

Participación en salud: Análisis de interfaz socio-estatal y obstáculos para la colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile

Participation in health: Analysis of the socio-state interface and obstacles for collaboration between the different actors of health in Chile

Sebastian Moller ¹
Javier Ugarte ²

RESUMEN

El presente artículo aborda el fenómeno de la participación en salud desde la observación de las distintas capas relacionales que se mantienen vigentes, y que le imprimen un carácter complejo, divergente y contradictorio. Para conducir este abordaje, el artículo define la participación como una interfaz de actores, relaciones, racionalidades y sistemas de prácticas que se solapan permanentemente y logran protagonismo en función de su posicionamiento histórico y cultural, especialmente en el campo de las políticas públicas de participación. Así, las distintas formas de comprender e impulsar la participación ciudadana en salud adquieren un lugar hegemónico en función de la capacidad que tienen de imponerse frente a las demás capas relacionales siempre vigentes en el campo de la participación, y materializar una agenda política con implicancias directas en las formas de definir a los usuarios, conducir las relaciones profesionales, diseñar los espacios, elaborar documentación, incluir o excluir actores del campo de la salud, entre otros múltiples focos de la participación ciudadana.

Palabras clave: *Participación Social, Chile.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la participación social chilena en salud no se expresa a través de grandes movimientos sociales organizados, con algunas excepciones como fue el movimiento encabezado por Ricarte Soto, sino que se ancla más bien en distintas redes locales de participación, formadas al alero de diversas agendas de participación promovidas por la política pública desde la década de 1990 hasta el día de hoy (1). En el presente artículo sostenemos que estas agendas han concebido, generalmente, la participación como una herramienta de modernización de la gestión pública (2), y han tenido impactos inciertos al asentarse sobre tradiciones, valores o prácticas de participación, salud o administración que responden a lógicas divergentes. Se constituye, así, una interfaz (3) social, política y técnica que analizaremos mediante el aislamiento de algunas de sus relaciones más importantes, con el fin de caracterizar de cerca la participación en salud en la actualidad.

Como señala Long (3), *“las interacciones sostenidas en el tiempo entre distintos actores van desarrollando ciertos límites y expectativas compartidas, que moldean a tal punto la interacción, que las mismas interfaces se convierten en entidades organizadas de relaciones e intencionalidades”*. Esto nos permite recoger la historicidad de las relaciones que en salud se han establecido entre profesionales, funcionarios, pacientes, usuarios, ciudadanos, etc. superando una perspectiva lineal y coherente del desarrollo de la participación para atender a su composición siempre

Recibido el 30 de septiembre de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.

1 Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica. Correspondencia a: sebastian.moller.z@gmail.com

2 Doctorante en Ciencias Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos-Aires, Argentina

contingente, compleja y frágil. En este sentido, la idea de interfaz nos ubica en un polo constructivista de análisis frente al desarrollo de las distintas experiencias de participación en salud, lo que supone poner en relieve los lenguajes, prácticas, sentidos y racionalidades históricas (4) que operan imbricadas en el campo de la participación, y sus efectos sobre las personas y las comunidades.

Sobre esta premisa de multiplicidad y solapamiento entre distintas formas de entender y poner en práctica la participación en salud, el presente artículo busca caracterizar esta interfaz en términos de algunas de sus relaciones constitutivas: 1) relación de servicio, 2) relación terapéutica, 3) relación tecnológica, y 4) relación espacial y territorial.

RELACIÓN DE SERVICIO

Un primer tipo de relación, fundamental para entender la configuración de los dispositivos de participación en la actualidad, se ancla en las lógicas burocráticas del Estado y la pretensión de articular una política mecánica de participación desde arriba hacia abajo (5). Este tipo de relación se apoya en la normativa de participación elaborada desde la administración pública a partir de instrumentos como la institución de los Consejos de Desarrollo Local, la Ley de Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, el instructivo presidencial que mandata la creación de normas sectoriales para la participación ciudadana y la consecuente apropiación de dicho mandato por parte del Ministerio de Salud en la Norma de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud - Exenta N°31 del 19 de enero de 2015. Esta configuración normativa decanta en una serie de mecanismos de participación que deben ser puestos en marcha en los distintos centros de salud. La característica principal de esta relación es su gerencia vertical. Esta participación es administrada desde las instituciones mandatadas para el cumplimiento de la agenda gubernamental, bajo un esquema neoinstitucionalista centrado en las capacidades estatales y no en la comprensión/transformación de la experiencia social de las personas en el ámbito de la salud. Esto motiva el despliegue de una racionalidad managerial (6) que se provee de las ciencias sociales, de la administración y de las comunicaciones, para implementar una interfaz participativa con las personas bajo la categoría de “usuarios”, haciendo abstracción de las particularidades tanto médicas como socioeconómicas. Bajo esta perspectiva no hay usuarios

enfermos ni usuario pobres, sino simplemente un tipo específico de actor que entra en relación con los aparatos técnico-administrativos mandatados para conducir un modo transversal de política pública como es la participación ciudadana (7).

Así, paradójicamente, una búsqueda del ejercicio del derecho a la participación basada en la implementación de mecanismos de democracia deliberativa, en donde todos se reconocen como iguales (usuarios), puede estar negando la real posibilidad de participar. Aquí se vislumbra el peligro de la concepción liberal de sociedad civil, que concibe a los ciudadanos como usuarios informados que persiguen intereses individuales y que son depositarios de las mismas competencias para participar en los espacios públicos “ofrecidos” por servicios públicos y privados (8). Esto supone un tipo de gestión en manos de expertos, y cuyo proceso está más cerca de los dispositivos burocráticos del Estado que del trabajo comunitario, pasando por alto las condiciones de vida, las rutinas performativas, lenguajes, formas de citación (9), y las redes sociotécnicas específicas que constituyen a los sujetos en el plano de la salud, dificultando el reconocimiento de la experiencia social de las personas en la interfaz de participación ciudadana.

Esto está en íntima conexión con la forma en que nuestra sociedad, y las latinoamericanas en general, se han insertado en la modernidad. Araujo y Martuccelli (10) relevan la necesidad de comprender las particularidades del proceso de individuación en Chile y Latinoamérica, ya que este no responde al modelo clásico de individualismo institucional de las sociedades europeas y no ha transitado de la misma forma por la genealogía foucaultiana del poder. En aquel desarrollo se configuró una interfaz socio-estatal mucho más cohesionada que en sociedades como las latinoamericanas: por una parte, el Estado era mucho más fuerte en la regulación de las conductas pero, por otro lado, también más permeable a la ciudadanía que se desarrolla a su alero. En nuestra sociedad los individuos se posicionan en función de sus habilidades para lidiar con la vida social, y esta vida no se considera siempre organizada desde lo estatal, cuestión que pone en discusión la idea de una *gubernamentalidad* (11) chilena o latinoamericana. Incluso si se reconoce la existencia de instituciones de gobierno, estas no adhieren del todo a un programa de gobierno del individuo. En ese sentido, la relación de servicio es una innovación técnica del Estado, hibridada con una fuerte semántica de derechos. Estas innovaciones son siempre parciales y levantadas por

equipos o por ciertos liderazgos al interior de las instituciones, al mismo tiempo que son resistidas por otros funcionarios. Esto revela cómo las mismas instituciones, en especial en el sector de la salud, están formadas por *capas geológicas* que han sedimentado a lo largo de los diferentes proyectos de modernización del Estado y de sus políticas públicas (8). Conviven así, en ellas, distintas racionalidades y culturas con ideas de desarrollo y de gestión diversas, así como con diferentes imaginarios de la ciudadanía, lo que puede llevar a que, desde la experiencia social de las personas con las instituciones, la relación de servicio sea episódica y fragmentaria.

RELACIÓN TERAPÉUTICA

La participación en las decisiones terapéuticas ha corrido por un canal separado de la participación en la gestión pública que acabamos de describir. Esto es en gran parte explicado por la prerrogativa decisional que tienen los médicos en particular y las jerarquías de los profesionales de la salud, en general. La configuración de este espacio de encuentro entre profesionales de la salud y pacientes, ha carecido de reflexión en torno a su carácter de espacio público. Al contrario, constituido históricamente bajo el paradigma de la beneficencia, en hibridación con el paradigma científico, los espacios de salud pública han concebido la intervención y la producción de conocimiento del otro desde la asimetría y la prevalencia de un modelo estatal científico-burocrático (12), que ancla las decisiones de salud en modelos estadísticos, evidencias o protocolos alejados de la discusión ciudadana. Desde la época de post-guerra se comienza a romper la proximidad entre médico y paciente, celebrándose periódicamente y con mayor fuerza *el matrimonio entre medicina, biología e industria* (13). El nacimiento de la biomedicina marca una inflexión crucial en la relación terapéutica que estará, en adelante, determinada por la relación tecnológica, que describiremos en el apartado siguiente.

El tipo de participación que antecede a la biomedicina se relaciona con un contacto más cercano entre el médico, la identidad del paciente y sus condiciones de vida. Como señalamos, este antecedente marca la apertura a un trabajo clínico que no estaba sometido tan fuertemente a la presión asistencial y sanitaria de la gestión de la salud. Ahora bien, la existencia de una mayor proximidad entre profesional de la salud y paciente no establecía *ipso facto* un escenario plenamente

participativo. Aquí advertimos la distinta naturaleza de las relaciones que dan origen a la interfaz de la participación en salud que estamos describiendo: no se pueden superponer prácticas ni categorías analíticas desarrolladas al alero de relaciones distintas, a riesgo de adoptar un enfoque normativo que restrinja, a priori, la capacidad de comprender las múltiples interpelaciones a las que están sometidos los actores en esta interfaz.

La participación en el campo de la gestión de los programas de salud contiene interpelaciones del tipo *derechos de los pacientes*, cuyas definiciones y prácticas se ubican discursivamente en el plano terapéutico. Pero estas interpelaciones son extranjeras, provienen desde la relación de servicio que hemos descrito anteriormente, e intentan regular la relación terapéutica a través de instrumentos como protocolos de acción, metas y compromisos de gestión. La relación de servicio es, en este sentido, posterior a la relación terapéutica. La acción estatal influye así sobre la acción profesional y, a través de ella, sobre la experiencia de los pacientes en los dispositivos de salud. No son de extrañar las dificultades que tienen los profesionales de la salud para inscribir su quehacer en el marco de un espacio público participativo, al tener en cuenta que el espacio organizacional de la provisión de salud ha sido históricamente normado, primero, desde la beneficencia y luego desde la tecnología, siendo el hospital el escenario principal de puesta en obra de dichas racionalidades.

Aquí se hace muy pertinente la pregunta de David Armstrong: ¿Cuándo se puede comenzar a hablar de agencia de los pacientes? (14). Su recorrido, si bien es teórico, va develando cómo, desde la concepción parsoniana del rol de enfermo, que deja poco o ningún espacio a la idea de agencia autónoma de los pacientes, se ha ido abriendo a lo largo del siglo XX y hasta nuestros días un espacio, más bien de reflexión ética que de intervención práctica, que ubica al paciente en otro estatus dentro de los encuentros clínicos. En el encuentro clínico parece ineludible la delegación de ciertas decisiones en el profesional, lo que, por una parte, está ligado al tipo de afección que aqueja al paciente. Así, por ejemplo, los estados de trauma, delirio, u otros, dejan al paciente como un receptor de intervenciones. En otros casos, como el de infecciones agudas, se espera que el paciente coopere poniendo en práctica lo que se le prescribe. Finalmente, en estados crónicos el profesional debe ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo, lo que lo deja como un socio que recibe consejos de un profesional o equipo de salud (15).

Sin embargo, el continuo entre la delegación, la toma de decisiones compartidas y la autonomía de los pacientes, está situado en espacios organizacionales que constriñen tanto a los pacientes como a los profesionales en las posibilidades que tienen de reflexionar e interpelar al otro (14). En este punto se deja ver una capa fundamental de tensiones en la interfaz de participación, que devela el impacto de la relación de servicio, que gravita entre la administración y la gestión de la salud poblacional, en los encuentros clínicos. En consecuencia, el modelo de relación terapéutica no se establece únicamente desde la cualidad de la afección del paciente sino también desde la cualidad del dispositivo de salud en el que se recibe la atención.

La relación terapéutica tensiona la interfaz hacia nuevas preguntas que complementan la interrogante de Armstrong: ¿Cómo se puede promover nuevas agencias en los actores que componen la relación terapéutica? y ¿Cómo dicha agencia se logra orientar hacia la co-laboración en las distintas fases de los encuentros clínicos? Como señala Kottow la laguna que separa a pacientes y médicos es una laguna ética (16). Sin embargo, para salir del embrollo se requieren espacios distintos de encuentro que aquellos entregados por los actuales dispositivos de salud. Si los profesionales de la salud, no sólo los médicos, han ido perdiendo los espacios de reflexividad sobre su quehacer, del otro lado, también es necesario cuestionarse sobre la ética de los pacientes. La mecanización y tecnologización del ejercicio clínico va restando y caducando prácticas esenciales de escucha, acompañamiento y atención a las particularidades históricas, individuales y colectivas, del sufrimiento, el padecimiento o la enfermedad. La transformación de la provisión de salud en espacios y éticas de curación centradas en la producción de síntomas y diagnósticos rígidos, deja fuera razones, identidades y condiciones de vida que, como es sabido, explican de mejor forma la salud de las personas y comunidades. Esta no es sólo una determinación externa sino que responde también a los propios actores de la relación terapéutica, que han ido rigidizando sus expectativas y roles en el encuentro clínico.

RELACIÓN TECNOLÓGICA

La noción de paciente es bien ilustrada en el trabajo de Talcott Parsons sobre el *Sick role* (17), cuya definición hace referencia a una relación que establecen los *Enfermos* con el sistema social en

su totalidad, marcada por la despersonalización, la excepción de obligaciones sociales y la emergencia de expectativas generalizadas de recuperación. Desde este enfoque, el *Paciente* constituye un paréntesis en las funciones sociales que desempeña una persona, y que la mantienen integrada al sistema social, prevaleciendo la espera y la confianza de la sociedad completa en las actuaciones médicas y los intentos genuinos de la persona por mejorarse. Solo así se le permite al enfermo estar al margen de sus funciones laborales, educativas o domésticas. La pasividad del paciente en esta definición funcionalista de la relación terapéutica marca una asimetría de poder en el espacio de salud, asignando a los equipos médicos todo el conocimiento y el poder sobre las decisiones técnicas que deben ser tomadas ante una situación de enfermedad.

La pasividad del paciente en la relación terapéutica se sostiene en una definición del sujeto desvinculado de sus redes, reproduciendo un modelo organicista que no reconoce entidades sociales intermedias entre el sistema social en su totalidad y el sujeto. Desde la perspectiva de redes inaugurada por Georg Simmel (18), el individuo se construye en su tránsito permanente por distintos espacios sociales, cuyas normas, formas de control y autoridad, toman al sujeto siempre de manera parcial, en coordenadas espacio-temporales específicas. En una sociedad compleja, este tránsito marca la emergencia de un individuo, que, si bien experimenta distintos marcos normativos, nunca queda completamente tomado por alguno de ellos, en tanto es capaz de cambiar permanentemente sus espacios de interacción, y triangular saberes, técnicas, y la validez de una regla o norma en particular. En un estudio realizado por Rose Laub Coser (19), en torno a la hospitalización, esta autora señala que el proceso de alienación institucional del sujeto en el espacio médico se produce por una vuelta hacia el plano de las relaciones primarias, en que el entorno social amplio del sujeto se desdibuja (estado de excepción). Anulado en sus pertenencias múltiples, el sujeto se retrotrae a sus etapas primarias de socialización, marcadas por una concentración radical de la autoridad y el poder de decisión, y la mantención de una lógica afectiva familiar que busca regular de alguna forma el despliegue desmesurado de ese poder. La participación ciudadana, bajo esta comprensión, demanda una consideración específica en el campo de las relaciones terapéuticas, en tanto las pertenencias múltiples del individuo marcan la introducción de lógicas colectivas que complejizan

las decisiones de salud (20) y permiten al paciente adquirir una mirada individual, compleja y adulta frente al bienestar y el tratamiento de enfermedades o padecimientos.

Entre las lógicas colectivas que complejizan las relaciones terapéuticas desde el incremento de la participación ciudadana, se destaca la democratización de las decisiones técnicas basadas en evidencia científica. Michel Callon utiliza el concepto de “Democracia dialógica” (21) para describir un escenario en el que el conocimiento científico y la sociedad civil se reencuentran, configurando “Foros Híbridos” que permitan el encuentro de la ciudadanía con las formas de conocer el mundo que propone la ciencia y viceversa, distinguiendo y promoviendo una re-apropiación democrática de los efectos sociopolíticos y organizativos que devienen de las evidencias científicas.

Esta premisa de tránsito hacia una democracia dialógica coincide con los postulados de Nogueira (22) en términos de concebir a la sociedad civil como un *factor de reconstrucción ética y dialógica de la vida social*. Desde una mirada constructivista, la ciencia y la tecnología no son el producto de desarrollos lineales y deterministas, sino que responden a tensiones y consensos históricos, entre diversos intereses y formas interpretativas, que se materializan en evidencias y artefactos (23). En este sentido, las tecnologías médicas, y por cierto las técnicas terapéuticas, conservan en sus comprensiones y materialidades, una inmensa cantidad de supuestos y consensos sociales, culturales, políticos y económicos imbricados, que demandan una revisión ciudadana. Esta revisión “híbrida” busca socializar un entendimiento mutuo entre las ciencias y tecnologías médicas, y la ciudadanía, actualizando valores de bienestar, “buen vivir”, “vida saludable” (24) cuidado o trato, entre otros, que permiten sostener el campo de la salud como un espacio democrático, abierto a la discusión colectiva, y sensible a las complejidades y cambios sociales.

El ideal democratizador de la participación ciudadana en el campo de la salud supone la triangulación de la relación entre el paciente y el dispositivo médico, incorporando racionalidades colectivas dialógicas que articulan las experiencias sociales complejas del individuo con los sistemas de salud (intereses, identidades, normas, valores, etc.), suspendiendo la mirada funcionalista que dota de excepcionalidad el ámbito de las prácticas y el poder que se ejerce en el campo de la medicina. Para ello, es fundamental la apropiación tecnológica, o el desarrollo de tecnologías entrañables

(25), es decir, tecnologías que permiten la comprensión de la ciudadanía, y se empanan de valores democratizantes como es la disponibilidad, la polivalencia, la docilidad, la limitación, la reversibilidad, la recuperación, la comprensibilidad, la colaboración, la sostenibilidad y la responsabilidad social.

En Chile, un ejemplo de este tipo de acción ciudadana es la conmemoración del “Día internacional de protesta contra el tratamiento de electroshock”, cuyo objetivo es democratizar las técnicas que han derivado de una forma particular de concebir a los “locos” o las personas en situación de discapacidad mental, marcadas por la institucionalización, el aislamiento social, el desarraigo territorial, social, cultural, político y económico de las enfermedades de salud mental, y el despliegue de instrumentos de tratamiento rechazados por los usuarios como es el electroshock, la reducción física, el aislamiento espacial, el excesivo uso de medicamentos o la despersonalización del sujeto. En esta dimensión de la interfaz de participación ciudadana, las tecnologías y las materialidades de la medicina se ponen en el foco de una interpelección política y cultural que busca disminuir sus opacidades y reconstruir la historia de sus configuraciones específicas.

RELACIÓN ESPACIAL Y TERRITORIAL

Como hemos señalado en las descripciones de la relación terapéutica y tecnológica, el espacio es un elemento fundamental de conservación o subversión del estado actual de la interfaz de participación ciudadana. El box clínico opera en su materialidad una serie de consensos acerca del grado de cercanía que puede tener el médico con el paciente, los tiempos de atención, la confidencialidad de los diálogos, la disposición del médico a exponer sus gustos personales, la cantidad de acompañantes, la satisfacción del usuario con su atención, etc. En la medida en que estos espacios se construyen bajo una lógica managerial, que busca volver eficiente el uso del tiempo y el espacio, la capacidad de generar nuevas agencias se deprime. Así también ocurre en el campo tecnológico, en tanto los consensos históricos sobre la manera legítima de tratar una enfermedad se materializan en protocolos, instrumentos, formularios o máquinas que vuelven opaca la relación terapéutica. Como señalan Tirado y Domènech (26), los elementos extrasomáticos buscan volver repetitivas las acciones y decisiones humanas, y como tales, son objetos políticos que materializan

y revitalizan en el presente decisiones tomadas bajo esquemas de poder pasados.

En este sentido el espacio y las materialidades de los dispositivos de salud son fundamentales para comprender la interfaz de participación. Bajo esta racionalidad espacial, el territorio emerge como una capa específica de la participación ciudadana. La manera en que el dispositivo se ubica y define su entorno territorial marca su nivel de apertura a las particularidades y complejidades de la salud, así como también su capacidad de *enjambrar* (27) tecnologías de autogestión, autocuidado, cuidado comunitario, prevención colectiva, etc. En este sentido, la participación se ancla en el diálogo y la mutua transformación entre el dispositivo y el territorio.

Entendiendo esta relación de co-producción entre los dispositivos y el territorio, esta capa de la interfaz nos invita a abandonar una mirada naturalista, idealizada o simplificadora del territorio, para observar y comprender las formas de producción, apropiación, representación o significación de los espacios en los que se desarrolla la convivencia humana, y que expresan el bienestar o malestar de las comunidades (28). El territorio remite a una doble apropiación: por una parte, a lo largo del desarrollo de las políticas públicas, ha sido comprendido, desde la hegemonía de la racionalidad burocrática managerial, como una categoría de medición, división y delimitación de las actividades de salud pública, especialmente reservada para los procesos de focalización y evaluación de inversiones. Sin embargo, el territorio también es vivido por los pobladores. Es el espacio, el *mundo de la vida*, en el que se gesta la individuación sui generis latinoamericana: aquella que no responde a un programa institucional fuerte, sino que se forja más bien desde la capacidad de los individuos para integrarse normativamente con otros, para lidiar con los obstáculos del día a día. En este escenario, las políticas públicas son parte del paisaje y no se constituyen como protagonistas de la vida social (10). Se tejen así comunidades que mantiene vínculos difusos con los programas institucionales del Estado, ya que estos tienden a ser diseñados e implementados de espaldas a la comunidad, e incluso al margen de la perspectiva de los propios interventores sociales.

Las redes locales que emergen de este tipo de relación pueden derivar en espacios de clientelismo y manejo estratégico de comunidades para transformar prestaciones públicas en un capital político partidista (29). En este último caso, los *brokers* territoriales emergen como un degeneramiento de

la participación vecinal y el territorio se reduce a un escenario de intercambios instrumentales que favorecen la posición de poder de un determinado grupo de personas.

Un segundo momento del territorio en la interfaz de participación ciudadana en salud emerge de la mano de los transversales de política pública (7), también denominados enfoques de la política, que incorporan categorías de género, interculturalidad, intersectorialidad, participación, derechos, entre otros, y buscan posicionar discursivamente determinadas dimensiones de los fenómenos sociales abordados por el Estado. La importancia de los entornos, los contextos y los determinantes sociales de la salud impacta en los transversales de la política de salud, motivando una mayor consideración por las particularidades de los territorios y las comunidades (28). Este enfoque ha motivado que los centros de salud integren nuevas misiones, anexas a la provisión de atención profesional. Bajo este modelo, llamado en Estados Unidos, *Anchor Mission* o *misión de enraizamiento*, los establecimientos de salud ponen a disposición de la comunidad todos los recursos que tienen, incluso aquellos no necesariamente clínicos como recursos económicos y humanos, a través de iniciativas para mejorar la salud desde sus determinantes sociales y ya no solamente desde la lógica de la prevención o curación de enfermedades (30).

En este sentido, el emplazamiento de un centro de salud tiende a desbordar la lógica managerial, poniendo en el centro de la interfaz las relaciones territoriales. Sin embargo, este modelo, desarrollado en contextos de subsidiaridad del Estado, más que poner en discusión lo que es salud y enfermedad, apunta a abrir otros medios de acción para la racionalidad sanitaria. Así, la misión biomédica puede permanecer intacta, acompañada ahora por otras misiones complementarias. La interrogante es si el fortalecimiento de la relación territorial a través de este modelo mantiene la hegemonía de la biomedicina, relegando los fenómenos sociales, culturales, psicológicos, y por cierto territoriales, a comprensiones auxiliares que no modifican la forma de administrar las enfermedades y los procesos de recuperación (31). La relación territorial perdería así su potencial de movilizar efectivamente un cambio en la agencia de los actores de la salud.

Finalmente, la geografía crítica (Soja, Lefebvre y Harvey, entre otros) constituye un tercer escenario en el que el territorio se constituye efectivamente como un movilizador de cambios sustanciales en la interfaz de participación ciudadana, instalando

la pregunta por los fenómenos que emergen de una relación situada entre los cuerpos, las mentes y los territorios. La geografía crítica busca deconstruir la enfermedad y ponerla en diálogo con las trayectorias, las relaciones, las materialidades, las historias o significados presentes en el territorio, incorporando nuevas miradas acerca del malestar, al padecimiento, el deterioro o la protección de la salud de las personas (28). En este sentido, la racionalidad territorial busca desplazar la mirada managerial y tecnocrática de la salud, para revalorizar las prácticas y significados de las personas y comunidades frente al bienestar, el sufrimiento, el malestar o el buen vivir, entendiendo que el espacio histórico que habitan es determinante en el tipo de relación que establecen con sus cuerpos.

CONCLUSIONES

La interfaz de participación ciudadana en salud que hemos revisado en el presente artículo, está configurada en diversos niveles por relaciones burocráticas, profesionales, tecnológicas y espaciales marcadas por la multiplicidad y heterogeneidad de sus prácticas, lenguajes, racionalidades y dinámicas de poder. Cada una de estas capas de la interfaz da cuenta de la complejidad de la participación ciudadana, la imposibilidad de abordarla como una cuestión puramente técnica, y la necesidad de reconocer los espacios de creatividad dispersa y artesanal de resistencia frente a las racionalidades que traducen y hegemonizan la categoría de participación en cada una de sus vertientes relacionales. Ya sea en las oficinas burocráticas, en los box de atención, en la búsqueda de alternativas terapéuticas o en la interacción comunitaria, nos encontramos con tácticas de resistencia, que utilizan pequeños fragmentos de tiempo y espacio para inhabilitar los mecanismos que modelan y restringen las posibilidades de reflexión, cuestionamiento, responsabilización y colaboración en el campo de la salud. A esto se refiere Michel de Certeau con microresistencia o microlibertades (32), cuya relevancia para la interfaz de participación ciudadana se relaciona con la mantención permanente de un excedente de sentido y posibilidad de acción, que en determinadas circunstancias puede subvertir el estado actual del discurso y las prácticas de la participación ciudadana.

Es muy difícil seguir las huellas de estas microresistencia, puesto que constituyen ejercicios re-interpretativos (33) en el lugar que (re)produce otro; otro que domina las reglas del juego. Como hemos visto, la racionalidad de la gestión, que

mantiene la interfaz de participación en un plano retórico, sin tocar los fundamentos de un proceso democratizador efectivo en el campo de la salud, logra materializarse en una serie de discursos, instrumentos, objetos, congresos, manuales, protocolos e incluso las espacialidades de la salud, obturando relaciones históricas que conservan el estado actual de las agencias del usuario, del médico, del burócrata, del familiar, y de todos los actores involucrados en el fenómeno de la salud. Por su parte, las tácticas de resistencia, de un médico que se toma el tiempo para escuchar, para visitar los territorios, de un usuario que se interesa por conocer en profundidad las aristas de la enfermedad y colabora con el médico en la búsqueda de tratamientos adecuados a sus particularidades, de familiares involucrados dispuestos a aprender y aportar al desarrollo de nuevas técnicas de cuidado, etc. constituyen prácticas que no se materializan, en tanto no logran ejercer el poder necesario para inscribir nuevos objetos en la interfaz.

Siguiendo la reflexión de Armstrong (14) notamos que la construcción de lo que hoy conocemos como pacientes es el resultado de una serie de diseños tanto organizacionales como relacionales en los que los mismos pacientes han tenido limitadas oportunidades de participar. Este punto es fundamental, en tanto las interfaces motivan fenómenos de individuación que en muchos casos operan como un Looping Effect (34), es decir, cambios en la manera en que los usuarios se relacionan consigo mismos sobre la base de las definiciones y técnicas estandarizadas en un espacio de salud. Los usuarios asumen las categorías presentes en la interfaz de participación ciudadana y tienden a ajustar su campo de prácticas en función de una definición de sí mismos como receptores pasivos, con conocimientos técnicos insuficientes para colaborar activamente en los dispositivos de salud.

Finalmente, cabe destacar que el concepto de interfaz ofrece un énfasis relacional cercano a la sociología de la traducción o de las asociaciones (35), cuyo valor de análisis se ubica en la posibilidad de rastrear las entidades, agencias, y los ejercicios de traducción que derivan en la hegemonización de una política pública, como es la de participación ciudadana en el campo de la salud. En este sentido, es fundamental abandonar una mirada neutral, pseudo-técnica, pseudo-científica, de las políticas públicas, y comenzar a abordarlas en su dimensión compleja, histórica, cambiante y en permanente tensión. Como señala Shore y Wright (36), *las políticas públicas pueden ser leídas de*

diversas maneras: como textos culturales, dispositivos de clasificación, narrativas que justifican o condenan el presente, dispositivos retóricos o formaciones discursivas que funcionan para empoderar a algunas personas y silenciar a otras. En este sentido, el ejercicio de desgranar las interfaces relacionales en las que operan estas políticas constituye un ejercicio democratizante, en el sentido de contactar las políticas con su condición híbrida, cultural, política, histórica, intencionada, y, luego, permitir un posicionamiento efectivo de la ciudadanía frente a estos dispositivos.

REFERENCIAS

1. Delamaza R., Montecinos C., Ochsenius C. Redes de política pública y agendas de participación ciudadana en el Chile posttransicional ¿Desafiando la política o recreando sus límites?. *Gestión y Política Pública*. 2012; 21 (1)
2. Anigstein, M. Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista Mad*. 2008, 19: 77-88.
3. Long, N. The multiple optic of interface analysis. UNESCO Background Paper on Interface Analysis. Wageningen University. 1999.
4. Castro-Gómez S. Historia de la gubernamentalidad: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2010.
5. Geva-May, I. (ed.) *Thinking Like a Policy Analyst*. New York: Basingstoke, Palgrave MacMillan; 2005.
6. Alonso L., Fernández C. El imaginario managerial: El discurso de la fluidez en la sociedad económica. *Política y Sociedad*. 43 (2):127-151.
7. Serra, A. La gestión transversal. Expectativas y resultados. *Reforma y Democracia*. 2005, 32: 1-17.
8. Delamaza G. Enhancing democracy. Public policies and citizen participation in Chile. New York: Berghahn Books; 2015.
9. Butler J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós; 2002.
10. Araujo, K. Martuccelli, D. Beyond Institutional individualism: Agentic individualism and the individuation process un Chilean society. *Current Sociology*. 2014, 64(1): 24-40.
11. Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2007.
12. Ramos-Zincke C. Datos y relatos de la ciencia social como componentes de la producción de realidad social. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. 2014; 21 (66): 151-177.
13. Kottow M. La enseñanza de una bioética proximal. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2015, 15(2): 14-25.
14. Armstrong D. Actors, patients and agency: a recent history. *Sociology of Health and Illness*. 2014, 36(2): 163-174.
15. Szasz Th., Hollender M. A Contribution to the Philosophy of medicine. The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med*. 1956; 97(5): 585-592.
16. Kottow M. *El Paciente. La medicina cuestionada. Un testimonio*. Santiago de Chile: Ocho Libros, 2014.
17. Parsons T. The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *Health and Society*. 1975; 33 (3): 257-278.
18. Simmel G. *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 2000.
19. Laub R. The Complexity of Roles as Seedbed of Individual Autonomy. En: Laub, R. (ed). *The Idea of Social Structure: Essays in Honor of Robert Merton*. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1975.
20. Barone A, Yoels W, Clair J. How Physicians View Caregivers: Simmel in the Examination Room. *Sociological Perspectives*. 1999; 42(4): 673-690.
21. Callon, M; Lascoumes, P; Barthe, Y. *Acting in an uncertain world. An essay on technical democracy*. Massachusetts: Institute of Technology; 2009.
22. Nogueira M. La sociedad civil como campo de luchas, como recurso gerencial y como espacio ético. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. 2003; 25.
23. Pinch T, Bijker W. The Social Construction of Facts and Artefacts: Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other. *Social Studies of Science*. 1984; 14(3): 399-441.
24. Korp, P. The symbolic power of 'healthy lifestyles'. *Health Sociology Review*. 2008; 17: 18-26.
25. Quintanilla, M; Parselis, M; Sandrone, D; Lawler, D. *Tecnologías entrañables*. Madrid: Catarata; 2017.
26. Tirado F, Domènech M. Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red. *Revista de Antropología Iberoamericana, Ed. Electrónica*. 2005; 1-26.
27. Foucault M. *Vigilar y castigar: Nacimiento*

de la prisión. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2008.

28. Borde E, Torres M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017; 41: 264-275.

29. Arriagada E. El intercambio de bienes simbólicos: fundamento de los vínculos clientelares. VI Mesa Hispana para el análisis de redes sociales. En: XXVIII International Sunbelt Social Network Conference. St. Pete Beach, Florida; 2008.

30. Norris T. Can Hospitals Heal America's Communities? "All in for Mission" is the Emerging Model for Impact. Democracy Collaborative [Internet]. 2015 [Consultado en junio de 2018] Disponible en: <https://democracycollaborative.org/sites/clone.communitywealth.org/files/downloads/CanHospitalsHealAmericasCommunities.pdf>.

31. Berg M, Mol A. Differences in medicine: Unraveling practices, techniques and bodies. Durham and London: Duke University Press; 1998.

32. Certeau M. La invención de lo cotidiano. México, D.F.: Universidad Iberoamericana; 2000.

33. Dosse F. Michel de Certeau: El caminante herido. México, D.F.: Universidad Iberoamericana; 2003.

34. Hacking I. The looping effect of human kinds. En: Sperber, D; Premack, D; Premack A. (eds) Causal cognition: a multidisciplinary debate. Oxford: Oxford University Press. 2005; 351-83.

35. Latour B. Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires: Ediciones Manantial; 2008.

36. Shore C, Wright S. Anthropology of Policy: Critical perspectives on governance and power. Taylor & Francis e-Library; 2005.