que en este mundo lleno de tecnologías de registro, quizás... pero bueno, puede ser muy invasivo tomar una foto, tomar un video.

C: No, sobre todo cuando son casos donde hay vulneración de derechos no se puede.

E1: No, no podís.

C: No. Porque primero cuesta mucho entrar a la familia entonces como que...

E1: Claro, si estás sacando fotos como que te pueden expulsar de ahí.

C: Sí, así que siempre con cuadernito.

E1: Y esos cuadernos después ustedes los digitalizan o es el cuaderno nomás.

C: Sí, queda un registro que lo hace la gestora comunitaria o la trabajadora social que se le dice "se hizo esta visita..." o al profesional que te pidió que fueras a hacer la visita le dices "pasó esto, esto y esto" y él lo digitaliza y te pone a ti como trabajo común.

E1: Ya, o sea igual tienes que anotar de una manera que la otra persona lo pueda leer, no es un apunte tan personal como...

C: O sea lo puedo apuntar así pero después nos juntamos, hacemos una pequeña reunión y me vemos cómo me fue

E1: Ya, una reunión de vaciado.

C: Sí, y ahí después él ingresa como la información.

E1: Que interesante ¿y esas fichas tienen un carácter privado?

C: O sea, la privacidad del paciente.

E1: O sea que sería un poco como la ficha clínica.

C: Es la ficha clínica.

E1: Ah, se vacía en la ficha clínica. Entonces ustedes tienen una ficha clínica que sería biopsicosocial.

C: Sí, va de todo. Van los controles médicos, urgencia, psicólogo, trabajadora social, todo en su ficha.

E1: Entonces para eso no ocupan Rayen.

C: Sí.

E1: Ah, con Rayen lo hacen. Ahí ingresan todo esto.

C: Sí, con Rayen. Nosotros trabajamos con Rayen.

E1: Perfecto. O sea tú llegas con tus apuntes escritos y alguien vacía en Rayen y queda en Rayen como ficha clínica.

C: Sí, queda todo registrado, sí.

E1: Que buena. Claro, es que no es obvio eso también, no es obvio que Rayen se ocupe desde una perspectiva biopsicosocial.

C: No, sí se ocupa. Ahora por ejemplo cuando son temas muy complejos tampoco se pone toda la información. Pero sí queda al tanto de las personas que debiese.

E1: O sea, lo que yo he visto hasta ahora del uso de Rayen y otras plataformas digitales es que no siempre... no siempre se le da la relevancia que merece a las disciplinas no médicas. Muchas veces la disciplina no médica queda como relegada a una notita y no necesariamente como constitutiva de una ficha.

C: De hecho, es uno de los trabajos. Queremos dejar como de diagnosticar a la gente, de darle siempre un diagnóstico. No sé, viene un adolescente que se cortó el dedo entonces necesita psicólogo, quizás no, quizás algo le sucede y con una conversación con la terapeuta o la asistente social se soluciona y no es necesario que vaya a psicólogo y que lo mediquen y que tenga una patología.

E1: No, claro, no hay por qué patologizarlo todo.

C: Ni tampoco darle medicamentos.

E1: Que bueno eso, fantástico.

C: Porque se diagnostica mucho, se patologiza mucho al paciente. Se tiende mucho a eso y a medicar. Medicar, medicar, medicar y no es la idea.

E1: Fantástico, tenemos mucho que aprender.

C: Sí, de hecho es un modelo que partió con don Lautaro.

E1: Lo que pasa es que el modelo de salud familiar es un modelo que existe pero una cosa es el dicho y otra es el hecho.

C: Y se supone que todos tienen el modelo familiar, pero implementarlo es otra cosa.

E1: Por eso lo que ustedes dicen es súper importante de sistematizar, de describir y de relevar que es posible hacerlo y es indispensable hacerlo.

C: Si uno quiere hacerlo es posible. De verdad es posible. Nosotros de repente estamos, no sé, agendando una hora y tenemos que hacer contención también. Es como todo.

E2: Es harta carga que excede a ustedes pero que permite congestionar el edificio al menos, el sistema de salud po.

E1: Claro, extender la cultura de la salud al territorio....

### **Anexo 3: Entrevista a Victoria Lorca, acompañante de Gracia en el Cefam San Rafael**

12 de septiembre de 2022, Pasillo principal Cefam San Rafael

Gracia: Es que ahora uno tiene tanta desconfianza con firmar cosas.

[Victoria pregunta le fecha]

Patricia Sánchez: 12 de septiembre.

Victoria Lorca: Del 2022.

PS: Entonces, Verónica. Preguntarle algunas cositas, usted me decía que acompaña a su mamá al CESFAM. Voy a marcar que es acompañante.

[Pasa otra señora mayor]

Señora: ¿Está turisteando?

GL: ¿Ah?

S: ¿Está turisteando?

GL: Hoy día estoy turisteando.

PS: Necesito algunos datos para poder procesar después. Cualquiera de estos datos si usted no me los quiere dar está bien. ¿Edad?

VL: 57.

PS: Perfecto. ¿Se identifica como mujer?

VL: Sí.

PS: Perfecto. ¿Orientación sexual? ¿Heterosexual?

VL: Sí.

PS: ¿Alguna religión que profese?

VL: Sí, o sea, me siento más católica que nada.

PS: Perfecto. Esto es con fines netamente estadísticos después. ¿Es chilena?

VL: Sí.

PS: ¿Tiene alguna identificación racial particular?

VL: No.

PS: Ya. ¿Y alguna discapacidad o diversidad funcional?

VL: No.

PS: Perfecto. Igual le hago las preguntas a ambas. Me gustaría saber, porque claro, su mamá me decía que hay un problema grande con los baños.

GL: Sí, los baños, baños. Siempre que quiero entrar a un baño está cerrado.

VL: Los baños están cerrados, sí.

PS: Y, en ese sentido, porque yo estoy trabajando tres conceptos. Uno es el cuidado, ¿en qué lugares de acá del CESFAM ustedes se sienten cuidadas ya sea por los funcionarios, el servicio de salud u otras personas? ¿En qué lugares cree que se dan ciertas dinámicas de colaboración, quizás? ¿Y en cuáles cree que se puede encontrar con gente? Así como con la señora que pasó recién.

VL: (Se dirige a Gladys) ¿Cómo encuentras? ¿Que hay colaboración? ¿Buena disposición del personal?

GL: No. No. A veces no.

VL: A veces no. O sea, de repente sí, de repente no.

GL: De repente encuentras a uno.

VL: Depende de la funcionaria.

GL: Depende de la funcionaria, pues.

VL: Justo el otro día me decía que fue así, justo le tocó la funcionaria déspota.

PS: Ah, le tocó justo. Claro, y esa igual es como una falta de cuidado al final.

VL: Sí. Uno se siente menos. Justo hoy día me venía comentando eso mismo. Que no falta en los consultorios que son simples administrativos y son pesadas. O sea no...

GL: Por ejemplo a mí me tocaba, tengo todos los exámenes, tenía la hora pa' médico. Y el día antes le avisan a mi hijo que no, que el médico estaba con licencia pero podrían poner otro médico po'.

VL: Claro, y perdió esa hora mi mamá.

GL: ¿Ah? podían poner otro médico.

PS: Y eso... ¿en qué lugares? ¿Dónde están, por ejemplo, los funcionarios más déspotas, dónde usted ha tenido más problemas?

VL: La recepcionista de qué, ¿de médico fue, mamá? Ella tiene que ver dónde fue la déspota.

GL: ¿Ah?

VL: Ella tiene un mapa y tiene que marcar donde fue.

PS: Pero es más en los módulos de atención, no fue aquí por ejemplo (señala los box de atención).

VL: Sí, en los módulos de atención.

PS: Ya, voy a marcar aquí un aproximado. Porque acá en general, en la parte de pedir hora ¿cómo es el trato?

GL: Usted ve, se demora en obtener.

PS: Es lento.

GL: Tamo', tamo' ahí...

PS: Claro, porque ahora en lo que hemos conversado van 10 números en varios minutos esperando.

GL: Es muy chico, y hay que estar ahí amontonados.

VL: Y ahora entramos y ni siquiera nos echaron...

PS: ¿Alcohol gel?

VL: Alcohol gel. Y debería estar el alcohol gel. Es legal.

GL: Deberían estar echando.

VL: Como en los colegios que es legal po'.

PS: ¿Y qué lugares de acá son a los que más vienen?

GL: Yo a retirar los remedios y hago el quite al médico porque la ayuda a una el paramédico. Por ejemplo, antes uno llamaba por teléfono a las 7 de la mañana y le daban hora. Ahora los adultos mayores tenimo' que venir a las 6 de la mañana a pedir hora aquí para que la vea un médico.

PS: Y eso de llamar ¿Hace cuánto tiempo?

GL: Según se... el sistema, no sé, se cayó, no sé qué cosa fue. Porque pregunté yo ¿por qué no me dan el número para llamar temprano para no venir?

VL: Y no todos los consultorios son iguales. Porque por ejemplo yo viví en La Granja varios años y allá hay que pedir la hora, pedirla por teléfono y acá no, tiene que ser la gente que venga temprano. Todos los consultorios tienen distintos sistemas de atención.

PS: Claro, no hay uno centralizado en la comuna. Y me dice que antes se podía por teléfono.

GL: Entonces a veces es buena la atención, otras veces no.

PS: Claro. Y esto del teléfono por ejemplo ¿cómo funcionaba?

GL: ¿Qué número me tocó?

PS: El 88.

VL: 88.

PS: Lo del teléfono ¿cómo funcionaba en pandemia?

VL: (se dirige a Gladys) ¿Funcionaba lo del teléfono? ¿Te contestaban o te cortaban, mamá?

GL: No, no llamaba yo. No porque estaba ocupado.

VL: Eso pasa, todo el mundo llama por teléfono igual.

PS: Entonces es más que nada venir a buscar los remedios y hacerle el quite a la atención como decía. Ya, perfecto. Ahí, estaríamos, si es algo breve para ir construyendo el mapita. Muchas gracias, Verónica y Gladys, se pasaron.

## **Anexo 4: Entrevista a Macarena Jara, paciente del Cesfam San Rafael**

12 de septiembre de 2022, Sala de Espera de Atención a las personas

Patricia Sánchez: Entonces, me gustaría saber cómo percibe usted estos lugares, cuando viene, que problemas tiene para moverse, para esperar.

Macarena Jara: ¿Aquí en el poli dice usted?

PS: Sí, acá, en todo el edificio.

MJ: No, todo bien acá.

PS: ¿Sí?

MJ: Sí.

PS: ¿Y cuáles son los espacios que más usa?

MJ: ¿Ah?

PS: Los espacios que más... a los que más viene, los que más usa.

MJ: Bueno, yo soy hipertensa y... soy diabética entonces yo vengo a los controles radiovascular, vengo a eso. Y más que, más que eso son los controles que vengo a esto.

PS: Entonces viene a pedir hora acá y pasa a los controles.

MJ: Claro, sí, sí.

PS: ¿Y viene hoy día por sus controles o los de él? (indica al bisnieto que se encuentra en el coche junto a Melania)

MJ: No, yo vengo por los míos.

PS: Ah, ya, anda de acompañante el chiquitito.

MJ: Sí. Lo que pasa es que yo estoy a cargo del niño entonces tengo que andar pa' todos laos' con él.

PS: ¿Cómo se llama?

MJ: Orlando.

PS: Hola, Orlando, no estés así. ¿Qué pasó? ¿Qué pasó, pequeño? (le hace gestos con la mano a Orlando mientras deja de llorar)

MJ: Tiene hambre.

PS: Tiene carita de sueño también. Ah, y usted lo cuida a él.

MJ: Sí.

PS: ¿Y siempre anda con él cuando viene a los controles, a tomar hora...?

MJ: No, porque él es prematuro, se controla allí en el consult... ahí en el Padre Hurtado.

PS: Aaah, en el hospital.

MJ: Él no se controla acá.

PS: Ah, ya, ya. Y para andar con el coche y con todas estas cosas...

MJ: Tengo que andar po'.

PS: Ah, pero no tiene mayores problemas para moverse.

MJ: Noooo.

PS: Ah, ya, perfecto. ¿Y cómo ve la... (Orlando empieza a llorar de nuevo) Pero chiquitito, ¿qué pasó?

MJ: Ya, si ya los vamos a irlos, si tiene hambre. Ya, niño ¿vamos? ¿vamos?

PS: Falta poco, Orlandito. ¿Y cómo ve el tema, por ejemplo, cuando está acá esperando la atención? Si siente que por ejemplo los funcionarios le prestan atención en las cosas, si están atentos a si usted tiene algún problema. ¿Cómo ve la atención?

MJ: Sí, sí. Porque por ejemplo uno reclama, ligerito ya se mueven y van a la parte que corresponde, van a averiguar, que se yo.

(Llaman al número 96)

PS: ¿Qué número tiene usted, perdón? Ah, falta todavía. Ah, ya, son bien atentos a los reclamos y todo. ¿Y su relación con los otros pacientes, por ejemplo? Otras personas esperando.

MJ: Noo.

PS: ¿Todo bien?

MJ: Todo bien.

PS: No hay mayor problema, no...

MJ: Mayor problema no...

PS: ¿Algo que le moleste de repente mientras espera?

(Llega una señora al tótem que entrega números)

Señora: ¿En qué número van?

PS: 96, creo.

S: Ah, falta porque yo tengo el 7.

PS: Dio la vuelta entonces.

MJ: Lo que me molestaba a mí, era que cuando pedía hora por teléfono nunca había. Nunca había hora.

PS: Y eso de las horas por teléfono ¿cuándo fue?

MJ: Mejor decido cuando voy a ver médico, decido venir yo. Le levanto a las 5 y media y me vengo para acá.

PS: Ya.

MJ: Y saco hora aquí. Yo personalmente. Y así me voy a la segura porque nunca hay hora cuando uno llama por teléfono. Eso es lo fome de acá.

PS: Claro. Y tienen que levantarse temprano...

MJ: Claro.

PS: Y venir con él también.

MJ: Claro.

PS: Y en ese sentido, lo de las horas por teléfono... es algo que empezó a funcionar hace poco, hace mucho...

MJ: No, hace harto tiempo que está funcionando, sí. Es que nunca encuentro hora. Nunca encuentro hora, entonces decidí no llamar más y venir mejor personalmente. Entre no encontrar y venir, me voy a la segura de que voy a alcanzar número.

PS: ¿Y la toma aquí mismo, en esta sala?

MJ: Aquí mismo, sí.

PS: Perfecto, entonces aquí ya a las 7 está abierto.

MJ: Sí.

PS: Hoy día hay poca gente atendiendo por lo que veo. Eso, no sé si hay algún comentario que me quiera dejar respecto al edificio.

MJ: No, eso sería todo, nomás, pues.

PS: Muchas gracias, se pasó. Chao, pequeñito, queda poco.

---

## **Anexo 5: Entrevista a Rodrigo Llanos, paciente y acompañante del Cesfam San Rafael**

12 de septiembre de 2022, Entrada principal Cesfam San Rafael

Patricia Sánchez: Entonces don Rodrigo, si me puede contar cómo es esto, porque usted me dice que viene bien seguido, que se atiende acá, claro que hoy día anda acompañando a su hija sí.

Rodrigo Llanos: Ahora sí, en este momento ando acompañando a mi hija porque como soy hipertenso, así que me tengo que atender acá.

PS: Ah, ya, perfecto. Pero hoy día eran las horas de ella.

RL: Sí, mire, a grueso modo, los médicos un 7. Nada que decir de los médicos, de los paramédicos y de las enfermeras. Un 7. Pero el personal que lo atiende directamente a uno, pésimo, pésimo.

PS: Los que dan las horas... los que...

RL: No y la atención, el trato con las personas es... nulo. No hay a quien reclamarme porque uno va a la oficina del jefe que te dicen y te ignoran o no están en la oficina.

PS: Y eso siempre ha sido así, no es...

RL: Sí, siempre, siempre.

PS: ...No es un cambio de los últimos años.

RL: No, para nada.

PS: Porque usted se atiende acá hace harto tiempo ya.

RL: Claro. Y lo que da rabia, señorita, es que uno trabajó toda su vida. Yo por lo menos trabajé hasta los 70. Impuse mi cotización siempre. Y si estuve toda mi vida trabajando, pagando la salud, lo lógico es que me den una atención como corresponde. ¿No le parece? Entonces, eso es lo que choca con lo que uno piensa, con la forma de pensar mía.

PS: Sí, sí.

---

RL: Entonces... y no hay a quien reclamarle.

PS: Y eso también... o sea no hay tampoco un lugar donde reclamar porque uno tiene que ir al segundo piso, a las oficinas.

RL: No y hay veces que la persona que tiene que atender a las personas no está.

PS: Claro, como ahora que esa chica reclamaba que había una sola...

RL: Claro, es cierto. Ahí hay uno se da cuenta con la señora que vino a reclamarle al guardia que hay una sola persona atendiendo. Mire, señorita, yo se lo digo sinceramente.

PS: Sí, sí.

RL: Yo he visto en la feria personal que trabaja aquí, en hora de trabajo y andan comprando en la feria ¿me entiende?

PS: Claro, no es... no es prioridad la pega.

RL: Claro.

PS: Y cuando viene... o sea, aparte de la toma de hora, cuando viene en general se mueve por este sector de la toma de horas y por las consultas.

RL: Claro.

PS: Y ahí es donde usted dice que la diferencia está entre los...

RL: Claro, claro.

PS: Entonces al final es más grato estar adentro del box que afuera.

RL: Sí, es súper agradable, como le digo, los médicos na' que decir. Me atienden bien, me revisan completamente, las preguntas que me hacen. Bien considerados los médicos.

PS: Lo complejo es llegar hasta allá.

RL: Sí, y las enfermeras. Pero el personal de más abajo es el que tiene, no sé, una altura de miras que no le corresponde ¿me entiende?

PS: Perfecto, sí. Y... en relación a los... cuando viene para acá, como ahora que está esperando ¿como es su relación con otros pacientes, con otros vecinos que están esperando?

RL: Hay veces que tengo la oportunidad que se me siente una persona de edad más o menos al lado mío y ahí compartimos experiencias que hemos tenido aquí y negativas también.

PS: Si ya estamos acá, vamos a hablar de acá.

RL: Claro, démosle aquí, démosle al tema.

PS: Y siempre hay como un consenso ahí...

RL: Es bien raro, porque la persona me cuenta de un médico, como le decía, y es positivo todo. Es positivo pero el personal de abajo es el que atiende súper mal.

PS: Claro, claro... y... se me fue la pregunta que le iba a hacer... ah, durante el período de pandemia, porque yo sé que acá no se cerró, este CESFAM.

RL: No.

PS: ¿Cómo vio eso? ¿Tuvo que venir o lo fueron a ver a la casa, alguna cosa...?

RL: Sí, aquí me vacuné dos veces. Las dos primeras me tuve que ir a vacunar a un local que colocó la municipalidad ahí en el estadio pero bien, sí, bien.

PS: ¿No se sintió como algún cambio en la atención durante ese período?

RL: No, no. Eeeh, en cuanto a las enfermeras y a las que vacunaban, sí, no, no tengo na' que decir. No tengo na' que decir. Pero el personal como le digo que esta abajo es el que atiende mal.

PS: Y aprovechando que viene acompañando a su hija, que viene con el coche, con todo ¿Cómo le resulta el tener que moverse con todas estas cosas por el edificio o para llegar hasta acá?

RL: Eh, vivo aquí cerca como a 4 cuadras de aquí, pero ningún problema. Solo esta mascarilla que se me sube la respiración, pero na' po'.

PS: Se le empañan los lentes ¿o no?

RL: Sí, eso.

PS: Y para moverse por dentro del edificio, que lo veo que anda con coche, anda con bolsas, con el niño.

RL: Cuando entra con coche mi hija yo no la acompaño, me quedo aquí afuera. No, el tema de ella. Pero cuando ella tiene que entrar con el niño como por ejemplo ahora vengo para cuidarle el coche porque uste' sabe que...

PS: Es más fácil moverse con el niño en brazos.

RL: Sí, de todas maneras, de todas maneras.

PS: ¿Y se tiene que mover mucho por dentro?

RL: No, por lo menos ella entra aquí, toma la hora, y después la atiende la... la paramédico que la atiende adentro porque el niño tiene que tener movilidad. Que mi nieto es un poco lento en ese sentido. Entonces, no le llama mucho la atención lo que le muestra ahí la señorita que él debiera tomarlo y jugar y no, no lo toma. Pero en la casa es diferente, con nosotros lo toma todo, todo se lo lleva a la boca.

PS: Se pone tímido acá.

RL: Se pone tímido con la señorita como está con mascarilla y...

PS: Sí po', a los niños les cuesta todavía entender eso.

RL: Claro.

PS: Pero igual me llama la atención que le deje el coche para poder hacer todo eso más...

RL: Sí, yo la tengo que acompañar porque conmigo es la que me cuida po'. Tengo cinco hijos y ella se quedó conmigo así que ella está cargando el peso conmigo.

PS: ¡Pero usted también la cuida de vuelta cuando la acompaña, pues!

RL: Sí, así es.

PS: Si es pa' los dos lados siempre el cuidado.

RL: Ella es... ella es cuanto le dijera yo, psicóloga en un colegio. Trabaja allá en la Alameda en un colegio y ahora esta con maternal así que está en la casa conmigo. Pero ya se le acerca la fecha en que tiene que salir a trabajar po'.

PS: ¿Y cómo se las van a arreglar ahí?

RL: Ahí no sé pues, si imagínese que ella parece que va a tener que renunciar porque no puede seguir trabajando porque yo no me puedo quedar con el niño. Entonces, ahí está buscando, a ver si puede conseguirse una pega a lo mejor por aquí cerca.

PS: Claro, porque el pique pa' allá y todo.

RL: Por lo menos cuando estaba trabajando salía antes de las 7 de la casa y a mí no me gustaba que anduviera tan sola a esa hora. Así que yo antes la iba a dejar en la mañana al colegio, a la micro y ahí me devolvía sola pero ella iba así también en la micro porque me podía pasar algo cuando viniera de vuelta.

PS: ¿Y viven ustedes tres juntos?

RL: Claro. Y con un hijo minusválido que tengo. Así que somos cuatro en la casa.

PS: Sí po', complicado, dependen todos de todos al final.

RL: Sí po' y los otros están emparejados ya así que no viven conmigo. Esa es mi vida pues señorita.

PS: No, se pasó, me ayudó mucho, me informó muchas cositas. No sé si quiere agregar algo...

RL: No, la atención acá no es como le digo yo, con los médicos me saco el sombrero. Médico que me ha tocado, hace 15 años que me estoy viendo acá por el tema mío, y no, los médicos na' que ver, na' que ver, un 7. Si lo pudieramos colocar en una escala de calificaciones.

PS: Claro, el problema es poder tomar la hora con esos médicos.

RL: Sí, las enfermeras también si son súper atentas conmigo.

PS: Y me dijo que se vacunó acá también ¿dos de las cuatro dosis?

RL: Las cuatro dosis.

PS: ¿Y le tocó esperar afuera o adentro? Porque he visto todos los formatos de vacunatorio aquí yo.

RL: La señorita daba la alternativa de que mientras llegaba la señorita que vacunaba, podíamos esperarla allá adentro y como teníamos numero iban llamando por numero y íbamos saliendo

PS: Esperaban adentro calentitos.

RL: Sí po'.

PS: Perfecto, eso sería.

RL: Ya pues, señorita.