



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Actividad Profesional e Integridad Mental en un Grupo de Trabajadores de Salud Pública: Un Análisis de Clínicas del Trabajo**

**Natalia Andrea Rubio Castro**

Universidad Nacional de Colombia

Departamento de Salud Pública

Facultad de Medicina

Bogotá, D.C., Colombia

2017



# **Actividad Profesional e Integridad Mental en un Grupo de Trabajadores de Salud Pública: Un Análisis de Clínicas del Trabajo**

**Natalia Andrea Rubio Castro**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:  
**Magíster en Salud Pública**

Director (a):

PhD. Jairo Ernesto Luna García

Línea de Investigación:

Salud Ambiental y Laboral

Grupo de Investigación:

Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social

Universidad Nacional de Colombia

Departamento de Salud Pública

Facultad de Medicina

Bogotá, D.C., Colombia

2017



*Si alguien pregunta díganle  
aquí no pasa nada, no es más que la vida.*

***Eliseo Diego***

*¡Ay! ¡Aquí está la vida!  
Repartida, en astillas, en pedazos,  
inasible, rodante, fugitiva,  
oscura, impredecible, cotidiana  
(cual discreta vecina que saluda  
—por costumbre quizás— cada mañana).  
¡Ay! Aquí está la vida y yo viviendo.  
Y detrás va la muerte agazapada.*

***Piedad Bonnett***

*A mis papás*

# Agradecimientos

A los trabajadores de la Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que accedieron a participar en esta investigación. A ellos, por su buena voluntad y disposición para compartir sus vivencias en un ejercicio que fuera desconocido para todos, pero particularmente por su completa entrega al trabajo que realizan a diario para mejorar las condiciones de salud y de vida de los bogotanos.

A los profesionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que creyeron y le apostaron a esta investigación, en particular a Solángel García, Yazmín Puerto, Rosa Malambo y Nancy Becerra del área de Investigaciones y Cooperación, quienes contribuyeron con todo el apoyo administrativo en la institución para que este proyecto pudiera llevarse a cabo.

Al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), a la División de Investigación de la Sede Bogotá y a la Vicedecanatura de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, quienes financiaron el desarrollo de este estudio a través de la *Convocatoria Nacional Jóvenes Investigadores e Innovadores, 2015*; especialmente agradecida con los profesionales Albeiro Castro y Marcela Garzón quienes siempre estuvieron dispuestos a colaborar con todos los trámites académicos y administrativos pertinentes.

A mi director, profesor Jairo Ernesto Luna, por su confianza y orientación durante los últimos cinco años. A él, inmensa gratitud por creer en mí y en esta investigación, guiarme con paciencia y respaldarme siempre en todas las locuras académicas que significó este proceso.

Al profesor Thiago Drumond Moraes, quien desde la distancia y a pesar de las barreras lingüísticas se atrevió a contribuir con esta investigación, todo el tiempo dispuesto a ayudarme

y a responder mis dudas sólo con el compromiso de la vocación docente. Para él todo mi afecto y gratitud.

A Luisa Fernanda Delgado y a Iasmin Libalde Nascimento, colegas y compañeras que estuvieron presentes cuando más necesite de su orientación y de su experiencia. A ellas, gracias por su tiempo, dedicación y apoyo.

A mi familia y amigos, por su respaldo incondicional.

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar la actividad profesional de cuatro trabajadores de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y comprender cómo esta se relaciona con su integridad mental o sufrimiento. Se efectuó un análisis desde las Clínicas de Trabajo, específicamente en las perspectivas de la Ergología y de la Clínica de Actividad, para conseguir una aproximación efectiva a la subjetividad en el trabajo, reconociendo la complejidad de la actividad a través de la voz de los trabajadores.

Organizamos catorce sesiones junto con los participantes, utilizando la técnica “Instrucciones al doble” para dar la oportunidad de discutir sobre las tareas que enfrentan a diario, así como los obstáculos y las estrategias que establecen para resolverlas. Se empleó el análisis del discurso sugerido por Y. Clot, que nos permite interpretar las narrativas de acuerdo con nuestra postura epistemológica, y evidenciar el desarrollo del proceso de pensamiento de los trabajadores.

Los resultados sugieren que la actividad real del trabajador de salud pública está compuesta por muchas normas en al menos tres niveles: institucional, organizacional e individual; con conflictos entre ellos, los cuales solo pueden resolverse cuando el trabajador tiene la capacidad de ajustar y recrear aquellas normas. Además, encontramos que las formas de sufrimiento son compartidas por los trabajadores, pero la renormatización se vive sola y difícilmente contribuye a la memoria del grupo; esto se debe a la fragmentación del colectivo de trabajo. Para finalizar, observamos que el trabajo puede ser fuente de sufrimiento, tanto como de integridad mental, y esto se debe a la complejidad de la actividad, siendo la transición entre ambos necesaria para el desarrollo de la subjetividad.

**Palabras clave: trabajador, subjetividad, ergología, clínica de la actividad, psicología del trabajo**

## Abstract

The objective of this research was to analyze the professional activity of four public health workers of the Bogota District Health Secretariat, and to understand how it was related with their mental integrity or suffering. We used a Work Clinics analysis, specifically from the Ergology and the Activity Clinic perspectives, in order to get an effective approach to the subjectivity at work, recognizing the complexity of the activity through the voice of the workers.

We organized fourteen sessions along with the participants, using the “Instructions to the lookalike” technique to provide the opportunity to discuss about the tasks they face daily, as well as the obstacles and strategies they establish to deal with them. We use the speech analysis suggested by Y. Clot, which allows us to interpret the narratives in accordance with our epistemological standing, and to show the development of the thinking process of the workers.

Results suggest that the real activity of the public health worker is compound by lots of norms in at least three levels: institutional, organizational and individual; with conflicts among them, which only can be solved when the worker has the capacity of adjusting and recreating those norms. Also, we found that suffering ways are shared by the workers, but the renormatization is lived alone and it hardly ever contribute to the memory of the group; this is because of the breaking of the working collective. To finish, we observed that work could be source of suffering as well as mental integrity, and this is due to the complexity of the activity, being the transition between both necessary for the development of subjectivity.

**Keywords: worker, subjectivity, ergology, activity clinic, work psychology**

# Contenido

	Pág.
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>VII</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>X</b>
<b>Contenido</b> .....	<b>XI</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Entre funciones y decisiones: roles del salubrista en Colombia</b> .....	<b>5</b>
1.1. De higienistas a salubristas.....	6
1.2. En búsqueda de un sistema único e integrado de salud.....	14
1.3. La salud pública en el neoliberalismo.....	21
1.4. La actividad del profesional de la salud pública en Bogotá.....	29
<b>2. La restitución del trabajo vivo</b> .....	<b>31</b>
2.1. Situando un punto de partida .....	32
2.2. La vida en actos: la actividad como unidad sintética.....	35
2.2.1. La distancia en el centro de la actividad .....	39
2.2.2. La singularidad de la distancia.....	41
2.3. Las dramáticas del sujeto.....	43
2.3.1. El cuerpo-sí en actividad realizada y en actividad impedida .....	43
2.3.2. Los conflictos vitales .....	47
2.4. El precio de los debates de normas y de valores.....	49
2.4.1. Hacia un concepto de la integridad psíquica.....	49
2.4.2. Del sufrimiento o malestar en el trabajo .....	52
2.5. El trabajo investigativo como actividad.....	55
2.5.1. “Si tú fueras mi hermano gemelo...” .....	57
<b>3. El punto de vista de la actividad</b> .....	<b>63</b>
3.1. Una inmersión en la actividad del salubrista.....	64
3.1.1. Cualquier obra se enmarca en un escenario .....	64
3.1.2. Un único acto con escenas simultáneas: Salud Pública en el Distrito .....	69

3.1.3.	En el núcleo de las dramáticas del trabajador de la salud pública.....	79
3.2.	Tras los rastros de la actividad en el cuerpo-sí.....	83
3.2.1.	Las modalidades de la actividad impedida .....	83
3.2.2.	La reconstrucción de la actividad por medio del uso de sí.....	89
<b>4.</b>	<b>Consideraciones finales .....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo A:</b>	<b>Consentimiento Informado .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo B:</b>	<b>Glosario.....</b>	<b>105</b>
<b>Referencias</b>	<b>.....</b>	<b>109</b>

# Introducción

Mis piezas primero son sufridas,  
después escritas y después construidas.  
La construcción viene en el último lugar.  
Sólo escribo lo que viví, sentí y sufrí en la propia piel  
o desbordando dentro de la corriente humana,  
aun cuando mis problemas están superados.  
La verdad es siempre la mayor protesta.

*Clarice Lispector, «Lo que me dijo Pedro Bloch».*

Esta investigación surge y se enmarca en lo que Durrive y Schwartz (2008) denominan *inconfort intellectuel*. Este término puede entenderse como una situación de incomodidad que conduce al investigador y al trabajador a crear nuevas comprensiones de la realidad, transgrediendo el plano de los saberes magistrales que intentan explicar y delimitar cualquier forma de actividad.

En mi ejercicio como psicóloga en el área de la salud de los trabajadores he tenido la oportunidad de acercarme a muchos escenarios laborales, conociendo los contextos más diversos en los que se desarrollan varias ocupaciones en el país. Esas experiencias, enriquecedoras de mi profesión, generaron una primera sensación de inquietud al conducirme al reconocimiento de la insuficiencia de mis conocimientos disciplinares frente a las realidades diversas de los trabajadores. El desafío de la articulación entre lo teórico y lo práctico —que abruma, pero también moviliza— me mantuvo cerca de la academia con la intención de encontrar alternativas frente al propósito de mejorar las condiciones laborales y de salud de los trabajadores para quienes yo trabajaba.

Pero más importante que eso, fue la posibilidad que mi profesión me dio para compartir con los actores del trabajo, para dialogar con las personas que a diario se entregan a su ocupación. Gracias a ellos pude comprobar que la función laboral era más que un hábito necesario para sobrevivir —aunque, paradójicamente, también podía destruir—; sino que se trataba de un

determinante de la subjetividad, no sólo porque pone a prueba nuestro ser a cada segundo, sino porque da sentido a la vida. Fueron las experiencias de esos trabajadores, a quienes además de mi formación continua como psicóloga debo también parte de mi desarrollo personal, las que me llevaron este proceso para rescatar los otros sentidos de la vivencia del trabajo.

Esa necesidad de salir de la “torre de marfil de la intelectualidad racional” (Durrive & Schwartz, 2008, p. 24) fue, entonces, producto de mi trayectoria laboral en la comprensión de la salud de los trabajadores, pero también de cómo esa trayectoria transformó mi propia vivencia del trabajo como psicóloga. Con esa sensación de *malestar intelectual*, y sin saber todavía que en Francia se llamaba así, tuve la afortunada coincidencia de encontrarme con las Clínicas del Trabajo durante mi primer año de maestría. La propuesta, más de orden filosófico que simplemente teórico o metodológico, implicó un reto importante para mí como investigadora, en la medida en que requería adentrarme en un campo que hasta entonces me era completamente desconocido —y además venía siendo construido en idiomas que yo no dominaba.

La decisión de desarrollar esta perspectiva con un grupo de trabajadores de salud pública se dio por razones coyunturales, pues ellos habían sido parte de mi población de análisis durante mis estudios como especialista. Hoy más que nunca creo que esa coincidencia también fue bastante oportuna, no sólo porque esta investigación me permitió conocer trabajadores extraordinarios, sino porque también entendí que muchas de las realidades a las que yo me enfrentaba profesionalmente podían ser transformadas con mejores políticas públicas, enfocando los esfuerzos en los colectivos. Y, después de todo, estos encuentros me permitieron acercarme a los saberes experienciales de la formación que actualmente recibo.

En el primer capítulo, se esbozan las transformaciones en el quehacer del salubrista en Colombia. En un análisis que toma elementos de autores que ya han revisado este tema desde una perspectiva sociohistórica, se describe la configuración de la salud pública en el marco de los sistemas sanitarios en el país. En esta parte, se presenta un contexto amplio, pero siempre con énfasis en los trabajadores de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá o de quien haga sus veces. Este planteamiento no sólo busca comprender mejor los antecedentes de la entidad

rectora en salud, sino que permite una aproximación inicial a los desafíos del ejercicio profesional en la institución. Al finalizar ese apartado, se exponen los objetivos de este estudio.

En el segundo capítulo, se presentan todos los ingredientes que definen esta perspectiva de las Clínicas del Trabajo. Se retoman los principios compartidos y las divergencias de las cuatro teorías que conforman las clínicas, para posteriormente entrar en detalle en las dos posturas sobre las que cuales se sustentará este trabajo: la ergología y la clínica de la actividad. Se dejan planteados los elementos suficientes para entender su comprensión de la actividad de trabajo, del sujeto, y de la salud o de la integridad. Este aparte concluye con una elaboración de los aspectos metodológicos y de la técnica específica que fue empleada.

En el tercer capítulo están los resultados y los análisis de las narrativas que fueron obtenidas a partir de los encuentros los trabajadores de la Secretaría de Salud de Bogotá. Esta sección se divide en dos partes. En la primera mitad, se discuten los distintos conflictos que suscita la actividad profesional cuando entran en juego las distintas normas antecedentes, desde las más generales hasta las más particulares. En el resto del apartado, se presentan las distintas formas de resolución de dichos conflictos, con sus consecuentes costos o aportes a la integridad mental de los trabajadores. A lo largo de todo el capítulo se revelan fragmentos de los encuentros que permiten ilustrar en mayor detalle los análisis elaborados.

En la última sección, se reconstruyen unas consideraciones producto del análisis de la actividad de los trabajadores de salud pública, en conjunto con una reflexión emergente de la propia actividad investigativa que representa este trabajo. Más que concluir, este último título pretende dejar constancia de varias de las preocupaciones y pensamientos que sugirió este proceso.

En síntesis, este documento se trata de cómo las lecturas y relecturas, y los diálogos con los trabajadores condujeron a una mejor comprensión de la actividad del profesional en salud pública; de cómo sus vivencias y experiencias pueden ser favorecedoras o no del desarrollo de la subjetividad; y, por supuesto, de cómo este ejercicio mismo permitió mi propia transformación como psicóloga, investigadora y trabajadora.



# 1. Entre funciones y decisiones: roles del salubrista en Colombia

La frase “todo tiempo pasado fue mejor” no indica que antes sucedieran menos cosas malas, sino que —felizmente— la gente las echa en el olvido.

*Ernesto Sabato, «El túnel».*

Para comprender mejor una actividad profesional, esto es, las diversas interacciones entre el trabajo y el trabajador, es indispensable reconocer que, cualquiera que ésta sea, siempre se desenvuelve en un escenario inmediato —llámese organización, entidad, empresa— con unos objetivos y métodos particulares configurados en gran medida por circunstancias sociopolíticas y económicas. Las políticas públicas son las estrategias que los gobiernos adoptan para afrontar dichas circunstancias y que sumadas a los conflictos internos entre los distintos actores terminan orientando el funcionamiento de las organizaciones y de los trabajadores, ejes fundamentales de los estados modernos.

El anterior argumento es más que válido para los trabajadores del sector sanitario. Si bien podría pensarse que su misión profesional se ha enfocado en mejorar y mantener las condiciones de salud de los individuos y de las sociedades, también es cierto que dicho objetivo varía en sus metas y sus modos —creando cambios en las condiciones laborales de estos profesionales— en función de la organización del sistema sanitario, cuyas disposiciones no sólo vienen puntualizadas por un ordenamiento jurídico motivado por avances técnicos y mejores saberes, sino que dependen del modelo de salud que se emplee, del grado de madurez institucional que posean las regiones, de las necesidades económicas y políticas que se planteen como prioritarias y, por supuesto, del papel que jueguen los distintos grupos sociales en el establecimiento de las políticas (Hernández Álvarez, 2002b). Prueba de lo anterior son los roles múltiples que han adoptado los salubristas y los desafíos a los que se han enfrentado

a lo largo de la historia de Colombia, varios de los cuales ya han sido documentados por algunos autores y se presentarán a continuación.

## 1.1. De higienistas a salubristas

A inicios del siglo veinte, por ejemplo, las funciones del Estado en términos de la salud de los ciudadanos estaban claramente limitadas a cuatro áreas principales bajo un concepto de policía sanitaria: control de aguas potables y de alimentos, control sanitario de ciudades e instalaciones públicas, parasitología y vacunación, y sanidad portuaria y control de plagas y epidemias, todas acciones a cargo de la Junta Central de Higiene (JCH) que había sido creada en 1886 junto con sus respectivas entidades departamentales (Forero Caballero, 2011). Estas prioridades estaban dadas por los intereses precapitalistas del Estado de ingresar a la economía mundial como agroexportador, lo cual significaba dar énfasis a las políticas que respondían a las exigencias internacionales y a las de la burguesía cafetera. Por otra parte, cualquier evento que estuviera por fuera de dichos campos correspondía a la beneficencia y a la atención privada, quedando en gran medida en manos de la caridad religiosa (Hernández Álvarez, 2002a; Quevedo, 2000), o de los teguas o de los boticarios (Forero Caballero, 2011).

Coherente con un país que desde hacía relativamente poco aprendía qué significaba tener un sistema centralizado, esta incipiente organización sanitaria buscaba que las Juntas Departamentales de Higiene funcionaran y cooperaran orientadas por la JCH como organismo rector. Esta configuración sería bastante marcada en Cundinamarca y Bogotá, donde las funciones locales fueron asumidas por la Oficina de Sanidad, una entidad directamente subordinada a la JCH y estructurada a partir de dos grandes ejes: administración sanitaria y asistencia pública. A la administración sanitaria respondían cuatro secciones, a saber, Inspección Técnica de Higiene, Servicio de Desinfección, Vacunación y Laboratorio Municipal; mientras que las actividades de asistencia pública se focalizaban en la administración de un hospital y de una clínica especializados en enfermedades de alta incidencia y cuyos servicios eran principalmente para personas sin recursos (Pulgarín Reyes, 2007).

Este sistema, que a través de sus instituciones daba un peso importante al mejoramiento de las condiciones ambientales, era concebido como una adaptación de los modelos higienistas británico y francés a nuestro país, los cuales se constituían en ese entonces como los de respuestas más eficaces a las distintas problemáticas en salud de las poblaciones (Quevedo,

2000); sin embargo, su funcionamiento se vería obstaculizado de diversas formas. Para empezar, una asignación precaria de presupuesto dificultaba la implementación de proyectos de ingeniería sanitaria. A esto se suman los conflictos entre la JCH y las Juntas Departamentales, dado que estas últimas demandaban autonomía en el uso de sus recursos dentro de sus territorios (Hernández Álvarez, 2002a); también la incapacidad jurídica de la JCH para reglamentar normativas nacionales (Téllez Pedroza, 2011); y, finalmente, una resistencia generalizada por parte de los campesinos y ciudadanos de clases populares a que sus prácticas tradicionales de medicina fueran reemplazadas (Forero Caballero, 2011). Entre 1913 y 1914, a través de distintos actos legislativos, se consiguió dotar a la entidad de diferentes herramientas que le permitieran disponer de un presupuesto propio y de funciones legislativas (Quevedo & Quevedo, 2001), precedentes que llevarían a la creación de la Dirección Nacional de Higiene (DNH) en 1918. No obstante, ni esta institucionalización ni mantener a los médicos investidos con autoridad policiva fueron suficientes para crear una conciencia colectiva de prácticas salubres, pues muchas medidas de sanidad seguían sin ser acatadas (Pulgarín Reyes, 2007).

Pese a que en esta época, en Europa, ya se habían identificado a los microorganismos como agentes causales de algunas enfermedades, las aplicaciones prácticas de la bacteriología y la parasitología sólo vinieron a implementarse masivamente en Colombia debido al impulso norteamericano de la Fundación Rockefeller (Quevedo, 2000). El liderazgo de esta entidad, una organización filantrópica que invertía en salud a cambio de disminuir sus impuestos en Estados Unidos, permitió que Colombia fuera transformando lentamente su modelo higienista a un modelo de salud pública (Téllez Pedroza, 2011), dando así respuesta a las solicitudes de Estados Unidos, principal comprador de café e inversionista del petróleo, quien exigía acciones para que a su territorio no ingresaran enfermedades provenientes de los países donde desarrollaba sus negocios (Hernández Álvarez, 2002a).

La Fundación Rockefeller asumió entre 1920 y 1930 buena parte de las funciones técnicas y de tratamiento que le correspondían a la DNH, esperando devolverlas paulatinamente una vez el Estado pudiera encargarse por sí solo (Téllez Pedroza, 2011). Esto representó un gran empuje a las obras de ingeniería para tratamiento y conducción de aguas, saneamiento de suelos y control de basuras; programas de detección temprana y atención de enfermedades endémicas transmisibles (Hernández Álvarez, 2002a); campañas erradicatorias para las

enfermedades producidas por vectores; acciones de preparación de vacunas y sueros a través de la adquisición y administración de laboratorios (Quevedo & Quevedo, 2001); entre otras. Como se puede observar, los roles del profesional sanitario iban ampliándose, pero también es cierto que las prioridades variaban según el ministerio al que perteneciera la DNH.

En su creación, la DNH estuvo adscrita al Ministerio de Instrucción Pública. Esto está bastante relacionado con una concepción moralista de la higiene que promulgaba su educación como único modo de progreso, ya que permitía ‘transformar’ las mentes incivilizadas del pueblo; de manera que, durante su vinculación a este ministerio, muchas de las acciones del organismo se encaminaron con gran énfasis en campañas educativas y en prácticas pedagógicas, especialmente en las escuelas (Hernández Álvarez, 2002a; Pulgarín Reyes, 2007; Eslava, 2004, citado por Téllez Pedroza, 2011).

Con el impacto político de la burguesía cafetera en la toma de decisiones gubernamentales, la máxima entidad sanitaria estuvo por unos años a cargo del Ministerio de Agricultura y Comercio. Claramente, los intereses apuntaban a otra parte, hecho que permitió una mayor atención a las actividades que favorecieran el desarrollo agrícola como los ya mencionados proyectos de saneamiento de aguas y suelos, así como énfasis en las epidemias que aquejaban a los caficultores (Hernández Álvarez, 2002a; Eslava, 2004, citado por Téllez Pedroza, 2011).

Ese vaivén entre uno y otro ministerio, con las implicaciones ya señaladas, indicaba la necesidad urgente de una estructura organizacional más autónoma para el manejo de las cuestiones de salud. Desde 1925 hasta 1938 fueron varios los intentos por crear un ministerio que articulara toda la política sanitaria, incluyendo atención a enfermos y todo lo relacionado con seguridad social (Hernández Álvarez, 2002d; Téllez Pedroza, 2011). Sin embargo, además del factor económico, esta iniciativa se encontró con varios inconvenientes para su ejecución. En primer lugar, reclamar la asistencia pública como deber del Estado significaba retirar a la Iglesia y demás actores privados de la beneficencia, es decir, negarlos como propietarios de los espacios y como administradores de los recursos. Esta situación iba de la mano con la segunda dificultad: dicha reorganización también ratificaba pérdida de poder y autonomía a los entes regionales, quienes ahora deberían rendir cuentas a la dependencia central. Finalmente, estaban los médicos que ejercían de manera privada su profesión y habían creado una forma de trabajo en convenios con empresas y en prestación de servicios a personas con recursos.

En resumen, dicha centralización implicaba una articulación de varios campos de la salud que venían funcionando con distintas lógicas: higiene, asistencia pública, asistencia privada y protección a los trabajadores (Hernández Álvarez, 2002d).

La solvencia de la mayoría de dichos obstáculos se fue dando de manera paulatina a través de actos legislativos que crearon antecedentes importantes. Por ejemplo, la instauración del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública en 1931 dotó a la entidad de la independencia técnica, administrativa y financiera que requería para posteriormente consolidarse como ministerio, aunque durante los años posteriores volvió a estar adscrita al Ministerio de Gobierno, al de Agricultura y Comercio, y al de Educación Nacional, antes de suscribirse como Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938 (Téllez Pedroza, 2011).

En relación con las funciones de asistencia pública, debió ser un tránsito progresivo, aunque eso no disminuyó los traumatismos con los actores implicados. En principio, el reconocimiento de tales servicios como obligación del Estado se limitó a la reglamentación de las inspecciones de establecimientos sanitarios por parte del Departamento Nacional de Higiene en 1932. Esto suponía que todas las instituciones reportaran periódicamente sus actividades, estados financieros y estadísticas de las personas atendidas, regulación que no era acatada dado que los recursos seguían siendo, en su mayoría, privados (Hernández Álvarez, 2002d).

De los posteriores intentos por hacerse cargo de la asistencia pública sin generar conflicto con entes eclesiásticos y privados, se consiguió implementar en 1936 —por recomendación y con asesoría de la Fundación Rockefeller— las Unidades Sanitarias, las Comisiones Rurales y las Oficinas de Sanidad. Estos organismos polivalentes estaban conformados por profesionales de la salud de varias áreas y se encargaban de la gestión de los programas de prevención y atención temprana directamente al interior de los municipios, financiados de manera cooperativa entre los entes territoriales y la Nación. Este sistema permitía identificar las necesidades específicas de cada jurisdicción, pero unificando esfuerzos y estrategias al estar las unidades adscritas a la entidad central (Hernández Álvarez, 2002d). La reorganización del sistema por esta vía involucró una expansión de la población cubierta, de manera que ahora se incluían mujeres maternas y niños en edad escolar (Pulgarín Reyes, 2007). A esto se suma que en 1938 se hiciera obligatoria la participación de un funcionario o representante del

Departamento Nacional de Higiene en las juntas directivas de todas las instituciones sanitarias. De esta forma, el campo de acción del Estado se fue ampliando en la práctica, incluyendo campañas contra alcoholismo y más enfermedades venéreas (Quevedo & Quevedo, 2001); servicios prenatales y de maternidad, odontología para niños, asistencia para adultos mayores, entre otras (Hernández Álvarez, 2002d).

Sin embargo, el mayor desafío del nuevo Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social era articular todas las concepciones de salud con las cuales venían funcionando las distintas áreas que ahora se integrarían; y aunque en la práctica se pretendía vincular políticas laborales y sanitarias, esta situación no sería dada pues, como señala Hernández Álvarez (2002c), la estructura del nuevo Ministerio no promovía la integración sino que acentuaba la especialización a través de distintos departamentos. A esto se suma la posición de los médicos e higienistas, quienes reclamaban que las temáticas de la salud eran apolíticas y su aplicación de saberes técnicos nada tenía que ver con conflictos entre trabajadores y patronos. Eso significaba que, aunque en teoría había un reconocimiento de la salud como un deber por parte del Estado, en la práctica ésta se limitaba a unos grupos poblacionales bastante específicos.

En un contexto de Segunda Guerra Mundial y con un gobierno de liberales, las condiciones estaban dadas para que Estados Unidos retomara sus políticas cooperativistas y fortaleciera los vínculos con países latinos con ánimos de ganar aliados. A Colombia, por su parte, le convenía mantener excelentes relaciones con su comprador e inversionista. En este marco se impulsaron los programas de salud a través de la Oficina de Asuntos Interamericanos que no solamente significó patrocinio económico sino replanteamiento de prioridades, dentro de las cuales se encontraban enfermedades que afectaban a los trabajadores de sectores económicos críticos para Estados Unidos como minería, caucho y petróleo. La iniciativa también incluyó una adaptación de la educación médica al modelo estadounidense y la profesionalización de los higienistas, instruidos para garantizar un mejor funcionamiento de los programas implementados con cooperación externa, permitiendo así institucionalizar el modelo extranjero (Quevedo & Quevedo, 2001). En términos prácticos, este proceso se fortaleció con la creación de la carrera administrativa de higienista (Forero Caballero, 2011).

Estas circunstancias llevarían a que en 1946 se consolidara el Ministerio de Higiene o Ministerio de Salud Pública como se conocería a partir de 1953, que proyectaba la integración

de los servicios preventivos y curativos. Esta reestructuración mantendría y garantizaría la independencia de la entidad, pero también su control por parte del Congreso (Hernández Álvarez, 2002c). Cabe señalar que desde su instauración en 1918 y hasta su formalización en 1946, la entidad rectora de la salud en el país mantuvo su función esencial decretada por ley, que consistía en la dirección, reglamentación y vigilancia de la higiene pública y privada de la nación; pero sólo hasta ese último año incluyó también la asistencia pública como objeto (Forero Caballero, 2011). En cualquier caso, el Ministerio de Higiene se fortaleció en sus funciones con apoyo de Estados Unidos a través del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SICSP) y de la Organización Sanitaria Panamericana (OSPA), posteriormente Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Pulgarín Reyes, 2007).

Con el nuevo Ministerio, los temas de salud adquirieron importancia y jerarquía en la agenda pública, y también se empezó a trabajar de manera conjunta en problemáticas que competían a otras entidades. En Bogotá, por ejemplo, en las decisiones relacionadas con saneamiento no sólo participaba el Departamento de Higiene, Salubridad y Aseo, sino el Departamento de Urbanismo y el Departamento Técnico de la Secretaría de Obras Públicas (Pulgarín Reyes, 2007). Quizá uno de los mayores énfasis que tuvo este Ministerio durante sus primeros años fue el impulso a la creación de los hospitales modernos. Si bien era una iniciativa que hacía falta en Colombia, dado que las pocas instituciones existentes eran privadas, ésta generó dos consecuencias: primero, se inició una priorización de la inversión de gasto público de salud en atención hospitalaria, desplazando los programas de prevención y mejoramiento de las condiciones de vida; segundo, dado que el presupuesto nacional todavía era algo precario, se inició una focalización del servicio para balancear la insuficiencia de recursos, esto es, que los nuevos y modernos hospitales del Estado sólo estarían disponibles para prestar atención a los más pobres, encabezados por mendigos y campesinos y, prioritariamente, a mujeres en estado de maternidad y niños (Hernández Álvarez, 2002c).

En este punto es importante resaltar que, simultáneamente en 1946, el Ministerio de Trabajo —recién separado de Ministerio de Higiene— consiguió la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS). A través de dicha norma se buscaba que la protección social fuera obligatoria para todos los trabajadores y que dicha entidad se encargara de su dirección y vigilancia, con una financiación tripartita entre Estado, empresas y trabajadores. Así, las

personas afiliadas recibirían atención en caso de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, vejez, incapacidad y muerte, pero también estarían cubiertos en casos de enfermedad general y de maternidad (Forero Caballero, 2011; Ministerio de Salud, 1990). A través de este hecho se puede observar claramente cómo la atención sanitaria se encontraba fragmentada según los recursos de quien la requiriera, destacando que la función superior del Estado era dar asistencia a los pobres, que no eran precisamente una proporción menor de la población.

Pese a que en las décadas de los cincuenta y de los sesenta el país estaba sumido en una guerra interna, se obtuvieron avances importantes que llevaron a que institucionalmente se solidificara un tránsito hacia la salud pública. Por ejemplo, la OSPA/OPS contribuyó activamente con los programas específicos de erradicación de enfermedades como viruela, tuberculosis, fiebre amarilla y malaria, con más éxito en unos que en otros; y aunque éstos fueron sus proyectos insignia, la organización también promovió acciones de reorganización del sistema sanitario, de saneamiento ambiental, y de formación y educación de profesionales (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

Siguiendo las recomendaciones del SCISP, el Ministerio de Salud Pública se estructuró desde una concepción más multicausal de las enfermedades a partir de tres grandes secciones: servicios curativos o asistenciales, medicina preventiva e investigación (Quevedo & Quevedo, 2001; Téllez Pedroza, 2011). A nivel práctico, esto se materializó en el Plan Piloto de Servicios Integrados de Salud (PPSIS), proyecto apadrinado por la OSPA/OPS. Sin restar importancia a las medidas de saneamiento ambiental y a las campañas de erradicación de enfermedades, la gran novedad de esta propuesta fue la creación de los Centros de Salud, espacios dentro de los mismos hospitales donde se ofrecían a los ciudadanos acciones de prevención y salud pública, destacando la integración de los servicios ofrecidos y el discurso de la promoción de la salud que los mantenía articulados (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

Sin embargo, es claro que ni el Ministerio ni el PPSIS constituían una representación modelo de lo sugerido por los norteamericanos, sino que fueron adaptándose a las condiciones regionales. En un momento histórico donde los centros urbanos crecían de manera desmesurada debido a las migraciones internas producto de la industrialización y de la violencia, aumentó también la demanda de los servicios de salud; de modo que para garantizar

sostenibilidad, los costos de atención hospitalaria fueron trasladados a los pacientes (Forero Caballero, 2011). Además, los recursos públicos seguían siendo absorbidos por las campañas de erradicación y la nueva concepción de salud pública apenas despegaba (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002); inclusive, varias de las oficinas locales seguían llamándose Departamento o Secretaría de Higiene y sus estructuras no presentaban cambios significativos en torno a una nueva comprensión de la salud colectiva (Pulgarín Reyes, 2007).

Estas situaciones se dieron en una coyuntura internacional de inestabilidad del capitalismo dados los recientes éxitos de la Revolución Cubana. Como respuesta a dicha crisis, Estados Unidos planteó un discurso sustentado en esa necesidad apremiante de cooperación entre países desarrollados y subdesarrollados que se requería para que estos últimos pudieran avanzar —programa conocido como Alianza para el Progreso—. Este argumento se concretó en una reunión extraordinaria de ministros del Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de Estados Americanos (OEA) donde se planteó que las cuestiones sanitarias estaban vinculadas directamente con el desarrollo socioeconómico de los países y, en ese orden de ideas, debían trabajarse desde un enfoque de planificación que facilitara comprender mejor qué requería cada país y cómo los organismos internacionales podían colaborar (Forero Caballero, 2011; Ministerio de Salud, 1990; Quevedo & Quevedo, 2001).

El modelo de Alianza para el Progreso requería de Estados modernos, planificadores e intervencionistas para poder funcionar adecuadamente (Quevedo & Quevedo, 2001). En términos prácticos, significaba una reestructuración del Ministerio y de los organismos sanitarios, articulados a las prioridades definidas en el Plan Decenal de Salud de las Américas, el Plan Decenal de Salud Pública 1962 – 1971 y al Plan Hospitalario Nacional. La OPS venía sugiriendo centralización normativa y descentralización administrativa, organizando verticalmente y de manera escalonada todo el sistema de salud con mayor precisión en las funciones de las dependencias y un sistema de formación en planificación para sus profesionales; con esta estructura se esperaba que, a través del fortalecimiento de las competencias técnicas, el Ministerio fuera una entidad funcionalmente más potente (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). Y aunque los recursos en salud ya no se veían como un gasto sino como una inversión, ésta debía justificarse con resultados medibles (Ministerio de Salud, 1990).

## 1.2. En búsqueda de un sistema único e integrado de salud

Hasta este momento, los Departamentos/Secretarías de Higiene locales estaban encargados de la administración de la salud en sus territorios, siempre guiadas por las normativas nacionales del Ministerio de Salud Pública, pero con un énfasis particular en el ejercicio de la medicina preventiva a través de los Centros de Salud (Pulgarín Reyes, 2007). Intentando integrar los servicios de prevención y tratamiento, más los de investigación y docencia en salud como punto de partida para el perfeccionamiento de la organización del sistema, se establecieron los Servicios Seccionales de Salud en 1965 (Forero Caballero, 2011; Vega Vargas, 2010). Éstos consistían en una serie de contrataciones entre el Estado y las Secretarías de Salud, las cuales administrarían los Centros de Salud de su localidad y a su vez contratarían con beneficencias y demás organizaciones sanitarias para la prestación de los demás servicios (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

Desafortunadamente, estos entes no tuvieron buena acogida no sólo porque implicaban que el Estado manejara recursos departamentales y porque transgredía esa potestad financiera y administrativa de los privados, sino porque su ejecución se estableció por decreto durante Estado de Sitio, en un momento donde había estallado una crisis de violencia política en el país (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). Inclusive, los procesos de contratación se adelantaron en varios departamentos, excepto en los que movían el desarrollo económico del país: Antioquia, Cundinamarca y Valle del Cauca. Las inconformidades provenientes de estos departamentos, especialmente del Valle, llevaron a una movilización masiva que finalmente consiguió que la integración, en los términos que había sido dispuesta, fuera declarada inconstitucional e inexecutable por la Corte Suprema de Justicia, derogando el decreto (Vega Vargas, 2010). Pese a todo, se convirtieron en un antecedente importante para el posterior fortalecimiento de la descentralización administrativa (Ministerio de Salud, 1990).

Un caso particular que debe mencionarse es la Secretaría de Higiene de Bogotá. Como ya se indicó, incluso desde sus inicios como Junta Departamental de Higiene, su estructura y proximidad a los entes centrales hicieron que esta entidad no siempre funcionara dentro de los lineamientos como los demás organismos regionales. A esto se suma que efectivamente tenía unas necesidades particulares derivadas de que Bogotá fuera la capital de un país centralizado: mayor industrialización, junto con su explosión demográfica, demandaban soluciones inmediatas en términos de derechos sociales. Por ejemplo, en Bogotá se vivieron

fuertemente epidemias sarampión, gripa y tuberculosis como en ninguna otra ciudad del país, causas importantes de mortalidad en niños y adultos durante la primera mitad del siglo veinte (Forero Caballero, 2011; Pulgarín Reyes, 2007).

Regresando a la década de los sesenta, en esa incertidumbre generada por un decreto de integración que se negaba a ser implementado, la Secretaría de Salud Pública de Bogotá — como sería conocida desde entonces— seguía respondiendo a los problemas emergentes de la capital. La insuficiencia en los servicios públicos y el constante crecimiento de la población por aumento de migraciones y disminución en la tasa de mortalidad llevarían a que este organismo no se dedicara a sus actividades de medicina preventiva, como era de esperarse, sino que respondía a las exigencias inmediatas haciéndose cargo de acciones de beneficencia, rehabilitación e incluso protección social, desplazando así los recursos para evitar una crisis sanitaria. Esto de ninguna manera significa que su estructura no estuviera diseñada acorde con los parámetros estatales y con los cuatro componentes de la salud pública norteamericana: educación en higiene pública y privada, sanidad ambiental, control de enfermedades prevenibles y organización de los servicios de salud para diagnóstico oportuno y tratamiento preventivo; de hecho, sus áreas misionales estaban constituidas para dar respuestas desde la prevención: Epidemiología, Protección Materno Infantil, Salud Pública Veterinaria, Ingeniería de Salud Pública y Enfermería (Pulgarín Reyes, 2007).

Situaciones como esta evidenciaban que, aunque desde la academia y desde las organizaciones internacionales se estaba gestando un enfoque multicausal de la enfermedad, en la práctica continuaba trabajándose en acciones puntuales de tratamiento; todo producto de un sistema con una integración sectorial que además de forzada resultaba incompleta, pues en términos de protección a los trabajadores se seguía actuando de manera independiente dentro de un marco de aseguramiento fundamentado en los riesgos: el Estado tenía una deuda económica importante con el ICSS y los trabajadores se negaban a ser trasladados a un sistema inacabado (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). Así las cosas, cada vez se veía más enredado un método que garantizara cobertura y acceso efectivo al derecho universal a la salud por vía del Estado de Bienestar.

Este fracaso de las integraciones y de la planificación, derivado de una innegable divergencia entre los distintos actores sociales, llevó a replantear la forma de entender los sistemas de

salud. La OPS objetó su fracaso y defendió su modelo de planificación justificando que era insuficiente si no había políticas explícitas para la reorganización del sistema sanitario. Sin embargo, ya entrada la década de los setenta y frente a una crisis económica mundial, también debía repensarse el papel del Estado. Con un aumento en los costos producto del fortalecimiento de las transnacionales, era necesario preguntarse si realmente éste estaba en capacidad de hacerse cargo de la universalidad del servicio, asegurando integralidad, suficiencia y oportunidad. En este contexto es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS proponen sistemas de salud más “racionales”, es decir, que garanticen máxima eficacia con mínimo uso de recursos; esta idea permitiría un desmonte progresivo de la inversión pública hasta conseguir sostenibilidad, sin descuidar los objetivos fundamentales (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

Siendo evidente que una integración sectorial orgánica era prácticamente imposible, se quería apostar a una mínima coordinación que disminuyera el desperdicio de recursos, pero como se verá más adelante, tampoco dio resultados (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). En Bogotá, por ejemplo, para 1968 existían dos entidades territoriales de salud: la ya mencionada Secretaría de Salud Pública, dependiente directamente de la Alcaldía Mayor, y el Servicio de Salud de Bogotá, adscrito al Ministerio de Salud Pública. Con prácticamente idénticos objetivos, esta dualidad implicaba doble inversión de recursos técnicos, humanos y económicos (Pulgarín Reyes, 2007), y aunque sí hubo una ampliación de las redes de servicios públicos de salud durante este periodo, en la práctica ésta seguía orientada a la asistencia de personas en pobreza o mendicidad (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

En estas circunstancias, era decisiva una reestructuración y, dadas las deficiencias del Estado para administrar la salud como un servicio público, hecho que implicaba tanto unificación de criterios como de políticas, en Colombia se sustituyó la idea de un “Servicio Único de Salud” por la de un macrosistema que acogiera sin mayores traumatismos a los entes públicos y privados: el Sistema Nacional de Salud (SNS) de 1975 (Ministerio de Salud, 1990; Pulgarín Reyes, 2007). De esta manera, se decidió acordar por una integración funcional, que en términos prácticos consistiría más en un reordenamiento de los diferentes actores que en una verdadera estructura cooperativa de los mismos (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Vega Vargas, 2010).

El SNS buscaba una articulación de los diferentes subsectores que incumbían a la salud —estatal, privado y de seguridad social— a través de seis subsistemas: inversión, planeación, información, suministros, personal e investigación, siempre con respeto de las autonomías institucionales. Esta disposición dejaría las acciones de promoción de la salud al Ministerio a través de sus servicios seccionales, regionales y locales, y las de atención en manos de beneficencias, instituciones privadas y el ICSS (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). En este punto, es evidente que el SNS todavía funcionaba bajo una lógica de caridad, aunque menos marcada que en décadas previas (Quevedo & Quevedo, 2001) y que las beneficencias constituían una élite que se rehusaba a dejar el monopolio de la atención sanitaria (Vega Vargas, 2010).

En términos de organización administrativa, se pretendía mantener una centralización de las políticas a cargo del Ministerio de Salud Pública, que además se encargaría de dirigir y coordinar este nuevo sistema; mientras se proyectaba una descentralización operativa, dejando la ejecución de las políticas nacionales a los organismos de niveles inferiores en sus respectivas jurisdicciones (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). No obstante, hubo cambio de gobierno antes de la implementación del SNS, situación que llevaría a replantear las funciones del Ministerio, dejándolas limitadas y convirtiéndolo más en un organismo de vigilancia que directivo (Ministerio de Salud, 1990; Vega Vargas, 2010).

La adhesión de las distintas instituciones sanitarias al SNS se dio a través de las figuras de “adscripción”, para todas las entidades públicas, y “vinculación” para aquellas con personería jurídica de carácter privado (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Pulgarín Reyes, 2007). Este escenario generaría inconformidades en los profesionales de la salud del sector público, quienes verían afectada su estabilidad y sus condiciones de contratación cuando pasaran de ser trabajadores oficiales a empleados públicos por medio de la adscripción de sus entidades (Vega Vargas, 2010). En cualquier caso, se continuó con los procesos de adhesión que dieron lugar a la constitución de más de treinta Servicios Seccionales, dedicados a ciudades intermedias, y más de cien Unidades Regionales de Salud, para poblaciones pequeñas y apartadas (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

En cuanto a la integración intersectorial, los programas de los gobiernos de turno parecían articular las prioridades de las diferentes carteras para invertir en asuntos sociales que

definitivamente impactarían en salud —programas de nutrición, de educación, entre otros—, y aunque los resultados fueron bastante positivos, un análisis en profundidad indica que los logros no fueron derivados de una planificación exhaustiva y coordinada entre los distintos ministerios, sino más una ejecución de proyectos propios (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Ministerio de Salud, 1990).

Con todo, hacia finales de la década de los setenta el SNS había conseguido incrementar la cobertura, especialmente en áreas rurales, y la capacidad operativa había mejorado considerablemente con nuevos hospitales y recursos mejor planeados (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). A pesar de los avances, no se contaba con apoyo de importantes grupos sociales, que parecían ir en direcciones opuestas. Los empresarios estaban poco interesados en tanto podían mantener su acceso a servicios privados, los cuales crecieron ampliamente durante ese periodo (Quevedo & Quevedo, 2001). Los sindicatos y trabajadores seguían más preocupados por el ICSS, que pese a ser convertido en un establecimiento público y adscribirse al Ministerio —conocido a partir de entonces como Instituto de Seguros Sociales (ISS)—, seguía funcionando con sus propias normas y enfrentando dificultades financieras que el SNS no solucionaría (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). Adicionalmente, este tema era indiferente para otros empleados de importantes entidades estatales, pues contaban con servicios de salud exclusivos (Ministerio de Salud, 1990). Y, en general, se evidenciaba una falta de voluntad política de los congresistas liberales (Ministerio de Salud, 1990; Vega Vargas, 2010).

La visión de los sistemas de salud más “racionales” y efectivos de la OMS y de la OPS se consolidó a través de una estrategia que influiría de manera importante en el funcionamiento del SNS desde finales de los setenta: la Atención Primaria en Salud (APS). La APS, tal como fue planteada, buscaba dar asistencia curativa y preventiva a las necesidades básicas en salud a través de métodos unificados y económicos, y evitando emplear tecnologías que, por ser de costos elevados, resultarían insostenibles en el largo plazo. La estrategia no estaba enfocada en los niveles primarios de atención, sino que aplicaba para todos los niveles de complejidad y su énfasis preventivo significaba llevar los servicios a las comunidades. Con esta idea en marcha se esperaba mejorar varios indicadores de salud en el mundo: expectativa de vida, condiciones de vida y acceso a los servicios de salud, que se resumirían en una única meta:

---

“Salud para todos en el año 2000” (SPT-2000) (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Ministerio de Salud, 1990).

A esta estrategia se suma una concepción más amplia, todavía multicausal, de la salud; era el modelo canadiense de Mark Lalonde, el cual consideraba cuatro factores determinantes: ambiente, genética, servicios sanitarios y comportamientos. En este contexto, los estilos de vida, entendidos como esa suma de comportamientos que favorecen o no a una persona, pasaron a desempeñar un papel muy importante, pues muchas de las acciones en materia de sanidad se inclinaron de nuevo a educación en autocuidado (Ministerio de Salud, 1990; Quevedo & Quevedo, 2001).

La adaptación de la estrategia varió en cada país y en cada sistema sanitario. La implementación de la APS se inició en Colombia a comienzos de los ochenta, aunque no se puede negar que muchas iniciativas previas como los Centros de Salud tenían un enfoque que podría ser catalogado como de atención primaria, e incluso gran parte de la aplicación quedó en manos de éstos, ahora denominados Unidades Primarias de Atención (UPA). Sin embargo, una interpretación errónea de la estrategia dificultaría su adecuada adopción: se entendió que la APS consistía en una extensión de los servicios de baja complejidad, es decir, sólo del primer nivel de atención, quedando en manos de personal que no estaba altamente cualificado (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Ministerio de Salud, 1990).

Una breve descripción del funcionamiento de los servicios sanitarios en Bogotá durante estas décadas puede permitir una aproximación más cercana a varias de las falencias del SNS. Siendo una ciudad con un elevado volumen de ciudadanos, era el único territorio del país que contaba con un Servicio Seccional que dirigía a su vez cinco Unidades Regionales de Salud al interior de su propia jurisdicción, y además contaba con una Secretaría de Salud Pública. En términos teóricos, tanto el Servicio Seccional como la Secretaría de Salud funcionaban de manera integrada, dejando las dependencias técnicas y normativas a cargo del primero, y las dependencias administrativas a cargo de la segunda, más unas unidades de vigilancia creadas a inicios de los ochenta que pretendían ejercer funciones de inspección, coordinación y planificación intra e intersectorial desde el interior mismo de la estructura de la entidad. No obstante, el Servicio-Secretaría seguía sin poder desprenderse de funciones operativas que ya habían sido asignadas a las UPA (Pulgarín Reyes, 2007).

Estas reestructuraciones no permitieron un cumplimiento a cabalidad de los objetivos planteados por el Ministerio de Salud. Para empezar, no se había conseguido las metas de cobertura, y después de que ésta se estancara, se intentó hacer cubrimiento a través del ISS, una entidad cada vez más insostenible (Ministerio de Salud, 1990); sólo en Bogotá se estimaba que un tercio de la población no tenía acceso a los servicios, cifra elevada tratándose de un territorio predominantemente urbano y con incidencia de enfermedades transmisibles y crónicas similar a la de cualquier ciudad industrializada (Pulgarín Reyes, 2007). Por otra parte, el subsector privado siguió fortaleciéndose frente a una red pública desarticulada y con servicios de baja calidad (Quevedo & Quevedo, 2001); en el caso de Bogotá, el intento de integración del sistema sólo había convocado a entes públicos, demostrando que las entidades privadas se regían por sus propias reglas (Pulgarín Reyes, 2007), a esto se suma que las UPA seguían encargando sus funciones de APS a auxiliares y promotores de la salud, es decir, personas sin formación profesional que apenas estaban autorizadas para ofrecer medicamentos que ya habían sido formulados previamente (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Ministerio de Salud, 1990).

Para autores como Pulgarín Reyes (2007), quien se basa en informes de la década, las causas de las deficiencias del sistema de salud en Bogotá, y que implícitamente son extensibles a todo el SNS, pueden explicarse en tres esferas. En la primera, que es referida a las instituciones, se percibe una multiplicidad de entidades que sólo generaba ambigüedad en las funciones de cada una; esto no sólo evidenciado en la existencia jurídica de organismos con iguales objetivos, sino en la interferencia de entes de niveles superiores en la ejecución de programas en jurisdicciones que no les correspondían directamente, dando directrices y criterios contradictorios. En la esfera política, se encontraban funcionarios contratados sólo para satisfacer cuotas políticas, de manera que los cargos al interior de estas organizaciones eran muchas veces dados a personas que no contaban con las competencias técnicas y que tampoco estaban comprometidos con una gestión colectiva. En este punto también debe resaltarse que no había una efectiva separación —y por tanto, tampoco coordinación— entre los distintos fondos financieros, impidiendo ejecuciones eficientes de los recursos. Finalmente, en la esfera técnica se resaltan tanto una deficiente difusión de las normas nacionales como un desconocimiento por parte de los funcionarios de la teoría administrativa, que sumada a una

versión reduccionista de la estrategia de APS, sólo ratificarían el fracaso rotundo del Estado en el manejo de las cuestiones sociales.

### 1.3. La salud pública en el neoliberalismo

Frente a la ineficiencia del Estado intervencionista, en los debates internacionales viene planteándose una alternativa que podría significar un mejor funcionamiento del capitalismo: se trata del neoliberalismo. Este modelo económico supone reformar el papel del Estado, que hasta entonces resultaba ineficiente e inefectivo, de manera que se convierta en un ente más de regulación, prescindiendo gradualmente de sus acciones de intervención (Quevedo & Quevedo, 2001); y aunque es conocido que el hito que marca la entrada de las políticas neoliberales al régimen de salud en Colombia es la Ley 100 de 1993, algunos autores reseñan que en ya en los años ochenta se venían implementando acciones que abonaron terreno para lo que sería el tránsito hacia este modelo (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

El endeudamiento externo de los países latinoamericanos para garantizar el crecimiento de la economía durante la década de los setenta había crecido a niveles insostenibles y los organismos financieros internacionales sugerían cambios estructurales encaminados a la apertura de la economía y disminución del gasto público. En el caso colombiano, se hizo una disminución efectiva a la mitad del presupuesto que se destinaba para inversión social, y aunque en principio esta medida impidió un aumento de la crisis económica, seguía siendo insuficiente. En este contexto se empieza a adoptar como medida enteramente de control fiscal la descentralización: se esperaba así conseguir un uso más eficiente de los recursos al ser los niveles locales y municipales los responsables de conseguir los mismos (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

Pero posteriormente, la descentralización también empezó legitimarse a nivel político. Pese a que este mecanismo era más sensible al clientelismo, resultaba perentorio en un momento de confrontación política con los grupos armados ilegales donde se demandaba garantizar decisiones más democráticas por vía de una mayor participación ciudadana (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). En el caso específico del sector sanitario, esta participación activa de la comunidad también era una apuesta de la OMS para mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud y consistía en hacer de los ciudadanos gestores en dos vías: a través del

autocuidado y a través de la racionalización de las demandas de los servicios (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Ministerio de Salud, 1990).

En el SNS, esta descentralización se concretó por cuenta de la Ley 10 de 1990 y la creación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). A través de esta norma se definió la salud como un servicio público a cargo del Estado y se dieron directrices para extender la descentralización por medio de los SILOS a todo el territorio nacional, iniciando en las ciudades más importantes del país. En términos generales, los SILOS no eran más que una reorganización de los tres subsectores del sector, a través de una contratación más organizada y orientada desde el desarrollo de la gestión municipal en cabeza de los Servicios Seccionales de Salud y de las Secretarías Distritales. En el caso de Bogotá, permitió la reestructuración y unificación del ente rector, que a partir de entonces será únicamente la Secretaría Distrital de Salud (SDS) (Pulgarín Reyes, 2007). Este mecanismo mostró buenos resultados con programas de atención y prevención focalizados en temas que sí eran prioritarios para las localidades, pero siempre resultaban invisibles en el panorama nacional. Esta situación se vio facilitada tanto por la inclusión de más epidemiólogos en los SILOS como por cuenta de la participación comunitaria, que tuvo un papel importante en la toma de decisiones durante estos años (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Pulgarín Reyes, 2007).

Sin embargo, el período de transición hacia los SILOS tuvo algunos traumatismos. Como era de esperarse, este proceso sólo afectó a la red pública de servicios de salud, pues como ya se mencionó, el subsector privado seguía rigiéndose con sus propias normas. Adicionalmente, programas nacionales de erradicación de enfermedades que venían funcionando exitosamente con la cooperación de la OPS, como los de malaria y cólera, se vieron afectados por falta de coordinación al momento de ser integrados a los Servicios Seccionales de Salud. De otra parte, los SILOS no se encontraban en capacidad de responder a la responsabilidad de saneamiento que se les había asignado prematuramente siguiendo los lineamientos de la OMS en la Carta de Ottawa para potencializar los resultados de la APS, es decir, la promoción de la salud (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). Este contexto de descentralización, participación comunitaria y promoción de la salud serviría de preparación para la consolidación del modelo neoliberal de salud en la Ley 100 (Pulgarín Reyes, 2007; Quevedo & Quevedo, 2001).

En ese momento, el neoliberalismo seguía difundándose a través de un discurso de “aldea global” que suponía una economía y cultura universales por vía de la eliminación de las fronteras espacio-temporales —con ayuda de las nuevas tecnologías— y de la disminución de los aranceles, es decir, globalización y libre comercio; de esta manera, todas las políticas que tendieran a dicha apertura facilitarían la inclusión de los países en el mercado mundial (Quevedo & Quevedo, 2001). Estas demandas fueron acogidas como esenciales para Colombia con las elecciones presidenciales de 1990 y aunque algunas pudieron articularse por medio de reformas sectoriales<sup>1</sup>, otras implicaban una reestructuración del Estado a través de una reforma constitucional (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

La Constitución Política de 1991, que también pretendía ser un pacto político orientado a la solución del conflicto interno, definió a Colombia como un Estado Social de Derecho enmarcado en una ética pluralista, destacando los derechos y deberes inherentes a la condición humana, y los ligados a la capacidad del Estado (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002). Si bien se promulgó que la seguridad social sería un derecho irrenunciable de los ciudadanos, la atención en salud y el saneamiento ambiental se mantuvieron como servicios públicos estatales. La nueva constitución también permitió delimitar las funciones del Estado e iniciar su liberación de tareas intervencionistas (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Quevedo & Quevedo, 2001).

En este orden de ideas, la reforma sanitaria se orientó al cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Constitución de 1991. Aunque de ninguna manera puede decirse que la Ley 100 fue un estricto seguimiento a las recomendaciones del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI), o que su reglamentación no contó con participación de diferentes actores sociales; es cierto que su estructura sí respondía en gran medida al punto de vista de los organismos económicos internacionales. Al final, el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SG-SSS) se enmarcó en una lógica neoliberal de los mercados en su concepción, y en un financiamiento guiado por la teoría neoclásica de los bienes (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

---

<sup>1</sup> La reforma laboral es un ejemplo relevante para efectos de esta revisión. A través de la Ley 50 de 1990 —previa a la reforma constitucional— se eliminaron restricciones en la contratación de los trabajadores para disminuir los costos a los empresarios y estimular el crecimiento económico. Como se verá más adelante, esta flexibilización tuvo efectos importantes en el sector que nos concierne.

Haciendo una diferencia entre los bienes públicos y los bienes privados, el SG-SSS buscaba que cada persona pagara en la medida de su capacidad a través de un modelo de aseguramiento — obligatorio para los trabajadores formales y que cubría a su núcleo familiar— donde entraron a competir instituciones públicas y privadas. Esto implicó que el Estado ya no financiara a las entidades que prestaban los servicios, sino que subsidiara directamente a quienes lo requirieran. Los dineros públicos irían entonces a los subsidios y a salud pública. El recaudo y la administración quedó en manos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), unos intermediarios que contrataban libremente con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), con quienes competirían en igualdad de condiciones los hospitales públicos, ahora conocidos como Empresas Sociales del Estado (ESE); así, las funciones estatales se limitaron a la formulación de políticas y a la regulación del sistema a través de mecanismos como el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Pulgarín Reyes, 2007; Quevedo & Quevedo, 2001).

La orientación del SG-SSS hacia un asistencialismo sanitario supuso concentrar todos los esfuerzos en los detalles del aseguramiento, convirtiendo las acciones colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP) en materias no prioritarias. Al tratarse de un servicio financiado con recursos públicos, se pensó una nueva salud pública enfocada en acciones para grupos específicos por medio del Plan de Atención Básica (PAB) cuya planificación quedó, con la descentralización, a cargo de los municipios; no obstante, su reglamentación, durante los años posteriores, vendría a evidenciar un PAB limitado a las altas externalidades en salud. Por su parte, las responsabilidades de saneamiento eran cada vez más difusas y terminaron siendo asignadas al Ministerio del Medio Ambiente (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

La regulación del modelo fue paulatina, de manera que su implementación no fue homogénea en todo el territorio nacional. En la Secretaría de Salud de Bogotá, por ejemplo, que disponía de mejores medios que el resto del país, se evidencia una incorporación exhaustiva de la Ley 100 sólo a partir de 1998 (Pulgarín Reyes, 2007). Después de algún tiempo, los balances de la reforma sectorial mostraban un sistema que había resultado inequitativo: con mayor acceso y cobertura sólo para poblaciones urbanas, las condiciones de salud de los ciudadanos se habían

deteriorado y varios hospitales públicos entraron en crisis económica. A esto se suma un abandono a los programas de salud colectiva del orden nacional que venían siendo exitosos, como los de inmunizaciones y enfermedades crónicas no transmisibles (Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011; Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002; Quevedo & Quevedo, 2001). En este punto, parte de los retos que debían asumir los salubristas, correspondía precisamente a repensar una salud pública que sobreviviera a los problemas a los cuales ya se estaba enfrentando este nuevo sistema.

El cumplimiento del PAB en los municipios involucró varias dificultades. Para empezar, la poca experiencia administrativa de los entes territoriales para asumir una descentralización apresurada y carente de régimen de transición (Agudelo Calderón et al., 2011) se reflejó en un desorden financiero —instituciones que no sólo no podían indicar cómo se distribuían los recursos asignados, sino que éstos ni siquiera coincidían con los que el departamento reportaba haber entregado—, e inestabilidad laboral que desencadenaba en falta de continuidad de los programas y contrataciones de personal no idóneo (Chávez G, Sierra R, Lopera M, & Montoya T, 2004). A esto se suma un desconocimiento por parte de las EPS en su papel de ejecutoras, situación que intentó atenuarse con varias normas que precisaban las obligaciones de dichas entidades en el campo de la salud pública bajo criterios como el de la “demanda inducida” (Hernández Álvarez & Obregón Torres, 2002).

En cuanto a la parte técnica, las acciones de PyP se vieron restringidas a acciones educativas, decisión que legitimaba la presencia de las desigualdades en salud y la no intervención de las condiciones de vida. Sobre la Vigilancia en Salud Pública (VSP), otro de los ejes del PAB, se advirtió un monitoreo que, si bien con muchos avances después de diez años de la Ley 100, todavía era impreciso e insuficiente. Los municipios explicaban sus falencias como falta de acompañamiento por parte de las Direcciones Locales de Salud y del Ministerio, sumado al poco compromiso de las IPS privadas, que terminaban sobrecargando al personal asistencial de las ESE (Chávez G et al., 2004).

En este orden de ideas, debe mencionarse que instituciones como la Secretaría de Salud de Bogotá pasaron de coordinar las políticas orientadas a suplir las demandas de atención colectivas y controlar una óptima provisión de los servicios de salud, a encargarse también de la promoción del acceso y del aseguramiento de los ciudadanos, específicamente tratándose

del régimen subsidiado (Pulgarín Reyes, 2007), de manera que eso explica en gran medida el viraje de prioridades que se vivió en este tipo de entidades. Sin que eso significara un descuido completo a las acciones de salud colectiva, esta oportunidad permitió que la perspectiva de la educación como principal estrategia de medicina preventiva se consolidara, así como la participación casi exclusiva de las ESE en su ejecución.

Para autores como Mantilla (2011), los intentos de un proyecto completo de salud pública se vieron truncados por dos razones fundamentales. Primero, desde la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993, el concepto de salud aparece ligado más a la atención sanitaria que a la creación de condiciones de vida que contribuyan con el bienestar, y esto se refleja en las subsecuentes normas que reglamentaron el SG-SSS y, por supuesto, la salud pública como uno de sus componentes. Segundo, en la práctica, la prevención de la enfermedad es equiparada erróneamente con la promoción de la salud, haciendo que las acciones intersectoriales de intervención pasen a un plano secundario y que el enfoque de educación tenga un peso mayoritario en esta visión de salud colectiva. Un ejemplo contundente de estas situaciones que todavía no son del todo superadas se observa en el vigente Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), que reemplazó al PAB desde 2007 y se dio en el marco de la primera reforma a la Ley 100 de 1993 (Ley 1122 de 2007).

Con dicha legislación se creó el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), que busca dar los lineamientos y objetivos cuatrienales en salud, estableciendo una responsabilidad conjunta y manifiesta de los actores privados por medio del POS y de los actores públicos por medio del PIC. El PNSP se vio como una oportunidad de recuperar la rectoría en salud y de fortalecer la salud pública (Agudelo Calderón et al., 2011), y su normatividad posterior así lo demuestra. Con un enfoque poblacional de gestión social del riesgo y de los determinantes de la salud, el PNSP es congruente con una salud pública donde la promoción de la salud —como proceso *político* intersectorial, participativo y orientado a la mejora de las condiciones de vida— es componente transversal. Sin embargo, esas ideas se desvanecieron en la especificidad de la reglamentación del PIC, que vuelve a retomar como énfasis campañas educativas y programas de detección temprana de enfermedades. Además, deja a las ESE como responsables de la ejecución del PIC, condicionando la práctica a los profesionales asistenciales (Mantilla, 2011).

El escenario con la siguiente “renovación” del sistema (Ley 1438 de 2011) no varió sustancialmente. Si bien formalmente se enfatizó en la necesidad de fortalecer la estrategia de APS, en la práctica la reforma no contribuía con su reglamentación y obligatoriedad, sino que terminó siendo un modo de garantizar la sostenibilidad financiera del modelo de competencia y mercado de la salud que actualmente sigue rigiendo en nuestro país (Franco-Giraldo, 2012). Los análisis después de más de veinte años del SG-SSS muestran una debilidad importante del modelo que va en detrimento de la salud pública y de la calidad de vida, derivada en una parte de la incompatibilidad entre el enfoque de aseguramiento y las estrategias de prevención; y de otra, de la ausencia de compromiso ciudadano y de políticas intersectoriales para el fomento de la salud (Franco-Giraldo, 2012; Merlano-Porras & Gorbanev, 2013).

Estos argumentos ya han sido profundizados por otros autores. En un estudio realizado en seis ciudades del país, los investigadores demostraron que muchas de las decisiones que se dan en el campo de la salud pública se ven influenciadas por conflictos de intereses que son de carácter estructural (Molina Marín, Ramírez Gómez, & Ruiz Gutiérrez, 2013). Para empezar, porque existe una discrepancia entre el proyecto político de “Estado de Derecho” que promulga la Constitución y el modelo de mercado con el que fue planteado el SG-SSS: mientras que en el primer caso el Estado debe ser garante de los derechos de sus ciudadanos e intervenir siempre con compromiso de justicia social, en el segundo no debería tener un papel significativo en tanto se privilegian las libertades individuales y la regulación se da automáticamente entre el ejercicio de la oferta y la demanda.

El modelo de mercado también supone que los actores privados deberían tener mayor injerencia en las decisiones en materias sociales, y esta presunción desencadena en un segundo conflicto: la prelación de los intereses económicos en favor de los grupos más poderosos. Siendo las acciones de prevención menos rentables en el corto plazo, la salud pública sólo es considerada como una fuente menor de captación de dineros públicos; en su lugar, los servicios curativos de altas tecnologías son preferidos por producir mayor utilidad económica en menor tiempo. Lo que complica esta situación es que en el juego de la sostenibilidad financiera entran tanto los prestadores de servicios privados, como los públicos (Molina Marín et al., 2013).

A su vez, este sistema se mantiene gracias a una debilidad en las funciones de rectoría del Estado, que no sólo tiene sus raíces en problemas técnicos e institucionales, sino en prácticas como la corrupción y el clientelismo que siguen permitiendo el empoderamiento del sector privado: garantiza la cooptación de los sistemas de vigilancia y control, y obstruye y desacredita la participación ciudadana (Roth-Deubel & Molina-Marín, 2013).

Otros elementos que merecen ser mencionados son la dificultad de implementar operativamente estrategias de prevención, y las condiciones laborales a las que se exponen los profesionales de la salud pública. Con respecto al primer factor, es clave señalar que además del tema de la rentabilidad, la implementación de prácticas preventivas en salud se venía viendo obstaculizada por la segmentación de la población que generaba el aseguramiento. Con la unificación de los planes de beneficios, se supone que esta segmentación no existe desde 2013, pero aún no se encuentra información que permita inferir su verdadero impacto en los programas de salud pública, máxime cuando las normativas siguen refiriéndose a la promoción de la salud como un conjunto de actividades de “información, educación, capacitación y comunicación” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, f. 10).

Finalmente, están las condiciones laborales de los salubristas. Pese a que no puede generalizarse para todos los trabajadores, lo cierto es que la tendencia apunta a condiciones de trabajo precarias, poca idoneidad de los profesionales y altos niveles de rotación, situaciones que parecieron acentuarse con la implementación de la Ley 100 (Florez Acosta, Atehortúa Becerra, & Arenas Mejía, 2009). Uno de los puntos críticos es que la insolvencia financiera, particularmente en lo que se refiere a las ESE, conduce a disminuir los presupuestos que se invierten en personal; esto se refleja en menos trabajadores asalariados, contratación de personas con perfiles no idóneos y disminución en los tiempos de vinculación. Lo que subyace y valida estas condiciones es una subvaloración del papel del salubrista, que se evidencia incluso desde la formación misma de los profesionales, donde el enfoque comunitario es menos apetecido (Muñoz, Higueta, Molina Marín, & Gómez, 2013).

Pese a que las intervenciones del último Ministerio han favorecido algunas mejoras en el SG-SSS logrando avances significativos en prevención de enfermedades y en las funciones de rectoría (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a), es claro que estos adelantos resultan insuficientes cuando las raíces del problema son más de orden estructural y están ancladas al

modelo mismo de aseguramiento. La crisis financiera y de prestación de los servicios se mantiene, las condiciones laborales de los profesionales de la salud continúan siendo precarias, y los salubristas todavía hacen “salud pública” en el marco de un sistema asistencialista. De esta manera, se puede decir que muchos de los desafíos aquí expuestos siguen siendo parte de la actividad de los trabajadores de la salud. Pero además de los impactos que una toma de decisiones tan compleja como la de quienes formulan y ejecutan las políticas sanitarias puede representar para los ciudadanos, creemos que también puede traer implicaciones en el desarrollo de la subjetividad y en la integridad mental de estos trabajadores, quienes a diario deben enfrentar sus valores, sus creencias y sus expectativas a una realidad que, si bien puede retarlos, también puede desgastarlos.

#### **1.4. La actividad del profesional de la salud pública en Bogotá**

Comprendiendo las complejidades del anterior contexto, nos preguntamos cómo se configura la actividad del trabajador de salud pública en la actualidad, es decir, cuáles son los conflictos a los que se enfrenta en los distintos niveles de la práctica de su profesión; y qué implicaciones puede traer para su integridad mental el afrontarlos a diario.

Para dar respuesta a dicha pregunta, nos propusimos como objetivo efectuar un análisis de la actividad profesional de los salubristas que evidenciara cómo se relaciona con su integridad mental, dentro del marco de las Clínicas del Trabajo (ver Sección 2). Dado que nuestra población de estudio es bastante amplia, nos enfocamos específicamente en los trabajadores de la entidad rectora en salud de Bogotá, D.C.: la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Sin embargo, partiendo de que la rectoría, la gobernanza y la vigilancia de la salud pública no es la única misión de la institución —recordemos que la rectoría, la gobernanza y la vigilancia del aseguramiento y de la prestación individual de los servicios también forman parte de su encargo—, delimitamos nuestro grupo de estudio a los profesionales que desarrollan funciones relacionadas específicamente con salud colectiva, es decir, aquellos que pertenecían al área (Subsecretaría) de Salud Pública.

Para esto, nos planteamos ir paso a paso por la actividad de los trabajadores con cuatro objetivos específicos. Primero, *conocer cómo los trabajadores comprenden e interpretan sus tareas diarias, así como los impedimentos y transformaciones que surgen en el desarrollo de*

*estas*; partiendo de que esta comprensión podría estar o no en la misma línea de nuestra revisión de literatura, y que sólo ellos, como expertos de su profesión, podrían orientarnos en esta aproximación.

Nuestra segunda tarea, es *identificar los recursos de los que disponen los trabajadores en su práctica profesional para dar respuesta a la imprevisibilidad de la actividad*. Estos recursos, que pueden ser individuales, colectivos o institucionales, se constituyen en los primeros indicios del impacto sobre la integridad mental de los trabajadores participantes, en la medida en que éstos favorecen u obstruyen el desenvolvimiento de las distintas confrontaciones de los trabajadores con el medio.

A continuación, debemos *determinar cómo el desarrollo de la actividad contribuye o no con la integridad mental de los trabajadores y sus procesos psíquicos*. El énfasis de este paso no sólo estará en el detrimento de la subjetividad, sino en el potenciamiento de los procesos psicológicos y emocionales que puede proveer la actividad profesional.

Finalmente, no por ser menos importante sino precisamente por ser transversal a toda la propuesta de investigación, es la *creación de espacios de diálogo entre los saberes técnico-académicos y los saberes experienciales que intervienen en la actividad de trabajo*. Esto significa que cada uno de los objetivos específicos de este estudio se efectuará en cooperación con los trabajadores, quienes, con su experiencia, nos permitirán poner en discusión lo que creemos saber de la actividad profesional de los salubristas y sobre la integridad mental en el trabajo, para replantearlas, reinterpretarlas, y optimizarlas.

## 2. La restitución del trabajo vivo

¿Cómo osaba rechazar un trabajo, si ella y su hijo pasaban necesidades?  
Esa noche, sin embargo, me imaginé su vida, me imaginé sus razones  
y comprendí que ella tenía derecho a defender su voluntad,  
porque un trabajo es una decisión, no una imposición.

*Daniel Ferreira, «Rebelión de los oficios inútiles».*

Este documento se situará en una de las muchas aproximaciones que se pueden hacer a la salud de los trabajadores, y esto significa que ni es la única, ni es una perspectiva acabada. Precisamente, parte de las premisas de esta propuesta es que los saberes académicos pueden cuestionarse cuando se enfrentan a las realidades, que además de complejas son infinitas en tanto imprevisibles.

Cuando piensa en el estudio de las conductas y de las experiencias de las personas en los contextos laborales, se intuye que éste es problema desde la Psicología de las Organizaciones y del Trabajo; y así ha venido abordándose históricamente. Como en cualquier campo académico, existen varias formas de comprender el mismo objeto de estudio al interior de la disciplina, y sus diferencias tienen orígenes en la postura epistemológica y ontológica que defiendan sus investigadores. Sin embargo, también se han desarrollado teorías no provenientes directamente de la psicología, pero que se anclaron a ésta porque a través de sus discusiones consiguieron contribuir con otros modos de entendimiento de las dimensiones psicológicas de los sujetos en el trabajo.

En ese sentido, el enfoque que sostiene toda nuestra investigación es, si se quiere, antagónico de los acercamientos tradicionales. Mientras muchas prácticas, centradas en explicaciones alrededor del estrés, se concentran en gestionar 'riesgos' psicológicos y sociales con un énfasis individualista (Cuevas-Torres & García-Ramos, 2012), el planteamiento de las *Clínicas del Trabajo* tiene como propósito rescatar el papel de la subjetividad en el trabajo y de los

colectivos en las acciones de transformación. Con ese argumento, retoman una expresión de Marx (1884, citado por Dejours, 2015a) que sintetiza esta perspectiva: *trabajo vivo*.

En los textos de Marx, se expone que un trabajo tiene vida en tanto actividad de transformación de la naturaleza, pues involucra a un sujeto movilizado en todas sus dimensiones para apropiarse del entorno. Estas teorías coinciden en que el trabajo no puede considerarse aislado de los trabajadores, y que *está vivo* en la medida en que existe un sujeto que experimenta lo trabajado (Dejours, 2015a). En los apartados sucesivos se presentarán cada uno de los distintos elementos que articulan estas teorías para reivindicar que todo trabajo tiene vida.

## 2.1. Situando un punto de partida

Las clínicas del trabajo son un conjunto de teorías de origen en Francia que pretende comprender la relación entre el trabajo y los procesos de subjetivación, de manera que los conocimientos generados permitan la transformación de la realidad (Bendassolli & Soboll, 2011; Lhuillier, 2006). No se puede decir que exista un consenso absoluto en cuáles corrientes caben dentro de la categoría de 'clínicas', pero para efectos de este documento consideraremos los aportes de Bendassolli y Soboll (2011), quienes identifican cuatro teorías: psicodinámica del trabajo, psicociología del trabajo, clínica de la actividad y ergología. Todas tienen sus orígenes en una perspectiva de la ergonomía mejor conocida como Ergonomía de la Actividad y cuyo énfasis es la búsqueda de la adaptación del trabajo a los trabajadores (Rodrigues, 2010; Vidal, 2010a). Lo revolucionario del análisis ergonómico de la actividad y de las clínicas del trabajo es que tienen unos fundamentos filosóficos que permiten replantear las nociones clásicas de trabajo/actividad, sujeto/subjetividad y, por supuesto, el concepto de salud, como se desarrollará a lo largo de este capítulo.

En el campo aplicado, la principal diferencia entre las clínicas del trabajo y otras perspectivas hegemónicas está en que proponen una actuación distinta del psicólogo. Contrario al papel de experto gestor de riesgos psicosociales, en las clínicas del trabajo un psicólogo se concentra en promover los procesos emancipatorios de los trabajadores y sólo interviene en actividades de gestión cuando éstas interfieren con los procesos de subjetivación de los trabajadores, es decir, no se hace como objetivo primario. De esta manera, un psicólogo se involucra "como coagente en la transformación de procesos organizacionales" (Bendassolli & Soboll, 2011, p. 5). Ser

coagente significa que la intervención efectiva del trabajo sólo puede darse en conjunto con los trabajadores y orientada a brindarles alternativas de acción, en tanto ellos son quienes mejor conocen su trabajo. Esta premisa supone que un psicólogo debe estar en disposición de cuestionar sus conocimientos, pues puede encontrar que las experiencias de los trabajadores no coinciden a plenitud con sus saberes profesionales. Este papel, que enriquece tanto la actividad investigativa como la de intervención, es característico de las clínicas del trabajo.

En el terreno de lo teórico, aunque cada clínica del trabajo adopta una perspectiva epistemológica diferente, comparten algunos supuestos debido a sus raíces comunes en la ergonomía de la actividad. Lhuilier (2006, citada por Bendassolli & Soboll, 2011) señala al menos cuatro puntos. Primero, su énfasis en el poder de acción en el trabajo; el objetivo último es crear condiciones que permitan a los sujetos la apropiación de la actividad a través de procesos autorreflexivos y de acciones colectivas. La restitución de la capacidad de actuar —y, por tanto, de transformar— puede dirigirse (a) a sí mismo, cuando el individuo se apropia del uso de sus propias facultades; (b) a la actividad, cuando se consigue experticia sobre los medios y objetivos de trabajo; (c) a la actividad de los otros, cuando el sujeto aporta con su maestría al colectivo de trabajo; y (d) a las restricciones impuestas por lo real, cuando se está en capacidad de generar respuestas creativas a las restricciones. Para Clot (2006), este propósito común es precisamente el motivo por el que se les denomina ‘clínicas’: se concentran en las situaciones reales de trabajo que generan malestares y requieren de transformación para la restauración de la salud de los trabajadores.

La noción de trabajo como actividad, entendida como transformación de lo real —y que permite la creación de significados en el sujeto y en los otros—, es un segundo punto en común que tienen estas teorías y quizás uno de los legados más importantes del análisis ergonómico de la actividad (Lhuilier, 2006, citada por Bendassolli & Soboll, 2011). En este sentido, cualquier actividad humana, incluyendo el trabajo capitalista como una de sus formas, tiene elementos que se escapan de la simbolización y de la anticipación del individuo. La posibilidad de fracaso, presente en el ejercicio de toda actividad, demanda del sujeto su capacidad de transformación del mundo a través de la recreación de normas, y es esa [dis]capacidad la que interviene en el desarrollo de la subjetividad. Que el trabajo tenga unas dimensiones simbólicas articuladas a una práctica en la realidad, implica que éste no se puede concebir sin un contexto y sin una experiencia subjetiva, pues es una confrontación continua del hombre

con su medio, consigo mismo y con los otros (Schwartz, Duc, & Durrive, 2010b). Esto significa que la actividad se constituye en la unidad de análisis de las clínicas del trabajo.

Sin embargo, se encuentran unas características que permiten que una actividad de trabajo sobresalga de entre otras formas de actividad: son los cuatro niveles de centralidad del trabajo. Un aspecto es su influencia en el desarrollo de la identidad y en la integridad psíquica de las personas, siendo uno de los componentes definitorios del ser en la adultez. Por otro lado, juega un papel importante en la determinación de las relaciones sociales: establece vínculos de dominación y estatus de acuerdo con la forma de inserción del sujeto en la esfera productiva. También es esencial en el ámbito político, entendiendo que es el eje de la evolución de la sociedad. Por último, se puede decir que el trabajo determina los modos de producción del conocimiento, haciendo que el saber mismo sea variable en función del contexto histórico: es la 'centralidad epistemológica' del trabajo (Dejours, 2015a).

El tercer supuesto compartido es su idea del sujeto como agente. En contraste con las perspectivas clásicas de la psicología, el sujeto de las clínicas del trabajo no es un receptor que procesa y reacciona, sino que se trata de un ser complejo en una realidad compleja. Las especificidades de lo que se entiende por sujeto varían considerablemente en cada teoría, de manera que en algún punto pueden no ser del todo compatibles, pero todas coinciden en su interés por reivindicar la subjetividad en el trabajo, resaltando que se trata de un sujeto con conflictos intrapsíquicos y donde su dimensión social no sólo hace referencia a la interacción con otros sino a la transformación de su realidad (Lhuillier, 2006).

En último lugar, se puede afirmar que las clínicas del trabajo convergen en una posición amplia frente a las repercusiones del trabajo en el desarrollo de la subjetividad, esto indica que no sólo lo limitan a su influencia en el espectro patológico, sino que también resaltan su función como fuente de bienestar. Frente a la condición negativa, explican el sufrimiento desde dos aristas: cuestionando los modos de organización del trabajo que fragmentan colectivos haciendo vulnerables a los sujetos, y comprendiendo las respuestas psíquicas de los trabajadores que pueden evidenciarse en dolencias físicas y alteraciones mentales y psicosociales. Esta visión es valiosa en tanto deja en claro una articulación de las dimensiones sociales y psicológicas del mundo del trabajo, no limitándose a una sola (Bendassolli & Soboll, 2011).

En relación con la dimensión constitutiva de la subjetividad, se considera que el trabajo puede ser psíquicamente positivo y no sólo alienante. Teniendo en cuenta que el bienestar está también ligado a la concepción de sujeto, esta idea presenta variaciones en cada una de las teorías clínicas, tomando unos matices particulares según desde donde se entienda. En general, cuando se habla de este punto, se comprende que el trabajo puede ser un espacio que estimula la construcción y movilización de la subjetividad, ya sea como oportunidad de recreación de normas, o como un conjunto de pruebas que permiten reafirmar el poder de actuar (Bendassolli & Soboll, 2011).

Compartir orígenes y presupuestos permite que las clínicas del trabajo puedan considerarse como conjunto, pero como sugieren Bendassolli y Soboll (2011), las diferencias en su comprensión del trabajo y de la subjetividad dificultan una articulación completa entre todas, especialmente porque esas diferencias tienen implicaciones en los métodos de aproximación al fenómeno. No obstante, su afinidad permite que los investigadores se sitúen en una teoría y, sin perder coherencia, puedan adoptar algunos argumentos de las otras. Para cumplir este propósito de articulación sin terminar en un eclecticismo, es necesario recurrir a una referencia epistemológica sólida que no entre en contradicción con los modelos teóricos a los que recurren las demás clínicas; siendo la ergología una alternativa no sólo posible, sino necesaria. Esto significa que, aunque creemos que los conflictos de la actividad de los profesionales de la salud pública pueden ser mejor entendidos desde una perspectiva ergológica, a lo largo del análisis también emplearemos algunos elementos de la clínica de la actividad —y en menor medida, de la psicodinámica del trabajo— que, sin ser epistemológicamente contradictorios, consideramos que pueden ser relevantes para un mejor entendimiento de nuestro objeto de estudio.

## 2.2. La vida en actos: la actividad como unidad sintética

Para entender en qué consiste la propuesta de la ergología, hay que partir de un concepto que es central para interpretar la relación entre el sujeto y su trabajo: *la actividad*. Esta no es la primera vez que se adopta dicho concepto como objeto de estudio en alguna disciplina, en efecto, esta postura es directamente heredada de la ergonomía de la actividad y es el eje de las prácticas contemporáneas en esta área (Vidal, 2010b). En psicología también se ha concebido como unidad de análisis de las dimensiones psíquicas del sujeto, teniendo un desarrollo amplio

en corrientes específicas como la psicología histórico-cultural de Vygotsky o la psicología concreta de Politzer (Rezende, Athayde, & Christo, 2013). Las contribuciones de cada disciplina a lo que Schwartz (2005) llama la renovación del concepto de la actividad en la ergología se expondrán en detalle a continuación.

Desde el análisis ergonómico del trabajo se entiende que una situación laboral sólo puede ser estudiada y comprendida en la actividad situada, es decir, en ese punto en donde convergen todos los componentes del trabajo: los organizacionales o condiciones de ejecución, los tecnológicos o medios de trabajo, y los personales, es decir, todo aquello que aporta el trabajador para el desarrollo de la tarea (Vidal, 2010b). Para la ergonomía de la actividad, al igual que para la ergología, no se puede hablar del trabajo sin los trabajadores (Schwartz et al., 2010b).

Como señala Vidal (2010b), son cuatro las afirmaciones que se derivan de este enfoque. Primero, todas las situaciones de trabajo son determinadas socialmente. Un efectivo análisis ergonómico del trabajo debe tomar en consideración que cualquier actividad, independiente de su formalidad laboral, se inscribe en un contexto socioeconómico que ejerce consecuencias en las condiciones de la organización del trabajo. Segundo, el trabajador, como parte de esas determinaciones sociales del trabajo, posee características individuales que añaden variabilidad a la actividad; en ese orden de ideas, la actividad es consecuencia del individuo que la realiza.

En tercer lugar, no existe un único método para dar solución o respuesta a la tarea, ni siquiera para un mismo sujeto; según las necesidades identificadas, el trabajador genera estrategias que convocan todos sus niveles de acción y definen su comportamiento. Estos procesos pueden no ser susceptibles de una descripción exhaustiva, pero no por eso deben omitirse. Finalmente, esta perspectiva de la ergonomía reconoce el carácter complejo de la actividad: cuando se habla de los niveles de acción del sujeto se comprende una referencia a sujetos con características biológicas, psicológicas, sociales e históricas que se movilizan simultáneamente en torno a una tarea que no puede ser completamente predecible (Vidal, 2010b). Todas estas posiciones son compartidas y ampliamente desarrolladas por la ergología.

En el campo de la psicología no hay tanta unanimidad sobre la actividad como concepto científico, pero se pueden identificar algunas generalidades que tienen especial relevancia para esta investigación. Para empezar, el interés por este tema surge en respuesta a la necesidad de replantear la estrategia de análisis del positivismo hegemónico para el estudio del comportamiento. Partiendo de que los procesos psicológicos no pueden descomponerse en elementos más simples para su estudio, como sugieren las ciencias exactas, se propone encontrar una unidad modular de análisis donde pudieran encontrarse todos los componentes, en interacción auténtica, que permitan una comprensión integral del comportamiento (Rezende et al., 2013).

Parte de lo que se defiende con dicha postura es una reflexión en torno a la epistemología misma de la psicología —y de las ciencias sociales—, atendiendo a que su objeto de conocimiento no es accesible de manera directa o a través de la observación, sino que requiere de métodos interpretativos, pues debe entenderse en su desarrollo como proceso y no como producto o resultado (Rezende et al., 2013). En este contexto, el *acto* o la *actividad concreta* se convierten en una alternativa a las unidades tradicionales de análisis. Rezende y cols. (2013) aluden a una descripción muy ilustrativa empleada por Politzer para definir el acto: Si la vida se comprende como una narrativa compleja, esto es, como un drama en el sentido teatral, el acto sería la unidad más elemental posible sin que pierda sentido; es decir, un acto o una actividad serían un comportamiento en contexto, contexto que no sólo se refiere a acontecimientos externos, sino a situaciones internas interrelacionadas.

Como se puede observar, tanto en ergonomía como en psicología la actividad toma relevancia por su función sintética, es decir, es el espacio donde confluyen, se organizan y estructuran todos los elementos que son parte de la situación de trabajo o del ejercicio de la subjetividad (Schwartz, 2005; Vidal, 2010b). Esta premisa fundamental rescata una perspectiva de complejidad que parece obviada por otras corrientes, donde se entiende que ninguno de los componentes del objeto de estudio puede entenderse aislado de los otros debido a que las relaciones son definitorias del objeto; así, el objeto está inmerso en un contexto que transforma a la vez que es transformado.

De esta manera, el aporte de la ergología es tomar en conjunto las contribuciones de una y otra disciplina para crear un concepto más estructurado, que no se queda en un momento etéreo

de “la subjetividad en acto”, como diría Schwartz (2005, p. 63), sino que lo trasciende al incluir cómo las características de la actividad ponen en juego contradicciones a las que deben enfrentarse los individuos, siendo esas contradicciones las que intervienen en el desarrollo de la subjetividad; y su posibilidad de resolverlas, las que definen la salud del sujeto (Schwartz, 2005; Schwartz, Duc, & Durrive, 2010c).

Para Schwartz (2005), la actividad tiene tres características fundamentales. (1) La trasgresión, es decir, se trata de un concepto que ‘atraviesa’ a todas las disciplinas; no existe un campo de estudio que sea lo suficientemente autocontenido para dedicarse de manera exclusiva a la indagación por la actividad, esto recordando su función de integración de elementos. (2) La mediación, pues al ser sintética, la actividad es el punto donde se encuentran los contrarios: permite un análisis simultáneo de varias relaciones. (3) La contradicción: como lugar de encuentro y debate de normas que pueden ser opuestas, los resultados de la actividad son inciertos. Las normas que se encuentran aquí son sociales, son históricas, pero también son individuales.

En este punto debe señalarse un elemento que puede entenderse como puramente de forma, pero que es bastante relevante en términos de contenido. En la ergología, la actividad es por defecto actividad *de trabajo*, con ese énfasis proveniente de la ergonomía. La razón es porque en esta actividad se pueden evidenciar con precisión aquellas contradicciones o debates de normas a los que se puede exponer una persona (Duraffourg, Duc, & Durrive, 2010). No obstante, autores como Schwartz y Durrive son precavidos en el uso del término ‘actividad de trabajo’ debido a que puede llevar a pensar únicamente en su connotación capitalista, excluyendo otras definiciones culturales de trabajo. En esa medida, ellos prefieren usar el término ‘actividad industrial’ para representar cualquier momento donde el individuo emplea sus habilidades (Schwartz, 2006, 2017). Nosotros usaremos sin distinción las expresiones ‘actividad de trabajo’ y ‘actividad profesional’, teniendo en cuenta que histórica y culturalmente nuestra investigación se sitúa en un contexto de trabajo capitalista, pero haciendo la salvedad de que nuestra definición de actividad no se limita a éste.

La actividad en la ergología, entonces, se define como ese espacio donde se articulan los debates que tiene el individuo con las normas histórico–sociales, y que permiten una reconfiguración continua de su medio a través del uso de sus capacidades (Schwartz, 2005).

Con el objetivo de generar mejores intervenciones en el trabajo a partir de dicha definición, la ergología parte de cuatro supuestos que permiten puntualizar el abordaje de la relación entre actividad y subjetividad.

### 2.2.1. La distancia en el centro de la actividad

La primera presunción de la ergología, claramente proveniente de la ergonomía, se orienta a profundizar en los elementos de la actividad, y señala que la distancia entre el trabajo prescrito y el trabajo real es universal e inherente a toda actividad humana (Schwartz, 2010).

El *trabajo prescrito* puede entenderse como un conjunto de conocimientos teóricos que indican *qué y cómo se debería* hacer un trabajo para garantizar su máxima optimización en términos de tiempos y movimientos. Este planteamiento tiene sus orígenes en la organización científica del trabajo, práctica muy popular después de la revolución industrial basada en la aplicación del método científico al estudio de la relación entre el trabajador y las máquinas. La estrategia consistía en simplificar a tal punto el trabajo que no se diera espacio a la improvisación, por medio de la división sistemática de tareas y de la eliminación de los movimientos innecesarios (Schwartz, 2010).

En la actualidad, con la proliferación del trabajo inmaterial se podría pensar que el término cayó en desuso; sin embargo, los procedimientos para evitar reprocesos y, en general, todo el planteamiento del aseguramiento de la calidad tiene un gran acento en la prescripción del trabajo. En la ergología, el trabajo prescrito es importante y necesario para el desarrollo de la actividad, pues tiene una función anticipatoria: permite al trabajador predecir y atenuar las consecuencias de un ambiente que en principio puede ser poco conocido. Contribuye a identificar y dominar las generalidades del trabajo a través de un conjunto de saberes que son más o menos aplicables para cualquier situación, pues precisamente esa es su característica: el trabajo prescrito existe por fuera del trabajador y por fuera del contexto concreto. Esta *primera anticipación*, que viene determinada socialmente<sup>2</sup>, le da algunas herramientas al

---

<sup>2</sup> Usualmente son tres perfiles profesionales quienes se encargan de la prescripción del trabajo: científicos e investigadores, docentes y personas encargadas de la gestión de los recursos humanos. En todos los casos estas personas son consideradas expertos en los saberes del trabajo, aunque su experticia está enfocada en los conocimientos generalizados de la actividad (Schwartz, 2017).

trabajador para advertir qué debe esperar de su trabajo. Ser competente en el trabajo es, en parte, dominar estos saberes (Schwartz, 2017).

Sin embargo, el trabajo prescrito tiene una limitación importante: en la medida en que la realidad no es completamente previsible, la prescripción siempre será insuficiente. No existe un modo de describir y anticipar cada detalle de todas las situaciones concretas posibles. Para Schwartz (2017), lo problemático de esta forma de anticipación es su exceso, que suele darse por no comprender sus limitaciones, inmovilizando al trabajador. Esa, precisamente, es la razón por la cual la organización científica del trabajo tuvo un éxito limitado: desconocía que incluso en el trabajo material existen elementos que no pueden predeterminarse (Schwartz, 2010).

Por su parte, el *trabajo real* es *aquello que efectivamente se hace* para dar solución eficaz a la tarea, proceder que no es predecible ni estático (Schwartz, 2010). El trabajo real es la respuesta del trabajador cuando se enfrenta a un medio cambiante con una anticipación limitada; se trata de hacer uso del espacio de improvisación que la prescripción pretende no permitir. El trabajo real, inclusive, hace parte de la realidad de la actividad que no puede ser prevista por el trabajo prescrito.

En el trabajo real se incluyen la variabilidad y la singularidad del trabajador que fueron neutralizadas o estandarizadas para la prescripción del trabajo (Schwartz, 2017), es decir, que en contraposición con lo prescrito, la principal característica de lo real es la flexibilidad. En su encuentro con los incidentes del entorno cotidiano, el trabajador debe tomar decisiones que involucran alteraciones en el método prescrito e improvisaciones que le permitan cumplir la tarea encomendada. Esto significa que, en primera instancia, trabajar puede definirse como un fracaso (Dejours, 2015a). Teniendo en cuenta que ningún trabajo puede entenderse como una simple aplicación de reglas —que fueron pensadas de manera descontextualizada y por eso no responderán a todas las necesidades—, la capacidad de enfrentarse exitosamente a los incidentes puede considerarse una parte importante de la competencia laboral (Schwartz, 2017).

A esta diferencia entre el *deber hacer* y el *hacer concreto* es a lo que la ergología llama la distancia entre lo prescrito y lo real. Esta distancia está presente, en mayor o menor grado, en toda actividad, y es parte determinante de ésta.

### 2.2.2. La singularidad de la distancia

Una segunda premisa clave en la ergología es que toda distancia es única, lo que implica que cada situación de trabajo también lo es (Ferreira & Muniz, 2015; Schwartz, 2010). Para entender mejor esta afirmación, hay que profundizar primero en un término que Schwartz (Schwartz, 2017; 2010c) retoma de Canguilhem y es el de las *infidelidades del medio*. Canguilhem (1966a) sugiere que la realidad de los seres vivos no se puede reducir a un conjunto de leyes de la física y de la química, pues éstas explican el universo como abstracciones teóricas; no obstante, el acontecer de lo concreto supera a las normas. Para este autor, no se trata de azar ni mucho menos de indeterminismo, sino de una comprensión de la realidad desde el devenir de los acontecimientos.

Este concepto, que Canguilhem desenvuelve en torno al *medio ecológico*, es aún más evidente cuando se habla del *medio social*, donde la interacción entre seres humanos es todavía menos estable y, por tanto, menos predecible o estandarizable. Considerando que vivir es construir historias colectivas a partir de las historias particulares de cada sujeto, se evidencia una *doble infidelidad* en tanto que cada decisión humana está en capacidad de transformar su medio en relación con circunstancias precedentes, creando nuevas configuraciones del mundo a cada segundo e impidiendo así cualquier intento absoluto de anticipación (Schwartz, 2017; Schwartz et al., 2010c).

Siendo consecuentes con esta postura, es indiscutible que no existen dos situaciones de trabajo idénticas. Además, el trabajo como experiencia de vida de un trabajador, “se renueva siempre frente a seres que nunca son intercambiables” (Schwartz, 2017, p. 77). Este planteamiento es una reivindicación a la singularidad de cada trabajador —que es biológica, pero también psicológica e histórica— y cómo esa singularidad no sólo influye en la realidad de los otros, sino en su propia realidad. La doble infidelidad es, entonces, el encuentro de la historia de vida de cada persona con la historia de los medios (Schwartz, 2017); esto supone que, así como no se pueden anticipar por completo las condiciones del medio, tampoco se puede predecir cómo

será el manejo de ese desfase por parte del individuo. Como señala Schwartz (2010), esto no implica que no puedan identificarse algunas tendencias, sin embargo, lo que sí resalta esta postura es la necesidad de incluir al trabajador en los estudios del trabajo (Ferreira & Muniz, 2015).

Los colectivos de trabajo, como parte del medio, son un elemento relevante que debe incluirse de manera específica en los análisis de las situaciones de trabajo. Para esto, la ergología adoptó la noción de *Entidades Colectivas Relativamente Pertinentes* (ECRP) que permite pensar en los colectivos no como grupos de trabajo formalmente designados, sino como formas de organización que se dan en función de valores socialmente compartidos o de necesidades de eficacia colectiva, pero que surgen de la misma dinámica de interacción entre trabajadores, sin configuraciones predeterminadas. Los límites de las ECRP son invisibles y flexibles, pues se derivan de las situaciones de trabajo específicas (Echternacht, 2008; Efras, 2014).

En este punto, es conveniente convocar otras teorías que parten de los mismos presupuestos epistemológicos para ayudarnos a comprender mejor la manera en que se produce y se maneja la distancia entre lo prescrito y lo real. En particular, nos referimos aquí a un aporte estructural de la clínica de la actividad que puede resultar muy oportuno para nuestro análisis: es el concepto de *género profesional de la actividad*. Para Clot (2006, citado por Lima, 2007), existe una instancia anticipatoria adicional al trabajo prescrito que, a pesar de ser construida de manera colectiva, se encuentra en la actividad individual. Se trata de un marco de referencia compuesto por saberes 'genéricos' del colectivo de trabajo que contiene prácticas, modos de actuar y, en síntesis, normas agregadas que orientan tanto actividades como relaciones entre trabajadores de la misma ocupación, regulando sus acciones individuales (Lima, 2007; C. O. da Silva, Barros, & Louzada, 2011).

Este conjunto de saberes comunes no se determina ni transmite formalmente, sino que se produce y transforma en la interacción de los individuos, y se transfiere de manera implícita en el ejercicio mismo de la actividad (Lima, 2007). Siendo una especie de memoria de la historia colectiva, el género profesional no es permanente ni inmutable, pues responde a experiencias de trabajo e interacciones entre trabajadores. Estas últimas características potencian sus cualidades anticipatorias, convirtiéndolo en un recurso primario cuando se trata de enfrentarse a las infidelidades del medio. La noción de género, además, devuelve a la

actividad su dimensión colectiva que, aunque inherente, no siempre parece manifiesta. Teniendo en cuenta su carácter simbólico, estos saberes colectivos se inscriben entre el sujeto y el objeto de trabajo, transformando su relación; a la vez que cada trabajador está en capacidad de modificar el género de la actividad a través de su experiencia (C. O. da Silva et al., 2011).

Un punto importante es que existen tantos géneros como colectivos de trabajo, incluso al interior del mismo oficio; esto significa que, al momento de la actividad, un trabajador puede recurrir a saberes comunes de otros colectivos que hayan sido parte de su vida históricamente (C. O. da Silva et al., 2011). Este elemento, si bien no propio de la ergología, amplía el poder de análisis de la dimensión colectiva al dar más peso al carácter histórico del medio social y su relación con el individuo; además de denotar y confirmar la singularidad de la distancia entre lo prescrito y lo real. A las infidelidades del medio y a las particularidades del individuo, se suma una historia colectiva cambiante que interfiere continuamente en las decisiones que toma el trabajador para enfrentar dicho desfase.

## **2.3. Las dramáticas del sujeto**

Los elementos que se presentarán a continuación, condensados en las dos premisas restantes de la ergología, permitirán entender mejor cómo se aborda el problema de la subjetividad desde este enfoque. Siendo congruentes con una idea de actividad como unidad sintética, debe resaltarse que es incompatible una comprensión del sujeto donde no se retomen de nuevo aspectos de la actividad de trabajo, pues es un supuesto esencial de nuestro análisis que la subjetividad está contenida en ésta.

### **2.3.1. El cuerpo-sí en actividad realizada y en actividad impedida**

La tercera premisa de la ergología se sitúa más directamente en la noción de *subjetividad*. En esta se afirma que la distancia induce al uso del *cuerpo-sí* (Schwartz, 2010).

Partiendo de que un trabajo no se limita exclusivamente a la ejecución de reglas, ni siquiera en el taylorismo más extremo, las situaciones de trabajo impredecibles e incapturables en normas exigen del trabajador su propia capacidad de anticipación: usar sus recursos y opciones para orientar sus decisiones a una gestión óptima de la variabilidad del medio, de manera que pueda

superarlo en el momento concreto a pesar de la insuficiencia de normas (Schwartz et al., 2010c). Para Schwartz (2000), se hace referencia al *uso de sí* como manifestación explícita del sujeto que está en capacidad de escoger dentro de una infinidad de alternativas empleando libremente sus recursos personales.

Cabe mencionar que cuando se habla de los recursos y de las opciones *del trabajador* no se hace referencia a una *individualización* del proceso. En la ergología, lo social siempre está presente en cualquier actividad que demande el uso de sí mismo, y se manifiesta de varias formas. Para empezar, a través del trabajo prescrito, que también tiene un componente colectivo: son instrucciones diseñadas por otros. Los colegas también interfieren constantemente en la actividad del trabajador, sea por su proximidad inmediata como en el caso de los compañeros de trabajo, o sea a través de los saberes del género. En fin, cualquier tercero que interfiera en la toma de decisión del individuo puede considerarse presente en la construcción del uso de sí (Schwartz et al., 2010c).

En este orden de ideas, el trabajador debe anticipar efectivamente un medio imprevisible respondiendo a los requerimientos de los otros y, simultáneamente, a los requerimientos de sí mismo: valores propios que también entran en juego. A este conjunto de tensiones es a lo que se denomina *dramática del uso de sí* (Schwartz et al., 2010c). Las dramáticas con mucha frecuencia son invisibles, pero pueden ser tan impetuosas que incluso sean evidentes para los demás; no obstante, al margen de su magnitud, siempre están presentes forzando a una movilización del sujeto (Schwartz, 2011).

El término 'dramática' tiene tres presunciones, orientadas en el sentido de una narrativa compleja, pero también de lo trágico que puede resultar cuando no se encamina adecuadamente. Esto significa que, primero, en todo uso de sí existe un riesgo inmanente de fracaso: frente a las infidelidades del medio es probable tomar decisiones erróneas; mas es ese espacio el único posible donde las personas tienen la oportunidad de reorganizar su medio, con todas las vivencias emocionales que esto implica. En segundo lugar, en toda actividad se exige articular exitosamente el uso de sí *por sí y por los otros*. Conciliar valores o normas que pueden ser incompatibles es un desafío de entrada para los sujetos, pero los tres desenlaces posibles no son menos importantes. Cuando producto de dicha tensión predomina un uso de sí por los otros, se está renunciando a valores personales que pueden ser primarios; por el

contrario, si predomina un uso de sí por sí mismo, el sujeto se expone a una exigencia importante, pues aumenta su incertidumbre frente a un destino construido con base en decisiones movilizadas por sus propios valores. La última salida, que es una negociación entre ambos usos de sí, casi siempre es más o menos exitosa, pero rara vez es simple y resulta sumamente delicada. En suma, la presunción definitiva de que el uso de sí sea dramático está en que pone a prueba a los sujetos, y que fracasar en esa prueba puede tornarse en una tragedia (Ferreira & Muniz, 2015; Schwartz et al., 2010c)

Ahora bien, un concepto que es representativo de la ergología es su constructo de sujeto, esa entidad viva que hace uso de sí misma en la actividad de trabajo. Para evitar confusiones con términos que tienen múltiples definiciones en las ciencias sociales como sujeto y subjetividad, en esta perspectiva epistemológica se prefiere hablar del *cuerpo-sí* (Ferreira & Muniz, 2015; Schwartz et al., 2010c), que en español también se ha denominado como *cuerpo de sí* (Delgado, Gomes, & Luna-García, 2016) o *cuerpo-sujeto* (Schwartz, 2017), y tiene unas características específicas.

Este constructo sintetiza todas las dimensiones del sujeto que se ponen en juego en una actividad y que no son disgregables, sino que funcionan sinérgicamente. Un cuerpo-sí está, inicialmente, insertado en el mundo de la vida, de manera que tiene un componente biológico evidente, aunque no puede circunscribirse sólo a éste: también está permeado por unos componentes históricos. El primero hace referencia a su inmersión en un espacio de valores que son construidos socialmente y siempre están presentes; un cuerpo-sí responde a una naturaleza cultural. A continuación, viene un nivel de singularización, se trata del dominio psíquico que involucra normas y valores individuales, también históricos. De esta manera, en el ejercicio de la actividad se trascienden estas tres dimensiones del cuerpo. Esta concepción de sujeto tiene una particularidad y es que defiende que lo psicológico es también sintético: no se puede identificar de manera aislada en alguna de las dimensiones del cuerpo-sí (Schwartz et al., 2010c).

Este argumento supone algunas propiedades del cuerpo-sí y de las dramáticas de su uso. Schwartz (2010) toma en consideración que si se mantiene una idea del trabajo prescrito como modo racional de efectuar una tarea, podría entonces pensarse que los demás modos de proceder son irracionales. En la ergología se busca superar ese concepto a partir del

planteamiento de las distintas *racionalidades* del cuerpo, dando énfasis a las muchas lógicas que, respondiendo a necesidades diversas, participan de la toma de decisión del trabajador; así, no se podría hablar de un modo más lógico que otros (Schwartz et al., 2010c).

El anterior punto contiene también que existen racionalidades que no son deliberadas por el individuo. En medio de la complejidad misma del cuerpo-sí, no todas las disyuntivas ni alternativas son resueltas a nivel consciente; por ejemplo, algunas corresponden a aprendizajes que fueron automatizados. En este sentido, puede decirse que no todas las decisiones del sujeto son conscientes y que, construido a partir de experiencias, valores, deseos y pasiones, no puede ser descrito, definido o delimitado fuera de la actividad (Schwartz et al., 2010c).

Hasta ahora se ha hecho referencia a las tensiones y a los conflictos a los que puede someterse un cuerpo-sí cuando está en actividad, y a la importancia de un desenlace efectivo para el trabajador, pero estos dos temas deben elaborarse en mayor profundidad. En relación con esto, la clínica de la actividad tiene un concepto muy pertinente que destaca ese proceso de debate entre distintas alternativas a través de un agregado de la actividad: *lo real de la actividad* (Clot, 2010b).

Para Clot (2010b), el trabajo real no puede limitarse a *lo realizado*: concentrarse en los comportamientos observables es comprender la actividad a partir de su resultado y no de su proceso, descartando que, antes de la acción, el cuerpo-sí se enfrenta a un universo de alternativas posibles, de las cuáles sólo una será escogida para su realización. A esas posibilidades que fueron consideradas mas no realizadas, se les conoce como *lo real de la actividad*. Desde una lectura de las contribuciones de Vygotsky y Le Guillant, la clínica de la actividad argumenta que los conflictos entre las múltiples opciones que tiene el sujeto son los que definen el desarrollo de la actividad realizada (Fernández & Clot, 2007). De esta forma, Clot incorpora *lo real de la actividad* como categoría de análisis que, sumada a la *actividad realizada*, constituye la *actividad real*. Este concepto es importante porque es en esta relación entre lo real y lo realizado donde el cuerpo-sí puede desarrollarse o transformarse.

Ahora bien, es claro que el desarrollo de la subjetividad no se garantiza exclusivamente con la existencia de lo realizable, sino que requiere de la capacidad del sujeto de solventar cualquier

disyuntiva a través de su acción. Por esto, Clot (2001) incluye también la noción de *actividad impedida* dentro de lo real de la actividad. La *actividad impedida* es aquella que no pudo ser a pesar de que se desearía; una limitación en la capacidad de actuar que produce frustración y es fuente importante de sufrimiento en el trabajo (Clot, 2001, 2010b). En este orden de ideas, si se entiende que en esas situaciones el cuerpo-sí es despojado de su capacidad de uso, es lógico inferir que donde hay actividad impedida también hay subjetividad impedida; siendo el trabajo prescrito su principal referente.

### 2.3.2. Los conflictos vitales

El último punto por tratar tiene que ver con los desenlaces de las dramáticas del uso de sí, y a qué se refiere cuando se dice que este fue exitoso o efectivo. Para esto debemos remitirnos a la cuarta premisa de la ergología: la distancia implica un debate de valores (Schwartz, 2010).

Como se venía planteando, la dramática del uso de sí surge debido a que el cuerpo-sí debe enfrentarse a un conjunto de normas que se evidencian en la actividad de trabajo y que resultan insuficientes frente a la complejidad de la realidad. Hasta ahora se ha venido empleando libremente el término *norma*, pero su acepción puede ser precisada. Para la ergología, una norma es un ideal, un modelo, una regla o, en general, un *deber ser* que es determinado por cualquier instancia que tenga influencia en la actividad. Estas instancias pueden ser externas como cuando son impuestas; o internas, cuando vienen derivadas del propio individuo en función de sus valores (Durrive & Schwartz, 2008). Las normas, así descritas, han permitido que la sociedad tenga una organización más o menos efectiva, y son inherentes a la vida en comunidad (Schwartz, 2011).

Todas las normas, en tanto forma de anticipación de la actividad, siempre tienen un grado de utilidad para el sujeto en cuanto permiten disminuir la incertidumbre: son capitalizaciones de las experiencias de la humanidad; sin embargo, también puede ser inconvenientes cuando son demasiado coercitiva e impiden o restringen en el sujeto su capacidad de acción, pues las normas también han servido como herramientas de ejercicio de poder (Schwartz, 2011). Lo cierto es que estas normas, imprecisas porque es imposible una anticipación exhaustiva, exigen del cuerpo-sí tener la capacidad de reinterpretarlas de forma que pueda apropiarse mejor del medio. En algunas oportunidades, esta reinterpretación puede ser un ajuste menor

de la regla, y en otras, una transgresión completa. Este proceso ha sido trabajado en la ergología como *renormatización* o *recreación de normas* (Duraffourg et al., 2010; Durrive & Schwartz, 2008).

Para Schwartz (2017), renormatizar es anticiparse a las infidelidades del medio por segunda vez<sup>3</sup>, y es un componente importante de la competencia profesional, pues involucra la maestría del sujeto para transformar una norma que fue creada en 'desadherencia', esto es, descontextualizada, y aplicarla a una situación concreta; se trata de resolver una situación apropiándose de las normas antecedentes. En este proceso, el cuerpo-sí recurre a todos sus recursos, jerarquizados por sus *valores*. Los valores corresponden a una categorización subjetiva de lo que es primario o relevante para el individuo, y de aquello que no. La asignación de valor es propia de cada sujeto y de su historia, haciendo que éstos sean variables: la reconfiguración del medio, a partir de la actividad, permite que los valores sean reorganizados (Durrive & Schwartz, 2008; Schwartz, 2011). La importancia de los valores y de sus debates está en que éstos subordinan las decisiones del cuerpo-sí (Schwartz et al., 2010c).

Los debates de normas y de valores son condiciones que surgen individualmente, pero que pueden darse también de manera colectiva. Cuando los debates internos son explosivos, cuando varias gestiones individuales evidencian discusiones más o menos orientadas en un mismo sentido, o cuando estos debates remiten a un cuestionamiento del *statu quo*, el debate deja de ser personal y convoca a entidades colectivas, conduciendo a acciones de transformación (Schwartz, Duc, & Durrive, 2010a).

De esta manera, una propiedad inherente a toda actividad es convertirse en un espacio que propicia los debates. El desfase en la actividad es una oportunidad para que los sujetos arbitren y se desplacen continuamente entre normas antecedentes y renormatizaciones, que a su vez convocan a debates de valores del cuerpo-sí. La razón por la que los debates de normas y de valores y las dramáticas del uso de sí son tan importantes dentro de esta perspectiva es porque "tienen un precio para las personas y los grupos y son inseparables de ciertos valores de la

---

<sup>3</sup> Teniendo en cuenta que en la ergología no se desarrolla en profundidad el tema del género de la actividad, las normas sociales de la ocupación serían abordadas como otra forma de *lo prescrito* y no necesariamente como una categoría de anticipación independiente.

vida y de la salud, de tal modo que no se puede, sin consecuencias, sumergirlas con entusiasmo en la invisibilidad” (Schwartz, 2011, pp. 134–135).

## 2.4. El precio de los debates de normas y de valores

Las consecuencias de las dramáticas del uso de sí y de una renormatización exitosa o frustrada se pueden observar en la salud de los trabajadores. No obstante, el concepto de *salud* que adoptan las clínicas del trabajo poco tiene que ver con las concepciones hegemónicas de bienestar. Siendo una propuesta innovadora en esta área de estudio, la salud en las clínicas del trabajo está más orientada desde lo filosófico y tiene una vinculación estrecha con el desarrollo de la subjetividad.

### 2.4.1. Hacia un concepto de la integridad psíquica

Tanto desde la ergología como desde la clínica de la actividad se aprecian de manera importante las contribuciones de Canguilhem a la comprensión de la salud (Clot, 2006; Schwartz et al., 2010c). Este autor, en una crítica muy fuerte a la noción de normalidad como sinónimo de salud, presenta una elaboración que permite replantear el fenómeno no sólo desde su componente psíquico, sino incluso desde lo biológico, con una propuesta que también tiene implicaciones en el orden de lo político.

Para Canguilhem, es clave reconocer que los seres humanos, así como el medio ecológico, se caracterizan por ser variables. Los intentos de valorar si un individuo es saludable o no en función de estrategias estadísticas —como normalidad y promedio, por ejemplo— no sólo rechazan dicha presunción, sino que además forjan la idea de que la variabilidad no es aceptable (Canguilhem, 1966c). Esto es un error, en primer lugar, porque ‘lo normal’, estadísticamente hablando, se define desde la relación entre los individuos y su medio, de manera que cambia dependiendo del contexto donde sea evaluado; y segundo, porque no necesariamente se puede decir que lo variable sea patológico, al contrario, es gracias a su plasticidad que el ser humano ha conseguido superar las demandas dinámicas del medio (Canguilhem, 1966b).

Esta postura pretende restituir una visión más dinámica y procesual de la salud. En este sentido, el autor afirma que un organismo sano no es aquel que nunca se enferma, sino uno

que está en capacidad de verse afectado y recuperarse efectivamente; es decir, “aquel que puede admitir el paso a nuevas normas” (Canguilhem, 1966a, p. 175). Siendo las reacciones adversas parte del proceso del cuerpo para responder al medio, se puede decir que lo que usualmente denominamos ‘enfermedad’ es una expresión de vida por parte del individuo; entonces, lo patológico vendría a ser la adaptación del organismo que soporta coexistir con una entidad o situación agresora, haciendo del estado mórbido su norma de vida, en lugar de superarla (Clot, 2006).

En línea con esta posición, la ergología consiente que estar sano es tener la posibilidad de recrear normas de vida, de modo que, si una actividad de trabajo —como espacio óptimo para los debates de normas y de valores— no permite la renormatización porque de algún modo restringe el margen de acción de los sujetos, el trabajo puede convertirse en patogénico (Schwartz et al., 2010c). Así que, actividad, en su forma íntegra, es sinónimo de salud, que a su vez es sinónimo de vida: una situación que pone a prueba las capacidades del sujeto, obliga a la movilización de la subjetividad para la superación de la norma (Clot, 2006, 2010b).

Las implicaciones políticas de esta noción de salud surgen precisamente de esa reprobación de la adaptación sin controversia a las normas sociales. Un sujeto sano, en este enfoque, no reduce su acción a una aceptación sumisa de las circunstancias del medio, sino que está en capacidad de cuestionar sus normas y reconfigurarlas para poder apropiarse del mismo. Esto supone, por ejemplo, separarse de las perspectivas tradicionales de gestión del cambio que usualmente buscan forzar el ajuste del individuo a las nuevas circunstancias organizacionales, aun cuando éstas sean intolerables para los trabajadores (Durauffourg et al., 2010).

Un componente destacado de la perspectiva de Canguilhem tiene que ver con su idea de unidad del sujeto. En su concepto, lo patológico no puede reducirse a un órgano o tejido del cuerpo, pues una anomalía o diferencia no es *per se* una enfermedad. Lo mórbido no es localizable porque está determinado por las relaciones de esa anomalía con el resto del organismo, y de éste con su medio. Esto significa que una persona puede presentar una variabilidad, incluso de orden fisiológico, sin que eso signifique que no esté sano (Canguilhem, 1966a). Esta idea es bastante compatible con la noción del cuerpo-sí de Schwartz, donde los distintos componentes del sujeto funcionan interconectados y no pueden considerarse en aislamiento de los otros.

Con algunos matices, este concepto de salud también se ha abordado en las teorías clínicas con el término *placer* y, su contraparte, *sufrimiento* en el trabajo (Bendassolli & Soboll, 2011; Dejours, 2015b). Para efectos de esta investigación, quisimos arriesgarnos con una adaptación de la propuesta de Martínez que es compatible con la descripción presentada hasta ahora y además puede ayudar a evitar algunos equívocos. Esta investigadora, siguiendo el planteamiento de Gómez (1993, citado por Martínez, 1997) sugiere usar *integridad* en lugar de *salud* para marcar una diferencia contundente con concepciones hegemónicas. La propuesta desarrollada por Martínez pretende recuperar algunas contribuciones del modelo sociomédico de Laurell y Noriega a la comprensión del fenómeno.

Para empezar, la autora defiende que tanto la salud como la enfermedad, y sus derivados de normalidad y anormalidad, deben entenderse como constructos delimitados por el contexto histórico en el cual se interpretan y que, por tanto, no es raro que respondan a ideologías precisas. Su tesis es que esta es la razón por la cual las tradiciones biologicista e individualista permearon y se mantuvieron en el estudio de lo subjetivo, pues permitieron desviar la atención de las características sociales y de la inserción de los individuos en la esfera productiva, que para ella son definitorias del sujeto y de sus modos de vivir, enfermar y morir (Martínez, 1997). Ese carácter sociohistórico de los objetos de estudio es el primer componente que hace parte de su propuesta de integridad.

Otro elemento clave es su consideración de la salud y de la enfermedad como un continuo. Para Martínez (1997), el tránsito entre uno y otro polo es dinámico, y no tiene unos límites precisos. Si bien asegura que estar sano es diferenciable del estar enfermo, destaca que como proceso constante no es posible determinar dónde termina uno e inicia el otro, máxime cuando existen diferentes construcciones sociales de dichos límites. Esta postura de proceso, además, destaca que enfermar es parte inherente del ser vivo, de manera que lo saludable y lo patológico no pueden considerarse como extremos y contradictorios, donde la ausencia del uno es la presencia del otro.

En consecuencia, su planteamiento es que la integridad psíquica o de la mente tiene que ver con los modos de reaccionar del individuo que le permiten aminorar las contrariedades frente a las distintas situaciones de la vida a las que debe enfrentarse; dichos modos de reacción, caracterizados como comportamientos y pautas de relacionamiento con sus congéneres

pueden ser considerados *normales* en función de los parámetros normativos y valorativos de la sociedad y del momento histórico en el cual se esté hablando (Martínez, 1997). Como se puede observar, esta propuesta es consistente con el enfoque de la ergología y de la clínica de la actividad, sólo que atribuyendo de manera explícita el carácter de normalidad desde una comprensión sociohistórica.

Una última presunción que debe considerarse por ser esencial desde esta apuesta teórica es que el dominio de lo social no sólo interfiere en las definiciones de los fenómenos, sino que es definitorio en la salud de los sujetos. En su elaboración, Martínez (1997) es enfática en que los individuos no sólo responden a normas internas o del propio organismo, sino que su posición en la sociedad también determina su modo de ser. Esta colocación, dependiente de la inserción en los procesos productivos, pone a la actividad de trabajo en el centro de la discusión. Retomando argumentos marxistas, el trabajo concede el desarrollo de las capacidades de los sujetos en todas sus dimensiones cuando permite que los trabajadores incorporen su subjetividad: “El trabajo no es un proceso mecánico o instintivo, sino que obedece a una ideación previa y responde a la voluntad orientada hacia un fin” (Marx, 1981, citado por Martínez, 1997, p. 143).

En esa medida, creemos que esta perspectiva de la integridad mental es congruente con nuestra postura, no sólo porque pone a la actividad profesional en el centro del análisis, sino porque señala que esos modos de comportarse y de relacionarse, con todo y sus parámetros valorativos históricos, no pueden circunscribirse a ejecución o aceptación de normas —pues eso conllevaría, en términos de Marx, a sujetos enajenados o alienados—, dando espacio a nuestra idea de renormatización como sinónimo de salud o de integridad.

### **2.4.2. Del sufrimiento o malestar en el trabajo**

La contraparte de la salud o de la integridad, como queremos plantearla en esta investigación, será *sufrimiento o malestar en el trabajo*. Reafirmamos que estos dos conceptos no pueden desanudarse y que dentro del proceso dinámico del sujeto no es sencillo establecer sus límites, pero precisamente por ese motivo, una conceptualización de este objeto es imprescindible para evitar confusiones.

El término 'sufrimiento' no es propiamente trabajado en ergología, pero sí en clínica de la actividad y en otras clínicas del trabajo; no obstante, su idea sí es desarrollada como resolución desfavorable de la renormatización. Esto significa que, en situaciones de trabajo donde no se consigue un equilibrio más o menos aceptable entre todas las normas a las que debe responder el sujeto, incluyendo las suyas propias, se puede hacer referencia a sufrimiento o malestar (Schwartz et al., 2010c). Según Clot (2001), dicha dificultad de renormatización se puede entender mejor como restricciones impuestas en la capacidad de actuar de los individuos y de los colectivos de trabajo.

Esa noción así presentada tiene una propiedad bastante pertinente y es que abarca un amplio rango de formas de malestar, es decir, no se restringe a trastornos o enfermedades mentales como problemas emblemáticos de la subjetividad, sino que da la oportunidad de replantear que en ese continuo de la salud y de la enfermedad existen muchos modos de padecimiento del ser (Bendassolli & Soboll, 2011). Esto es sustancial porque si entendemos que estar en actividad es enfrentarse a imprevisibilidades donde existe permanentemente un debate de normas y de valores, entonces toda actividad es, en primera instancia, una frustración: una experiencia afectiva y subjetiva que involucra emociones negativas. Este fracaso de anticipación a la realidad es inherente a la actividad, pero, así como éste, la posibilidad de transformarlo y convertirlo en una experiencia de placer y de desarrollo subjetivo es también inmanente (Dejours, 2015a). De hecho, el objetivo de la renormatización es transformar en placer ese sufrimiento del cual emergió. Este punto explica por qué cuando se impide renormatizar, sea por causas de la organización del trabajo o por ausencia de cooperación del colectivo, se está contribuyendo y potenciando la vivencia negativa del trabajo.

Pese a que las clínicas del trabajo no tienen como propósito enfocarse en el sufrimiento, éste ha sido su tema más ampliamente trabajado (Bendassolli & Soboll, 2011). Esto sucede porque el debate de normas en sí mismo se escapa de la objetivación, de manera que metodológicamente es más viable aproximarse a éste desde situaciones que generan tensión, en aras de encontrar modos de transformación del trabajo (Schwartz et al., 2010c).

De modo no exhaustivo, Bendassolli y Soboll (2011) sugieren algunas grandes configuraciones del sufrimiento, más cuatro conjuntos de manifestaciones o afecciones derivadas. Sobre las primeras, se refieren al sufrimiento como resultado de la desarticulación del trabajo, a las

rupturas en los procesos de subjetivación y, finalmente, a la *desimbolización* del trabajo o pérdida de significado de la actividad. Estas situaciones de sufrimiento, que pueden presentarse de manera aislada o conjunta, consiguen convertirse en un padecimiento importante para los sujetos cuando vienen acompañadas de restricción en el poder de actuar que impiden adoptar medidas de transformación en el entorno de trabajo.

En relación con las manifestaciones, un poco más del orden de lo patológico, los autores exponen cuatro grupos. (1) Las patologías de la actividad o por sobrecarga, aquellas donde el trabajador ve restringida su capacidad de actuar como agente debido a que las demandas terminan superándolo en demasía; en este grupo entran desórdenes musculoesqueléticos, fatiga, síndrome de desgaste profesional o muerte súbita en el trabajo, que también han sido ampliamente trabajados desde perspectivas clásicas del estrés. (2) Las patologías de la soledad y de la indeterminación en el trabajo, que hacen referencia a la desintegración de los colectivos profesionales, a formas de organización individualistas y a desconocimiento de los medios y fines del trabajo que impiden una apropiación subjetiva del mismo; esta última materia directamente relacionada con los conceptos de enajenación y alienación marxistas. (3) Las situaciones de violencia en el trabajo, que involucran escenarios de lucha de poderes donde los trabajadores no cuentan con los recursos colectivos para hacer frente, así como cambios organizacionales que influyen negativamente en la trayectoria profesional de los trabajadores. (4) Las depresiones, tentativas de suicidio y suicidios, entendidas como descompensaciones psíquicas que pueden entenderse como producto de eventos traumáticos, o bien como efecto de conflictos éticos por disociación entre valores y prácticas (Bendassolli & Soboll, 2011).

Como se puede observar, esta categorización de malestares corresponde a consecuencias en cualquier dimensión del cuerpo-sí, y aunque parecen concentrarse más en una arista, las patologías trascienden a la totalidad del sujeto. Según Clot (2001), cualquiera de estos fenómenos, incluyendo aquellos constructos tradicionalmente arraigados a la psicología del trabajo como desgaste, estrés o fatiga, deben explicarse desde la noción de actividad. Esto porque, sea cual sea el desenlace o la manifestación, son los debates de normas y la actividad impedida los que subyacen, de forma que un análisis del sufrimiento que no considere la actividad, como aquí se entiende, estaría negando que existen conflictos en el desarrollo del trabajo.

En este orden de ideas, el autor sintetiza que existen dos formas de compensar los sufrimientos en el trabajo: a través de defensas y a través de reacciones. Las defensas son elaboraciones de los debates de normas y de valores en una creación mórbida o patología como las anteriormente descritas, que de alguna forma protegen al trabajador suspendiendo sus conflictos, es decir, no permiten su resolución, pero tampoco su progreso. Las reacciones, por su parte, son modos de acción que promueven un desprendimiento subjetivo de los debates de lo real, una aceptación nociva del conflicto porque se traduce en apatía o indiferencia, que puede extenderse a otros niveles de la vida del sujeto (Clot, 2001).

## 2.5. El trabajo investigativo como actividad

Los anteriores argumentos en torno a la actividad, a la subjetividad y a la integridad tienen algunas implicaciones metodológicas cuando se pasa al terreno de lo práctico. La primera suposición de la que debemos partir es que, en ergología, existen algunas precisiones frente al proceso mismo de investigación que deben ser consideradas porque redefinen los modos de aproximación al objeto de estudio.

Hasta ahora, se describió qué es la actividad y por qué la subjetividad sólo puede entenderse en su interior; también se mencionaron los debates de normas y de valores a los que remite el ejercicio de la actividad y sus posibles desenlaces en el trabajador. Conociendo estos elementos, la ergología tiene una visión particular frente a la formación del conocimiento y a la educación. Si toda prescripción es una anticipación insuficiente, y si la academia es una de las colectividades que se encarga de crear prescripciones —porque enseña cómo debe hacerse el trabajo—, entonces, estos saberes académicos también son una forma de anticipación inconclusa (Schwartz, 2017). Esto significa que el quehacer mismo de la investigación, como formación de producción del conocimiento, no está exento de las reglas de la actividad y de la vida misma, y por esto debe nutrirse de la vivencia propia y de las vivencias de los otros.

Adicionalmente, debe asumirse que, desde cualquier clínica del trabajo, no será posible alcanzar un conocimiento absoluto del trabajo o del trabajador; de hecho, esta generación de saberes no está orientada a *saber más* como objetivo último, sino a *saber mejor* sólo en la medida que ese conocimiento permite contribuir con los procesos de transformación conducidos por los trabajadores (Clot, 2001, 2006). En esta medida, tanto la ergología como la

clínica de la actividad comparten que los trabajadores son imprescindibles en las actividades investigativas, no sólo porque están orientadas a su servicio, sino porque sin ellos no podría hablarse de una mejor comprensión de las situaciones de trabajo.

Una de las razones por las cuales se plantea que la actividad debe ser considerada unidad de análisis es su capacidad de sintetizar en ella todas las dimensiones del sujeto que, como se mencionó previamente, no pueden comprenderse como componentes aislados porque pierden sus propiedades de interacción que también los definen (Ver Sección 2.3.1). Este argumento va atado a una premisa básica del estudio de la subjetividad y es el reconocimiento de que no todos los fenómenos son susceptibles de ser capturados por observación directa. Una de las implicaciones de dicha premisa es que los métodos preferidos por teorías que la comparten son de carácter interpretativo. Estos modos de aproximación permiten coherencia interna en los análisis al permitir comprender a los sujetos en situaciones concretas, y no abstraídos de la realidad (Rezende et al., 2013).

Sobre ese último punto es también relevante señalar que, pensando en el comportamiento y en las decisiones del sujeto como producto de los debates de normas y de valores, es ineludible la participación del individuo, no como objeto de estudio, sino como parte del proceso de comprensión. Esto porque sólo a través de él se puede acceder a su experiencia interna (Rezende et al., 2013), que tiene especial valor cuando aceptamos que lo real de la actividad es parte determinante de la actividad realizada.

Con estos antecedentes metodológicos, nos inclinamos por una técnica de las varias que se han empleado en otros estudios con este mismo enfoque. Inspirada en los trabajos de I. Oddone en 1970 (Batista & Rabelo, 2013; A. K. L. da Silva et al., 2016) , y con una elaboración exhaustiva desde la clínica de la actividad, encontramos que la estrategia de *instrucciones al sosia* o *instrucciones al doble* podía ajustarse en mejor medida a nuestra población de estudio, respondiendo a nuestras necesidades.

Sin ánimo de entrar en detalle sobre otras técnicas y sus variaciones, destacaremos de las instrucciones al doble su capacidad para ser aplicadas en ocupaciones del sector servicios, como los profesionales de la salud pública con quienes trabajamos. Esto puesto que nos permitía acercarnos a la experiencia del trabajador sin recurrir a videos o fotos para

reproducirla, de modo que el acceso es directamente a través de la narrativa del trabajador que es orientada de manera rigurosa. Además de su pertinencia para un trabajo inmaterial como el de los salubristas, esta estrategia también nos favorecía en términos prácticos, dado que existía una disponibilidad limitada por parte de los trabajadores que aceptaron participar del coanálisis, y nos permitió ser flexibles con los tiempos de los encuentros. A continuación, expondremos algunas características de la técnica que fueron importantes para esta investigación, y cómo fue ajustada —siendo consistentes con nuestro marco teórico, estos saberes disciplinares del método también son susceptibles de confrontación durante nuestra actividad de investigación.

### **2.5.1. “Si tú fueras mi hermano gemelo...”**

Aunque no se puede acceder de manera directa a la experiencia subjetiva, específicamente a lo real del trabajo<sup>4</sup>, no se trata de inducir cualquier modo de aproximación. Clot (2010c) es enfático en que para acceder de manera más o menos precisa, el sujeto no puede simplemente reflexionar en torno a ésta, pues estaría desnaturalizándola y transformándola al convertirla en objeto de pensamiento. Por esto es importante que cualquier método (1) reproduzca la experiencia, es decir, sea una réplica de lo vivido porque desde el pasado no existe otro modo de acercamiento; y (2) mantenga su carácter histórico, o sea, que evidencie el desarrollo de la acción y no sólo sus resultados.

La técnica de instrucciones al doble cumple con ambas condiciones. Incita a la recreación de la actividad por parte del trabajador, pero orientada a otra persona, de manera que consigue desplazar la experiencia a otro contexto, sin perder sus propiedades, para que pueda analizarla en su desenvolvimiento. En ese proceso de convertir su experiencia de la actividad en actividad de lenguaje, el sujeto expone su subjetividad a un nuevo contexto que es fuente potencial de nuevos desarrollos y también de nuevos imprevistos (Clot, 2010c).

En esta investigación, invitamos a cuatro trabajadores del área de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá. A pesar de que en la tradición francesa de la ergonomía de la actividad y, por supuesto, de la ergología se asume que la intervención en el trabajo inicia

---

<sup>4</sup> Primero, porque es una experiencia que ya sucedió; segundo, porque una experiencia vivida pasada no evidencia propiamente todos sus conflictos vitales sino sus posibilidades realizadas.

cuando los trabajadores identifican y manifiestan explícitamente dicha necesidad, esta situación parece no presentarse de la misma forma en países latinoamericanos, toda vez que las experiencias en Brasil (C. O. da Silva et al., 2011) muestran que los estudios surgen más por invitación de los investigadores que por demandas de los trabajadores, con resultados igualmente positivos. En todo caso, tanto las razones de esta dinámica como la extensión de los efectos de la investigación en función de los distintos puntos de partida todavía deben ser evaluadas.

Los trabajadores participantes fueron identificados en diálogo con dos integrantes del área, quienes además apoyaron logísticamente el proceso de investigación, teniendo en cuenta tres criterios de *preferencia*<sup>5</sup>: (1) que estuvieran vinculados como trabajadores al momento del estudio; (2) que tuvieran una antigüedad en la institución de por lo menos seis años, esto esperando que pudieran confrontar su actividad actual con las vivencias en al menos otro periodo de gobierno; y (3) que en lo posible pertenecieran a distintas áreas de la Subsecretaría de Salud Pública. Ni el sexo, ni la edad se consideraron relevantes, siendo una de las consecuencias de esta decisión que en la composición del grupo predominaron las mujeres y, aunque no fue premeditado, esto puede explicarse porque así se distribuyen en la población general de trabajadores.

De esta forma, se elaboró un listado de posibles participantes y se fue avanzando, en parejas, hasta considerar que los diálogos recopilados daban cuenta de los objetivos de la investigación. Esto, además, teniendo en cuenta que con cada uno de los trabajadores tuvimos varios encuentros. Los ajustes específicos que se implementaron a la técnica se irán relatando como sigue.

Atendiendo a las recomendaciones de Batista y Rabelo (2013), en los primeros encuentros se dieron a conocer algunas reglas mínimas de la investigación. Estos diálogos fueron informales, y no tardaban más de quince minutos, pues en realidad buscaban establecer un contacto inicial con los trabajadores. En todos los casos se hizo una introducción de la investigadora y de los

---

<sup>5</sup> No se habla de *criterios de inclusión* en tanto que, si un trabajador no convocado quería participar, no cumplir los criterios no sería causal de exclusión; sin embargo, a la hora de hacer la invitación se dio prioridad a aquellos que cumplieran con las condiciones mencionadas. Esto siendo coherentes con nuestra posición epistemológica, pues todos los trabajadores ponen su subjetividad al servicio del trabajo, al margen de sus características sociodemográficas o de sus condiciones laborales.

objetivos generales de la contribución. También se mencionaron aspectos relativos a la confidencialidad de la información y a la calidad de voluntario que son parte de los aspectos éticos que deben tenerse en cuenta en el ejercicio profesional del psicólogo según la normativa nacional (Congreso de la República de Colombia, 2006).

Los cuatro trabajadores a los que se contactó aceptaron cooperar. Con cada uno de ellos se concretó una primera fecha de encuentro, de acuerdo con los tiempos donde tuvieran su mejor disponibilidad para concentrarse en nuestra actividad de investigación. En todos los casos, esta primera reunión se llevó a cabo en las mismas instalaciones de la entidad, en espacios sugeridos por los mismos trabajadores. Allí se volvieron a presentar los lineamientos básicos de la investigación, pero esta vez con más detalle. Una vez resueltas sus inquietudes, se procedió con su autorización explícita a través del consentimiento informado (Anexo A). Todos los encuentros tuvieron grabación de audio, esto para permitir transcribir posteriormente las conversaciones.

Antes de iniciar con la aplicación de la técnica, y siendo conscientes de que el debate de valores en la actividad puede movilizar normas que están ancladas a las experiencias históricas de cada sujeto, quisimos preguntar “¿Quién es [nombre completo del trabajador]?”. Esta pregunta iba orientada a comprender mejor esas situaciones importantes en la vida de los participantes que los había llevado a ser salubristas y a ser trabajadores de la Secretaría de Salud, circunstancias que fueron moldeando sus conocimientos, sus necesidades o sus expectativas, formando, no sólo sus trayectorias profesionales, sino sus cursos de vida.

En la última parte de esa sesión, procuramos que nos contaran más acerca de su trabajo en la institución. Nos describieron cómo su cargo se articulaba con los objetivos del área y con la misión de la entidad y, en su opinión, que características debería tener una persona que fuera a ocupar esa posición. En realidad, además de promover una reflexión preliminar en torno a esos temas, buscábamos identificar mejor de qué se trataría la actividad profesional de cada uno de los participantes para prepararnos a la aplicación del método.

En este punto señalaremos que contábamos con un criterio de selección específico y es que, aunque sabíamos que cualquier sujeto tendría una experiencia valiosa de la actividad, nos inclinamos por aquellos que tuvieran más de seis años de antigüedad, pues pensamos que con

una experiencia más extensa del trabajo en la entidad podrían revelarnos algunas de las tensiones que se mencionaron en el primer capítulo de este documento, muchas de las cuales corresponden a asuntos políticos y serían más evidentes para personas que hubieran estado vinculadas por dos administraciones locales distintas. Los trabajadores no sólo eran de distintos niveles de cargo, sino que algunos de ellos habían estado en niveles diferentes durante su vinculación a la institución.

En la segunda reunión, seguimos el desarrollo del método con las recomendaciones de Batista y Rabelo (2013), y de Clot (2010c). La regla presentada fue la siguiente: “Supongamos que yo soy tu hermano(a) gemelo(a), que me parezco físicamente a ti en todo, y voy a venir a reemplazarte en la Secretaría de Salud el día que tú digas. Quiero que me cuentes qué debería hacer yo, cómo debería comportarme, para que nadie se dé cuenta de que hubo un cambio”. Esta instrucción, que es una adaptación a la de los autores, presenta diferencias más derivadas del uso de términos coloquiales que cambios de fondo. Se mantuvo el concepto del interlocutor que desconoce la actividad, pero debe ser experto en poco tiempo; y también se intentó concretar cada secuencia de actividad para permitir una mejor proyección, es decir, en todos los casos se buscó, con ayuda del participante, determinar qué día sería el reemplazo.

Este ejercicio se elaboró solicitando detalles puntuales de la actividad que evidenciaran los modos de acción que incluso parecían sobreentendidos, intentando que el trabajador no se manifestara en primera persona, sino que se convirtiera en observador de su propia tarea al describirla como ajena. También se procuró indagar por las cuatro dimensiones propuestas por Oddone para una mejor comprensión de la tarea, es decir, las relaciones del trabajador con sus funciones, con sus compañeros, con sus jefes y con las formas de organización informal que hacen parte de la actividad descrita. Para terminar esta sesión de instrucción, se indagó a los participantes por las sensaciones que les había dejado dicho ejercicio, esta última parte con el objetivo de reelaborar la experiencia y facilitar el proceso reflexivo frente a la propia actividad (Batista & Rabelo, 2013).

Si bien Clot (2010c) menciona que es importante una autoconfrontación del trabajador con su propio discurso para poder cumplir con los objetivos del método, o sea, identificar los impedimentos de la actividad y las diversas formas de hacer un mismo trabajo, encontramos que este último paso se ha llevado a cabo de distintas maneras en otras investigaciones

(Delgado et al., 2016; A. K. L. da Silva et al., 2016). Teniendo en cuenta algunas limitaciones de tiempo por parte de los participantes, buscamos alternativas que nos permitieran dicha autoconfrontación sin demandar mucha más disponibilidad a los trabajadores; de esta manera, cada grabación se envió a transcripción externa, después los textos fueron revisados en su calidad por la investigadora y, finalmente, de ellos se extrajeron algunos apartados que fueron presentados nuevamente a los trabajadores para su análisis. Además de los propios fragmentos de entrevista, cada participante discutió sobre fragmentos de otro compañero, sin saber cuáles eran propios y cuáles de su colega.

Este procedimiento de confrontación de las transcripciones fue realizado durante una tercera reunión. Los discursos allí obtenidos también fueron transcritos y son material del análisis que se presentará más adelante. Durante dichos diálogos, se tomaron notas de aquellas expresiones discursivas que hacían referencia a emociones negativas y a emociones positivas derivadas del trabajo. Antes de finalizar cada sesión, se cuestionaba a los trabajadores sobre el uso de ambas formas de expresión, en una autoconfrontación más inmediata en torno a posibles situaciones de sufrimiento o de potenciamiento de la integridad mental. Ya para terminar, nuevamente se exploraron sus sensaciones durante este nuevo ejercicio.

En total fueron catorce encuentros con los cuatro trabajadores, con la mayoría de ellos tres reuniones, con alguno más debido a situaciones de disponibilidad. Todos los diálogos fueron transcritos y considerados en el procesamiento de la información, y fueron interpretados dentro del análisis de discurso que propone Clot (2010a, 2010d). De este método de análisis es importante rescatar algunos elementos. En primer lugar, no se trata de un análisis de discurso tradicional, pues aquí no hay tanto énfasis en lo lingüístico como en evidenciar los momentos de desarrollo del pensamiento, es decir, los espacios donde el sujeto, tras la confrontación, reelabora el discurso y transforma su pensamiento; estos momentos fueron plasmados en los resultados. Segundo, este modo de análisis, que tiene un fuerte componente interpretativo, permite un acercamiento a las diferentes dimensiones de la actividad a partir del relato del trabajador, aun cuando se trate de aquellas que no resultan tan evidentes como lo real de la actividad; característica que nos mantuvo orientados dentro de los objetivos planteados. Finalmente, el planteamiento de Clot (2010d) incluye el reconocimiento de los destinatarios directos e indirectos de la comunicación, único elemento del análisis que se

escapa del alcance de nuestra investigación, especialmente porque son los encuentros con colectivos de trabajadores los que favorecen esta última propiedad.

De esta manera, la información se organizó preliminarmente —y de manera no excluyente— a partir de los conceptos centrales de la propuesta teórica. Debe advertirse que, aunque varios componentes teóricos pueden comprenderse de manera más o menos aislada, no se presentan de esa forma en la realidad; esto implica que, si bien algunas narrativas podrían dar cuenta con mayor claridad de algunos conceptos, no significa que en sí mismas no se encontraran otros elementos conexos. Lo que aquí se pretendía era encontrar ilustraciones suficientes frente al curso real de la actividad del salubrista desde una perspectiva ergológica.

Posteriormente, dentro de todas las transcripciones que conformaban el discurso de cada trabajador a lo largo de los diferentes encuentros se identificaron transiciones entre situaciones de malestar y opciones de renormatización, entendiendo que sólo a partir de ese proceso que parte del conflicto y del sufrimiento es comprensible la integridad mental. Lo propio se hizo en relación con las reelaboraciones del discurso, las cuales evidenciaban procesos de transformación del pensamiento derivado de la confrontación, ya fuera en el diálogo con la investigadora o desde las narrativas de los colegas.

Como finalización de este apartado, no queremos dejar pasar que, siendo la investigación también una actividad, entonces, está sometida a la misma comprensión que hemos presentado hasta ahora (C. O. da Silva et al., 2011), esto se evidencia en que debimos renormatizar en algunas situaciones concretas de la investigación. Hasta ahora se han presentado aquellos ajustes que nos fueron requeridos frente a la aplicación de la técnica, pero queremos destacar que esa situación también es extensible al momento de nuestro propio análisis.

### 3.El punto de vista de la actividad

Esta mano ha ordenado en fila las palabras  
para llevarlas al abismo  
y hacerlas decir ya sin aliento  
del esplendor de las pobres emociones,  
del desplome de las ruinas aún en pie,  
de la sal viva en las pestañas.

*María Mercedes Carranza, «Esta mano que todos ven».*

En el presente capítulo expondremos algunos elementos que emergieron del análisis —y del coanálisis del que fueron partícipes los trabajadores— de los diálogos producidos con los funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Bogotá acerca de su actividad profesional. Para ilustrar mejor algunas de las categorías, incluiremos fragmentos de las narrativas generadas durante los distintos encuentros, siempre con la salvedad de que tanto los resultados como la selección de las narrativas también están permeados por nuestra propia actividad investigativa.

Los resultados se organizaron en dos apartados, de manera que fueran sintéticos, pero a la vez permitieran mostrar particularidades del análisis. En el primer apartado, aparecerá todo lo relacionado con los desafíos de la actividad: iniciando con esa efectiva distancia singular entre el trabajo prescrito y el trabajo real, donde la prescripción o las normas antecedentes toman muchas dimensiones que van de lo general a lo específico, hasta llegar a la norma interna o al debate de valores. En la segunda parte, se presentarán los diferentes modos de resolución o las implicaciones del conflicto, sea esto en favor de la integridad mental del trabajador y del género profesional, como forma de malestar o desintegración del colectivo, o, como expondremos más adelante, como una combinación de ambas.

### 3.1. Una inmersión en la actividad del salubrista

Para comprender mejor las tensiones que entran en juego durante el desarrollo de la actividad profesional de los salubristas primero fue necesario aproximarnos a todo el cúmulo de normas antecedentes que prescriben el trabajo del profesional de la salud pública, pautas que vienen en diferentes escalas. Con esa idea, se presentarán de forma desagregada —en la medida de lo posible— intentando que no pierdan su sentido, y esto significa que siempre estarán puestas en diálogo con las incertidumbres de la realidad, así como plasmaron nuestros participantes.

#### 3.1.1. Cualquier obra se enmarca en un escenario

En el contexto más amplio de la actividad observamos que ésta se desenvuelve en un mundo con una serie de normas más o menos generales que no sólo atañen a los trabajadores de salud pública del distrito, sino que en algún momento podrían ser extensivos a otros profesionales del sector en el país. En el primer capítulo de este documento se presentó un análisis de las principales políticas macroeconómicas en las que se inscribe nuestro actual sistema de salud (ver Sección 1.3). De los diálogos con los trabajadores pudimos rescatar algunos apartes de cómo su ejercicio profesional se vio afectado con la puesta en marcha del modelo de aseguramiento, cuyos cánones siguen siendo determinantes de la actividad en salud pública.

**Helena<sup>6</sup>:** *En Vista Hermosa, inicialmente... Mira, yo entré allá porque la consulta y toda la dinámica-- Ley 100 y todo eso, cambió totalmente la dinámica de trabajo del consultorio. Entonces, y ya con muchachos, yo necesitaba ya tener algo fijo. Entonces yo entré a Vista Hermosa, sí. (...) Yo decía: Dios mío, ¿yo qué hago acá?; pero para mí la parte social siempre, y como conocer cosas nuevas... Tener experiencia en eso, Dios mío. Fue duro llegar los primeros meses, pero inmediatamente me adapté. Vi que podía trabajar con gente de esos estratos tan necesitados, y fueron los mejores años de mi vida. Pero allá era muy duro, muy duro.*

**Piedad:** *[El SGSSS en 1995] Estaba en reglamentación, todo el cuento, estaba en aprendizaje, toda la situación estaba en decir: Bueno, ¿y esto qué es?, ¿con qué se come? En un marco del pluralismo estructurado en el que se dividen las funciones de los entes territoriales, de las EPS, de los prestadores, el nuevo cargo del sistema, hay un modelo de financiamiento, un modelo de aseguramiento, ¿eso cómo será que funcionan las acciones de salud pública, o sea, las acciones colectivas?, pues porque apenas la Ley había esbozado el Plan de Atención Básico en ese momento, entonces, había mucho que construir.*

---

<sup>6</sup> Todos los nombres fueron cambiados para mantener la confidencialidad de los participantes.

En este marco, quizás las normas antecedentes que más sobresalen son aquellas que vienen formuladas por los grandes actores de la salud: organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta entidades gubernamentales como el Ministerio de Salud y Protección Social que, como anticipamos durante nuestro planteamiento del problema, no sólo tienen injerencia en la Secretaría de Salud, sino que sus aproximaciones a lo que *debe ser* la salud pública es definitoria en la actividad del salubrista.

**Piedad:** *El cargo consiste en eso, en tener tú los elementos teóricos, conceptuales, los elementos metodológicos para orientar un proceso como el de políticas, o como el de acciones o para orientar el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación, ¿sí? Ese es el papel [en] que consiste el cargo, pero es bastante difícil que uno pueda desarrollar ese papel, porque digamos que el contexto... político de unas decisiones que vienen desde la Organización Mundial de la Salud, y la Organización Panamericana de la Salud, y el Ministerio, y la Alcaldía, y la Secretaría de Salud finalmente, y luego uno en una Subsecretaría, al final el profesional-- quieren que se ponga a hacer cosas. De dónde vienen, para dónde van, qué contexto de eso es pertinente: **no lo discutas; simplemente, el alcalde dijo, el ministerio dijo, la Organización Mundial de la Salud dijeron.** Haz las cosas, no te pongas a cuestionar ni a pensar sobre, tu conocimiento técnico científico es muy importante, muy valioso, qué chévere que sepas tanto, pero no nos interesa porque aquí se trata de hacer.*

Esa percepción de imposición producto de las normas antecedentes que se identifica en la anterior narrativa fue una constante para los trabajadores, sobre todo cuando se hace referencia al Ministerio de Salud. Como reseñan Hernández Álvarez y Obregón Torres (2002), el papel de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) efectivamente presentó un declive en la toma de decisiones en salud pública, y aunque sus recomendaciones siguen siendo consideradas, es por medio del ministerio que adquieren su mayor alcance.

**Helena:** *Porque igual los direccionamientos que vienen desde el ministerio, pues... hay que cumplirlos o cumplirlos. Haya pertinencia o no haya pertinencia, ellos son el ente... (...) pues es que una cosa es lo que trae la administración, sí, la propuesta, pero todo tiene su sustento normativo, ¿no?*

**Myriam:** *Para contratar el transporte de la vacuna-- desde la OPS todos los años envían la lista de las vacunas, entonces, es escoger qué vacuna se va; entonces, si yo decía: Bueno, vamos a hacer una reunión, miremos a ver qué vacuna, si vamos a seguir con la misma vacuna de niños, si toca cambiarla, y eso depende también de los lineamientos que dé el ministerio, entonces, uno tiene que leerse los lineamientos.*

Como cualquier norma prescrita, estas disposiciones del Ministerio de Salud son pensadas abstrayendo gran parte del contexto donde posteriormente serán aplicadas (Schwartz, 2017). Los anteriores fragmentos evidencian que estas formas de trabajo prescrito tienen un valor social muy importante dentro del desarrollo de la actividad de la salud pública, incluso cuando en ocasiones signifiquen no ir en el mismo sentido de la realidad. De hecho, esa importancia que es atribuida socialmente no parece estar relacionada con una acertada capacidad de anticipación por parte de la entidad que impulsa las normas, sino que viene encadenada al emisor de la misma, que es una autoridad; es decir, una regla de este orden toma valor por quién la formuló, no por su contenido. Como iremos presentando, quizás de todas las normas antecedentes a las que se enfrentan los trabajadores, estas son las que menos opción dan de renormatización.

Otro agente productor de normas con influencia en la actividad profesional es la academia. Los saberes disciplinares tienen una particularidad, y es que son puestos a prueba desde el inicio mismo del ejercicio profesional (Schwartz, 2017). Incluso, en ese proceso de confrontación con la realidad —y de ajuste y recreación de normas— es que los individuos orientan su trayectoria y definen sus valores, muchos de los cuales son retomados en la actividad presente.

**Piedad:** *Porque digamos que uno de alguna manera, formado en la ciudad, con una perspectiva profesional de que uno es como el científico en el laboratorio: le hacen creer que uno es científico. ¡Mentiras!, uno no lo es. (...) Uno se siente como que sí sabe de muchas cosas, pero llegar a la realidad de un municipio (...), eso era para mí, otro mundo. (...) Seguir uno en el ejercicio profesional, pero **entender contextos de la vida colombiana que ni por ahí uno se los imaginaba**; irme más allá de mi profesión, lograr **entender lo que después me hizo querer estudiar salud pública**, y es entender que la salud no es un asunto del sector salud, que el sector salud atiende enfermedad, que la salud es un asunto de la vida y de las condiciones sociales de la gente, y de las políticas públicas por la vida.*

**Francisco:** *Obviamente que agradezco esa experiencia que tuve en la parte clínica, porque aprendí mucho desde lo clínico, (...) trabajar mucho con personas estigmatizadas (...), acercarme a conocer también su experiencia, su vivencia, de esas personas que en ese momento estaban sufriendo toda la discriminación de toda la sociedad, pues fue un tema interesante: (...) **cómo el tema del riesgo en las personas era un tema bastante relativo, que desde la universidad lo veníamos discutiendo mucho**, de que no es que las personas vivan en riesgo sino que hay unas condiciones que hacen que las personas estén en mayor vulnerabilidad. Entonces eso fue generando, como reafirmandome que el trabajo clínico, si bien es importante, **para mí definitivamente mucho más importante era el tema de la salud pública, la salud colectiva**, más que trabajar, y desde allí impactar el tema de lo individual.*

En relación con este tema, debemos incluir otros elementos. En primer lugar, en las narrativas de los trabajadores parece emerger un mayor radio de reformatización cuando se trata de normas académicas —en comparación con normas institucionales. Sean estos saberes cercanos o alejados de la realidad, no resultan ser coercitivos para el sujeto; por el contrario, se hacen más valiosos cuando se nutren de experiencias vivas, al menos en el ámbito de lo individual. A primera vista pareciera que ese margen de tolerancia que dan las normas está determinado en gran medida por la fuente emisora, fenómeno que no ha sido elaborado en profundidad por la ergología.

Por otra parte, hablando de la labor presente, las normas disciplinares no sólo se manifiestan por medio de los valores propios, sino en la comprensión misma del objeto de actividad:

**Piedad:** *En el proceso de análisis de condiciones y calidad de vida y salud, como que hay diferentes formas de entender esto, esto generalmente en la Secretaría lo entienden desde la enfermedad, en las universidades también, en la [Universidad] Nacional le enseñan a la gente que el análisis es alrededor de la mortalidad y morbilidad solamente, que es enfermedad, no es la salud.*

Esta relación es fundamental, pues más adelante en torno a la toma de decisiones en salud pública podría suscitar importantes debates de valores en los trabajadores: una política integral o una acción efectiva dependerán en gran medida del punto de vista del observador, de su comprensión de la salud. Como bien sugiere Martínez (1997), cualquier noción de salud o de enfermedad es construida socialmente en un tiempo y espacio particulares, pero estos diálogos dejan de precedente que pueden coexistir distintas nociones simultáneamente aunque predomine alguna, en este caso, por una especie de consenso académico implícito. La propuesta de la autora, entonces, no sólo es aplicable a nuestra propia investigación, sino que también nos da luces para entender mejor esas normas disciplinares que entran en juego en la actividad del salubrista.

Siguiendo con esta forma de saberes como normativos de la actividad, un último aspecto: su insuficiencia. A continuación, un fragmento que plantea de forma precisa esa primera premisa de la ergología sobre la distancia entre lo prescrito, en este caso, académicamente, y lo real (Schwartz, 2010, 2017).

**Helena:** *Porque mira, tú puedes ser súper especializada, te digo el caso: contratan a un politólogo, el politólogo sabe muchísimo allá en su rama y todo eso, y es súper especializado. Pero entra al sector salud, y es una dinámica totalmente diferente, ¿y cómo él aprende? A través del tiempo. Y aprende con la experiencia. **Esto es más de experiencia que de documentarse muchísimo.***

Existen otros actores que emergieron con menor frecuencia, pero creemos que deben ser mencionados porque no sólo forman parte del escenario, sino que eventualmente sus criterios pueden tener influencia importante en la actividad de los trabajadores de la salud pública, estén o no en dirección con los intereses gubernamentales.

**Piedad:** *Se supone que la Ley 100 generó unos derroteros y... y todos los problemas que tiene el Sistema General de Seguridad Social hay que resolverlos a toda costa, entonces, todos-- todos los lineamientos del ministerio son muy dirigidos a que tú resuelvas el problema de la sobrevivencia de Ley 100 y del modelo de atención, y que te sientes en el modelo de atención, (...) y además porque que **hay una gran presión de las comunidades** en función de que la atención sanitaria no es la mejor, y hay una gran presión para resolver el problema de la atención sanitaria **desde los sectores políticos, desde los sectores intelectuales** porque la gente cree que ahí está la salud.*

**Francisco:** *Yo estuve en la lista de-- estoy en la lista de excomulgados por la Iglesia, porque en esa época pues los métodos anticonceptivos solamente eran para mujeres, ¿no cierto? Y muchas de las mujeres no utilizaban el método anticonceptivo **porque el marido o el compañero se lo prohibían**, entonces tenían que tener los hijos que tuvieran; entonces, primero, trabajar ese tema, y **eso era un poco ir contra la Iglesia**, pero (...) imagínate cuando nosotros empezamos a hablar de interrupción voluntaria del embarazo, en esa época (...) se llamaba regulación de la fecundidad.*

El último fragmento suscita una reflexión en torno a la formalidad de la norma y a su magnitud. Hasta ahora, muchas de las normas antecedentes que llamaremos *generales* tenían un alto grado de formalidad: eran más o menos explícitas y venían determinadas por entes que representan autoridad. Sin embargo, el anterior relato deja ver que a esta escala existen normas que, al margen de su formalidad, pueden ser extraordinariamente fuertes si consiguen arraigarse en la cultura: ese es el caso de la condena social a un comportamiento.

Para terminar esta parte, recurrir al contexto más amplio no sólo nos permitió comprender varias de las normas antecedentes, sino también algunas de las infidelidades del medio que no son inmediatas, pero pueden intervenir en la actividad concreta.

**Piedad:** *En estos días que estaban diciendo que en Nariño la gente está con diarrea y no sé qué, y sabiendo que en el África hay más de cinco países con cólera masivo, yo digo, con tal que no sea que Nariño tiene cólera, con tal que no sea cólera..., digo yo acá, pero uno tendría que estar diciendo: Si va y viene la gente de Nariño por todo este país, llega a la ciudad de Bogotá, y si alguno[s] de allá están tan enfermos que los familiares de acá dijeron "No, vénganse aquí a la atención", puede resultar el problema aquí. **Pero nos lo pensamos que eso es un problema de Nariño, porque no entendemos la complejidad de las cosas, no entendemos que todo el mundo está en red y que, al estar en red, todo el mundo tiene que ver con esas cosas.***

El reconocimiento de la complejidad en la actividad de trabajo fue algo que no se escapó de la narración de los participantes. La pregunta que intentaremos resolver a continuación es qué tanto de las prescripciones más singulares y particulares pueden acercarse a esa complejidad.

### 3.1.2. Un único acto con escenas simultáneas: Salud Pública en el Distrito

En este análisis encontramos que la actividad de los trabajadores de la Subsecretaría de Salud Pública viene fuertemente demarcada por direccionamientos de dos esferas menos distantes: desde el ámbito de lo distrital se ubicaron actores como la alcaldía y entidades pares de la Secretaría en otros sectores económicos y sociales; y desde el ámbito más institucional se identificaron directrices orientadas por los directivos de la organización, más aquellas que emergen en la misma dinámica del ejercicio laboral y están relacionadas con los jefes de niveles intermedios y con el colectivo de trabajo.

Como señalaron nuestros participantes, las decisiones del gobierno local son de mucha influencia en el funcionamiento de la SDS. Esta circunstancia, que es comprensible para los trabajadores, puede entrañar un importante debate de valores, en la medida en que son pautas más impositivas, es decir, dan poco espacio a la renormatización.

**Helena:** *Cada cuatro años, que hay cambio de administración, son nuevas orientaciones. Y pareciera ser-- Bueno, yo opino, con esta administración sí hubo cierto grado de continuidad en los procesos que se venían realizando; pero, lógico que **con los cambios de acuerdo a la administración, ¿cierto?, al interés que tenga la administración, y a lo que se haya propuesto en el plan de desarrollo.** Porque es que ellos... ellos tienen que estar muy acorde, para darle cumplimiento al plan, ¿cierto? Eso me parece a mí que es muy obvio... **Pero, uno sí lo que quisiera es que hubiera continuidad.** No siempre es así, claro.*

**Piedad:** *Y como ya viene alguien sabiendo desde la alcaldía o desde el secretario, diciendo: aquí se va a hacer, las cosas van a ir por aquí; entonces, no les importa mucho discutir por dónde van las cosas o por dónde deben ir las cosas, no les interesa, porque se supone que ya nosotros allá en un grupo externo a la Secretaría, en una campaña electoral, con un grupo de personas ya se pensaron qué era lo que se iba a hacer, entonces, **no nos interesa discutir qué se debe hacer ni cómo se debe hacer, nos interesa es que esto que yo ya propuse por allá en el programa de gobierno, se haga.***

El planteamiento de la administración distrital impacta en la actividad por dos vías. En primera instancia, por medio de la determinación de prioridades que guían la toma de decisiones, no sólo al interior de salud pública sino en relación con otros componentes funcionales de la Secretaría como aseguramiento o provisión de servicios; prioridades que, a su vez e indirectamente, pueden reorientar completamente algunos roles profesionales.

**Helena:** *Y cada cual tiene su interés, ¿cierto? Pongamos, en las anteriores administraciones, salud pública era... pues el énfasis estaba en salud pública. Lo de territorios saludables, en salud a su casa, todo eso. **Ya para esta administración, el interés está puesto en otra dirección, porque ya es más hacia la atención. Entonces, claro. Sin embargo, salud pública por Ley le toca seguir en pie.***

**Piedad:** *Las responsabilidades específicas dependen mucho de eso [del planteamiento del gobierno de turno], entonces, en ese momento, por ejemplo, yo salí de todos estos procesos, y entonces dijeron: No, pues usted, que tiene habilidades de ciencia, tecnología e innovación, ayúdenos a hacer los análisis para hacer las propuestas (...); **ahí yo ya no empiezo a tener responsabilidades específicas en el sentido de ningún tema, de ningún programa en específico sobre una situación de salud o sobre un problema de enfermedad, sino otra vez como en ese papel de orientador y direccionador, muy general, y eso fue lo que yo hice durante el gobierno de-- Yo lo refiero a los gobiernos, porque para mí eso es clave-- que ese fue el papel que yo tuve que jugar un poco durante el gobierno de... de Petro, de Petro, un papel otra vez de orientador.***

Estas directrices pueden llevar a los trabajadores a desempeñar funciones que resultan insuficientes para dar cumplimiento con los objetivos de la entidad, especialmente por su lejanía con la realidad.

**Piedad:** *Se supone que se entiende la rectoría ¿cómo qué?, la rectoría se entiende, digamos, desde lo teórico, que tú tienes que tratar de hacer un ejercicio para que los actores en este caso del Sistema General de Seguridad Social en la ciudad trabajen por unas metas que están relacionadas con la atención sanitaria, por decir de alguna manera, ¿sí? Y cuando tú vas a ver, **eso no se materializa en absolutamente***

*ningún ejercicio serio con esos actores, sino como que yo los vigilo y los controlo de acuerdo con unas metas que puso el Plan Nacional de Salud Pública o la Política de Gestión de la Calidad o yo no sé qué, cosas completamente accesorias.*

Los resultados de la confrontación de estas normas con situaciones concretas se identificarán con mayor precisión más adelante, cuando hagamos referencia a la Secretaría como gestor de normas institucionales y a sus directivos. Pero en su trabajo en la ciudad, la Secretaría de Salud también interactúa con otras entidades en proyectos conjuntos. Según las necesidades, son otras instituciones pares quienes ponen las reglas del juego para coordinar el trabajo intersectorial. Esta dinámica particular podría ser clave en el surgimiento de ECRP que favorezcan el desarrollo de las actividad, sin embargo, estas sinergias de las entidades colectivas son muy difíciles de crear y mantener (Schwartz et al., 2010c), como parece suceder en este caso:

**Helena:** *Un producto que se llama Plan Integral de Políticas Públicas, ¿sí? Plan Integral de Políticas Públicas en los cuales-- esto es liderado por Secretaría de Integración Social y por Planeación, ¿cierto? (...) Entonces, el sector salud debe participar activamente en esto; y la presentación del día de hoy es sobre **los pasos que debe hacer el sector salud y todos los otros sectores para dar cumplimiento a este producto.** Entonces, es-- esto ya se está dando... este... Secretaría de Integración es quien lidera, y esto es para-- específico para políticas poblacionales el ejercicio del día de hoy, pero las otras políticas sectoriales y las que no lidera Integración Social ni Planeación también deben hacer un plan. **Que se acojan a la metodología que se presenta hoy: unos se acogerán a la metodología y otros no.***

Como puede observarse, estos casos de responsabilidades compartidas involucran a unos sectores líderes y a otros que tienen un compromiso de participación en la ejecución. Contrario a lo presentado con los lineamientos directos del gobierno de la ciudad, en el anterior fragmento observábamos una mayor capacidad de acción frente a la norma que parece establecida por los pares, situación interesante porque estas disposiciones también son líneas de acción determinadas en primera instancia por la administración distrital.

Pasando al ámbito de lo organizacional, nuestros participantes señalaron a unos agentes gestores de normas muy importantes en el desarrollo de la actividad: los directivos de la institución. Sus instrucciones y métodos, que pueden interiorizarse y mantenerse al punto de considerarse como inherentes a la organización, son de un gran valor para los trabajadores;

algunas son elaboraciones más o menos fieles de los lineamientos de la alcaldía, y otras son resultado de la propia reformatización que los mismos directivos hacen de éstas.

**Francisco:** *Pero, además, ya que como es **bajo las líneas que dio el secretario desde el año pasado**, desde enero, que ya se ha venido dando todo el proceso de transformación del PIC y cómo ha venido operando, además de los otros elementos de salud pública y de vigilancia, entonces es verificar la coherencia de lo que se dijo en un comienzo con lo que se está haciendo ahora, y eventualmente de pronto, a futuro poder generar las modificaciones o ajustes que sea[n] necesario[s].*

**Piedad:** *De todas formas, creo que eso es una prioridad en este momento para ver si se logra inscribir [uno de los grupos de investigación] a Colciencias, pero como **esas prioridades dependen un poco del despacho, de que la asesora cite y de que los compañeros de Planeación citen**, entonces, pues va a ser sometida a eso.*

En la confrontación con la realidad, y debido a que los trabajadores tienen poca injerencia en este tipo de decisiones —no sólo desde su planeamiento sino también en su ejecución—, no pueden evitarse consecuencias desfavorables en proyectos que se planean con intenciones de mejorar procesos, como en este ejemplo donde se promovió una inversión importante al componente de ciencia, tecnología e innovación, y desde antes de su puesta en marcha ya estaba presentando dificultades de gestión de los recursos.

**Piedad:** *Entonces, ya en la reorganización de la inversión, de 17 mil 500 millones de pesos, le acaban de quitar 10 mil millones y pasarlos a otro proceso porque no ha habido una gestión, y no ha habido una organización-- digamos, eso tiene que ver con el poco reconocimiento estratégico, pero también con que **los asesores del despacho pretendieron hacer las cosas desde su perspectiva y no lo concertaron institucionalmente**, no lo trabajaron en conjunto, y eso no lo pueden hacer; (...) pues entonces el proyecto se pensó-- podría ser muy pertinente, de pronto, **pero no se reconoció el contexto, y se pensó que se podría sacar muy rápido**, y como se pensó hacer desde los asesores del despacho con tres o cuatro personas contratadas allá para que sirvieran a los asesores del despacho, pero no la interlocución con la Subsecretaría de la Secretaría, pues mire las consecuencias en lo que va.*

Estas reglas organizacionales en la Secretaría tienen dos características. Coincidente con nuestra revisión teórica, son normas creadas en abstracto y, al estar desprovistas de contexto, remiten a un debate cuando entran a ser parte de la actividad concreta de los trabajadores (Schwartz et al., 2010c). Por otra parte, son demasiado ambiguas en algunos casos, de manera

que ni siquiera cumplen su función como anticipación de la realidad. Ambas situaciones serán ilustradas en los relatos que siguen.

**Piedad:** *Había que trabajar el tema de promoción de actividad física y llega el gobierno de Samuel Moreno, con-- (...) no me acuerdo cómo se llama el Secretario de Salud--: Es que hay que hacer gimnasios. Y yo: ¿Perdón?, **gimnasios es la estrategia menos costo-efectiva para promover actividad física. Pero eso es lo que quiere hacer el secretario** y eso es lo que quiere hacer--*

**Helena:** *Esta subdirección ha sido muy fluctuante, **con pocas orientaciones, muy poca línea técnica.** Y debido también a esa variación de subdirectores, entonces, nadie tiene la línea clara. Estamos en Gestión y Evaluación de Políticas, y a pesar [de] que se pide orientaciones de planeaciones, de todo, **para ver cómo se evalúa una política y todo eso, la evaluación no se ha dado.** No se ha dado. Además, acá en esta subdirección se han contratado varios politólogos para mirar a ver cómo es que realmente se hace la evaluación de política y eso, y no, no nos da.*

Esa vaguedad del trabajo prescrito no sólo atañe a los macroprocesos, sino que se extiende en ocasiones a las funciones mismas del trabajador:

**Myriam:** *No, el grupo no estaba bien organizado. No se sabía las tareas, o por lo menos las mías. Yo estaba aterrada, yo decía: ¿Cómo así? **Si están necesitando a una persona, deben saber qué hacer con esa persona.** En los términos de referencia dice que va a manejar el archivo, que va a contestar el teléfono. Pero llegan y nadie le explica a uno. (...) Ahora se está haciendo más en esta parte, pero sin embargo falta. Porque lo que te digo, llega una persona profesional y no le entregaron el puesto como debía ser. Encontrar un computador en blanco cuando se sabe que ya viene un proceso y más financiero... que uno dice: **Debería haber algo.** Me dejó a mí aterrada.*

Esta situación ya se ha documentado en la literatura. Clot (2001) señala que es una condición frecuente en los trabajos contemporáneos, donde se busca trabajadores con un grado importante de compromiso con su organización y su tarea, es decir, que asuman muchas responsabilidades aún sin tenerlas claramente definidas. Esta disociación que implica exigirles mayor disposición psíquica a la vez que se les despojan los recursos para la acción pareciera ser propia de las actuales formas de contratación.

La Secretaría de Salud como institución no sólo produce lineamientos generales que afectan la actividad profesional, sino que tienen unas directrices particulares en relación con las

dinámicas internas de la entidad que pueden suscitar tensiones en los trabajadores. De la mano de las formas de vinculación, es decir, ser trabajador de planta o ser contratista, viene una serie de circunstancias laborales específicas que cambian el curso mismo de la actividad.

**Helena:** *Pero todo ese tema de contratos y todo, **ahorita viene una sobrecarga espantosa** porque-- pero hay que asumir lo de los otros porque si no... (...) Como los contratos de los profesionales no son hechos todos en el mismo tiempo, entonces ahí, permanentemente, está entrando uno, saliendo el otro. **Cuando uno sale, entonces, los demás debemos asumir lo de todos.***

**Piedad:** *Después vienen los compañeros, encuentran los derechos de petición o las solicitudes de un mes, mes y medio acumulados, sin responder, **y les toca quedarse el primer mes para "desatrasarse" hasta la media noche haciendo cosas**, esa es la vida de los contratistas y eso muy duro, o sea, el que dijo eso sí es súper cierto. Esa es la regla del juego, **eso no es una cosa esporádica, esa es la regla de juego**, en general, para todos.*

Se comprende entonces que situaciones de sobrecarga de trabajo en la actividad pueden estar relacionadas no sólo con una ambigüedad de los roles, sino que se trata de un efectivo exceso de tareas producto de una mecánica de contratación confusa para el trabajador. En este tema específico de la asignación de cargos y de la contratación, encontramos que existen unas normas más explícitas que otras.

**Piedad:** *Tú puedes estar en un cargo preferencial, pero si ves que hay otros cargos preferenciales en los que te deban considerar, pues tú lo debes solicitar **y la Secretaría debe considerarlo a uno**, y la Secretaría no me considero en un año, llenaron todas las vacantes-- llenaron todas las vacantes que había de profesional especializado de mi siguiente nivel, de mi siguiente rango, sin considerarme a mí (...) **Yo creía que la institución era una institución transparente** en esas cosas, pero me di cuenta que no, que **se manejan muchos intereses** y hay mucha corrupción, porque yo creo que eso es corrupción.*

**Helena:** *Lógico que **la igualdad, y la equidad, pues, ya no sé cómo jugaría ahí [risas]**, etcétera, etcétera. Pero yo en esta [administración] sí he visto que, e igual los cargos para carreras administrativas los más altos y eso, pues los han hecho por la vía correcta. Un paréntesis. Tengo un compañero que se dio cuenta que no estaban haciendo las cosas bien en talento humano, por aquello de-- como la revisión de las hojas de vida y todo eso, y él hizo la reclamación. Y fue aceptada, **claro que con todas las luchas y todo. (...) Pero, sí hay algunas cosillas que no estaban funcionando**, en talento humano, con las hojas de vida.*

Las anteriores dinámicas distritales e institucionales también tienen influencia en la definición de las relaciones sociales con jefes y con pares. A partir de este punto, y dado que entran en articulación elementos normativos relacionales, se hace más explícita la singularización de la distancia entre lo prescrito y lo real, y cómo *los otros* siempre están presentes en esa singularización (Duraffourg et al., 2010; Schwartz et al., 2010c). Hablando específicamente de las instrucciones recibidas, cada trabajador describía desde su experiencia cómo un orientador inmediato puede adoptar distintos papeles en el desarrollo de la actividad. Por ejemplo, una persona que puede obstaculizar completamente el poder de actuar del trabajador, creando mayor fuerza impositiva sobre las normas antecedentes:

**Piedad:** *Contesta la compañera [con funciones de orientación de la tarea a desarrollar]: Me da mucha pena, pero los jefes fueron muy claros y muy, muy enérgicos, vehementes en decir: Esa es la propuesta para organizar el plan y **no puede ser que nadie empiece a pensar en que tiene que hacerlo de otra manera, porque así es y todo el mundo tiene que hacerlo así; ¿sí?***

O, por el contrario, contribuir con una renormatización que favorezca el desarrollo más efectivo de la actividad:

**Myriam:** *Pero ella [la jefe] llama mucho trabajo porque ella no se queda quieta. Entonces, ella por las noches está pensando: Bueno, me faltó esto, entonces mañana organizo; y llega: Tengo unas ideas; y yo: Es que cuando tiene ideas...-- Entonces: Llámeme a no sé quién, hagamos esto. **Y el movimiento no se ve igual cuando están los otros jefes, no se ve igual. Porque ella tiene un compromiso institucional que no te imaginas, ama su trabajo, lo que le pongan a hacer ella lo ama, y lo hace de verdad a conciencia.***

O en su defecto, crear condiciones de mayor ambigüedad en las normas prescritas:

**Myriam:** *A mí como me encanta toda la parte de logística que era lo que yo manejaba con ellos entonces me pareció chévere, pero son cosas que no, que analizándolas bien no me corresponde[n] a mí, y hay personas que deben hacer su tarea, pero no la hacen, entonces, Yolima [la jefe] me dice: ¿Pero al fin qué? Estoy aquí, estoy allá, o sea, **ella también se contradice**, y ese problema lo teníamos también en PAI cuando yo estaba allá.*

Si entramos al detalle de los dos últimos fragmentos, encontraremos que esos diversos modos de orientación pueden provenir simultáneamente del mismo jefe, quien adopta posturas distintas según las circunstancias particulares. Esto nos permite resaltar que las incertidumbres del medio también se derivan de cómo las renormatizaciones de los otros, afectan la realidad propia; siendo el anterior un ejemplo preciso de la doble infidelidad a la que se enfrentan a diario los trabajadores (Schwartz, 2017).

En relación con los pares, se identificaron tanto situaciones de asociación cohesiva, como de colectivos fragmentados. Una de las características del trabajo en la Secretaría es que, según los procesos manejados, una persona puede tener varios grupos de trabajo, todos con dinámicas distintas. Esto es causado en gran medida por el tamaño de la entidad y la cantidad de procesos, pero también porque muchas funciones son de responsabilidades compartidas.

**Piedad:** *Entonces, un grupo de trabajo puede ser un grupo interno de la dependencia solamente, o puede ser un grupo interdependencia dentro de la Subsecretaría de Salud Pública, o puede ser un grupo interdependencias dentro de la Secretaría de Salud de Bogotá, o puede ser un grupo intersectorial con muchos sectores de la ciudad, o puede ser un grupo en el cual tú interactúas, por ejemplo, un grupo de trabajo en el cual tienes que hacer interacciones con el ministerio, por decir cualquier cosa-- fundamentalmente, o con el Instituto Nacional de Salud; **dependiendo del proceso debería[n] ser completamente diferente[s] los interlocutores con los cuales vas a tener que estar** y ese grupo de trabajo pues, digamos que, tú lo tienes que reconocer.*

Esta condición, que en sí misma podría pensarse como favorecedora de la interacción y de la creación de ECRP, puede tomar distintos matices, y es parte de la singularización de la actividad.

**Helena:** *Aquí juega mucho, **juega mucho la empatía que haya con la gente.** Para que te den una información-- la información debe ser pública, todo lo que genere la Secretaría debe ser público. Acá no, porque igual si es una persona contratista, se lleva la información. Si tú vas a buscar información a otra subdirección, no te conoce nadie, no le caes bien a la persona; no es fácil, **no es fácil ni armar grupo, ni armar equipo, ni que te den la información, no.***

**Francisco:** *Ah, bueno, eso es una parte que es la construcción y trabajo en equipo, mucha referencia ahí. Que **de pronto algunos equipos sí le dan la importancia a eso y otros no, entonces, depende de la vivencia que se tenga, yo he visto equipos-- incluso he tenido historias propias de equipos de trabajo en que precisamente ven***

*la importancia y lo dejan expreso y concreto de productos que ya muy superiores a los que puede hacer un solo individuo, pero también se ha tenido la experiencia de equipos que definitivamente sus miembros sus integrantes no coordinan, o no tienen empatía, o no comparten sus miradas respecto al mismo problema y termina en eso que haga la fácil, entonces: Yo hago la tarea y lo saco, si fue o no aceptada por todo el equipo, entonces, obviamente esto genera un problema importante, ¿cierto?*

Un elemento que pudo identificarse en este aspecto es que de alguna forma sí hay una tendencia a la desarticulación de los colectivos de trabajo, especialmente reforzada por una competencia poco colaborativa implícita en el funcionamiento de la Secretaría. Clot (2001) señala que esta situación y otras tendientes a la desrealización del sujeto son condiciones características de las formas contemporáneas de organización del trabajo.

**Helena:** *Pero ¿qué pasa en este trayecto? Ella [la jefe] le[s] da el liderazgo a dos personas, y esas dos personas, como que quieren acaparar todo, ¿cierto?*

**Entonces hacen un grupo, nos hacen como para un lado. Y uno se adormece, y yo: Bueno, hay que esperar a ver cuáles son las orientaciones de los líderes; porque, pues si no, no socializan, como que todo lo quieren desarrollar ellos, bueno. Entonces el grupo que estamos ahí, esperamos a ver qué nos dicen, y qué orientaciones nos dan.**

En todo caso, también emergieron relatos en torno al apoyo percibido por el grupo de trabajo más cercano e inmediato, con quienes se desarrollan estrategias y reglas implícitas que más adelante hacen parte del género profesional de la actividad.

**Helena:** *Porque hay tiempos en los que-- En que dice uno: Dios mío, ¿yo qué hago? No voy a poder cumplir con esto, con esto; y se encuentra uno con un compañero que le dice: No, tranquilo. Mira, yo estoy igual, yo no puedo entregar eso a tiempo; entonces eso es como que, ay [expresión de alivio]-- Y lo otro, es que uno sabe que también dicen para las dos de la tarde, pues eso no, eso no es lógico y uno se estresa porque y que tiene que entregar eso a las dos, y ya con el tiempo trata de calmarse porque sabe que no todos lo vamos a entregar a las dos.*

El punto donde confluyen muchas de las normas antecedentes generales y singulares de la actividad es la planeación. La planeación, como representación absoluta del trabajo prescrito, pretende tomar en cuenta el mayor conjunto de normas antecedentes posible, de modo que logre predecir las tareas laborales en el corto, mediano y largo plazo. Como en muchas organizaciones actuales, la Secretaría de Salud tiene una visión orientada por los Sistemas de Gestión de la Calidad, donde planear es considerado el primer paso para un óptimo

funcionamiento de la entidad. Para Dejours (2015a), esta es una de las características actuales de las organizaciones que obstaculiza el desarrollo de la subjetividad del trabajador. Frente a este tema, surgieron varias inquietudes en los diálogos con los participantes. Para empezar, planeaciones que dan poco espacio de respuesta a las infidelidades del medio.

**Francisco:** *Aquí el ejercicio de la planeación no funciona mucho, porque siempre está lo urgente o lo emergente, ¿sí? Entonces, el jefe pues requiere un apoyo, o un trabajo, o un documento ya o ya, y pues eso genera la imposibilidad de concentrarse realmente en una cosa puntual y sacarla adelante, siempre ocurren esas cosas.*

Sabemos que toda planeación siempre será insuficiente por eso que nuestro participante denomina “lo urgente o lo emergente”, y que puede ser poco predecible. Sin embargo, parece que este vacío no sólo se da por el curso razonable de una realidad impredecible, sino por un desconocimiento más profundo de la actividad al momento de la planeación; de forma que ésta no sólo no contribuye, sino que eventualmente obstaculiza el desarrollo de la labor, no sólo en el ámbito de lo individual, sino frente al trabajo para la ciudad.

**Piedad:** *Las urgencias de la información que tienen los entes de control fiscal, de control administrativo y de control político le toman hasta el 60 por ciento del tiempo a las personas (...). Entonces se la pasa respondiendo esas cosas urgentes, que no ha tenido tiempo de pensar cómo hacer ni nada porque **tiene que estar respondiendo qué es lo que hace, así no le dejen tiempo para hacer, (...)** pero te voy a decir una cosa, ¿por qué nos pasa eso? Es porque **no tenemos un plan de trabajo que incluya la obligación que tenemos de informar a los entes de control.** Eso es una obligación y hay unos parámetros para informar a los entes de control.*

**Francisco:** *(...) cosas muy complejas que finalmente afectan, y afectan finalmente lo que queremos que es mejorar la calidad de vida y la salud de la gente, ¿no? Bien, ahí hablando del rompecabezas entonces se define construir un hospital, pero resulta que se les olvidó ver que había que cumplir con la accesibilidad de ambulancias, que las redes de acueducto fueran suficientes, que las redes eléctricas fueran competentes para la demanda de energía que va a tener el hospital, entonces, no se hacen las cosas articuladamente, entonces, terminan todos esos problemas que hemos visto de faltan de planeación.*

Como sea, en las mismas narrativas de los trabajadores se hace explícita la necesidad de un trabajo prescrito menos etéreo.

**Helena:** *Me ha ido bien, porque siempre lo que he querido, lo he logrado. Pero es duro, aquí es duro. Porque todo es... **las cosas no tienen planeación, no hay orientación, no hay realimentación, no hay retroalimentación.** Entonces es-- ¿cómo tú sales a flote con tus cosas y logras entregar los productos y todo eso?*

Nuestra posición epistemológica nos da luces frente a cómo la prescripción de procedimientos puede limitar el poder de actuar del trabajador, impidiendo su desarrollo (Clot, 2001; Schwartz, 2010). Sin embargo, algunos de los relatos de los trabajadores muestran el extremo contrario: una ausencia de prescripción al punto de no tener claridad en los objetivos de la tarea, que podría ser considerada más adelante como fuente de malestar. Esto se explica porque no puede abrirse espacio a la renormatización donde no hay norma para renormatizar. La ausencia de trabajo prescrito es también una forma de despojar al sujeto de su capacidad de actuar y de impedir la actividad (Clot, 2001).

**Helena:** *Dios mío, no sé ni cómo hicimos ese trabajo, la verdad, porque nunca-- estábamos muy separados, **nunca hicimos parte, ni nos actualizaron ni nada, de qué era lo que ellos querían--** ¿qué era lo que ellos querían!; nosotros simplemente-- lo mandaban el instrumento-- nos mandaban el documento y diligencie el instrumento, pero **no sabíamos ni qué era lo que estábamos haciendo.***

De esta manera, conocimos algunas vicisitudes de lo real donde se observa cómo las normas antecedentes entran a ser parte de la actividad de los profesionales. Sin embargo, todavía debemos ahondar en el terreno de lo particular, donde tienen lugar algunos de los debates de valores más álgidos que pueden vivir los trabajadores.

### 3.1.3. En el núcleo de las dramáticas del trabajador de la salud pública

**Piedad:** *Hay gente que dice: En otras partes es peor; y yo: ¿Cómo así?, ¿nos tenemos que sentir tuertos porque los demás son ciegos? ¡No! Tenemos que ser videntes más bien, no tuertos porque los demás son ciegos. **Y la gente se conforma con ser tuerta, con que la institución es tuerta:** Eso es lo mejor que nos puede pasar, que la institución sea tuerta, porque si fuera ciega estaríamos peor. **Perdón, pero no, porque esta institución tiene todo para ser vidente, no tiene por qué tener condiciones tan adversas institucionalmente.***

Las distancias expuestas hasta ahora y algunos de los debates suscitados nos han permitido enfatizar en el papel de las normas antecedentes más *externas* al trabajador, es decir, aquellas que podemos localizar más fácilmente en el contexto. A estas debemos sumar unas normas

más arraigadas en el cuerpo-sí, normas que se incorporan porque coinciden más directamente con la escala de valores del sujeto. En esta parte nos centraremos en esas normas y en cómo éstas nos permiten aproximarnos a aquellas referencias de importancia que son tan significativas al momento de comprender nuestro objeto de estudio. Estos valores, que queremos poner como la máxima escala de singularización en tanto se derivan de la trayectoria vital de cada sujeto (Schwartz et al., 2010c), son definitivos en la actividad y núcleo de las dramáticas del uso de sí.

El fragmento presentado al inicio de este apartado es ilustrativo de dicha singularización, pues en definitiva debemos recordar que no se trata de encontrar verdades absolutas frente al ejercicio de la actividad, sino que cada trabajador organiza su trabajo en función de una escala de valores que es propia (Durrive & Schwartz, 2008). Así, lo que para algunos significa conformismo o resignación, para otros pudo tratarse de la concentración en un debate de valores resuelto exitosamente en otro campo. Coincidimos en que las condiciones adversas de la organización no pueden naturalizarse al punto de considerarlas como inherentes a la actividad, pero esta sección es para recordar que la renormatización se nutre de la divergencia, de los distintos modos de ser, de los distintos modos de entender, actuar y valorar una misma situación de trabajo.

Los valores pueden determinar diferencias considerables en la perspectiva misma que se tiene del funcionamiento de la entidad y del cumplimiento de su misión, haciendo que la vivencia de la actividad sea completamente variable.

**Francisco:** ... de alguna manera en todas las administraciones uno ve que **en algún tema no se cumple con lo que la Secretaría como autoridad sanitaria del distrito puede hacer.** En un caso-- En algunos casos puede ser por corrupción. Hay gente que venimos, digamos, desde antes incluso de ese proceso, y luego vivimos en las alcaldías que ya sabemos cuáles han tenido mayor problema con el tema de la corrupción, pero en ese momento, por ejemplo, mucha gente estaba contenta trabajando, no por el tema de la corrupción, sino trabajando porque pues se cumplía con unas cosas de autoridad sanitaria que se deben hacer, pero resulta que en ese mismo gobierno se estaban malversando unos recursos y eso es pérdida de autoridad sanitaria, pero en ese momento-- de pronto los que estamos en ese momento, **unos lo ven de una manera y otros de otra.**

¿Lo importante es el cumplimiento de la misión sin importar los modos? Esta tensión, que es frecuente para los trabajadores de la entidad, tiene múltiples respuestas de acuerdo con aquello que para cada uno resulte ser más relevante, además de tener una importante relación

con la previamente mencionada definición de salud. Lo que el trabajador entiende por salud es clave en la comprensión de lo que considere como los mejores modos para su mejoramiento.

**Francisco:** *Entonces, por ejemplo, si en el anterior gobierno pensé-- voy a poner el ejemplo concreto-- en determinantes sociales de la salud, y ahorita hablo de gestión del riesgo en salud, entonces, entra un choque, porque **yo vengo de la línea, del enfoque de los determinantes sociales y ahora me exigen que, si quiero seguir, tengo que cambiar.** O si yo soy profesional, debo cumplir por norma lo mandado por el alcalde elegido popularmente. Entonces, qué pasa, que ahí pueda que yo tenga mis propios pensamientos, sentimientos y demás, pero lamentablemente en ese caso **el “yo pienso de tal forma” tengo que dejarlo de lado, para asumir una posición que puede ser contraria a la que uno realmente tiene.***

De fondo, todo ese conflicto está poniendo énfasis en una premisa básica: vivimos a través de nuestra relación con el medio (Schwartz et al., 2010c), y son nuestros valores los que nos permiten determinar cómo manejar las tensiones para que esta sea una relación óptima.

Este mismo desafío se puede extrapolar a los detalles de la tarea cotidiana, donde incluso identificar “lo urgente” es una decisión que los mismos trabajadores definen en uso de sí. Pero existen otros debates internos, también de elevada dificultad de resolución, con impacto directo en las condiciones laborales del sujeto, por ejemplo, en términos de la contratación.

**Myriam:** *El día que me posesionaba fue que yo me enteré [de] que venía como secretaria, que yo llamé al despacho y dije: Yo no acepto; y me dijeron: Piénselo, usted va a tener primas, va a tener no sé qué, después miramos el cargo de técnico. **Igual me tocaba porque ya yo había renunciado al contrato. Y yo ya estaba por fuera de la Secretaría.** Si no acepto-- Me tocaba aceptar o aceptar. (...) Por remuneración también, porque es que, al pasar de planta, me significó la mitad del sueldo de ganaba como contratista, lo que pasa es que por contrato es el monto, pero no se fija que no tiene-- (...) vacaciones, no tiene prima, nada de eso.*

**Francisco:** *Lamentablemente, **a veces le toca al contratista que venía siendo profesional especializado aceptar un cargo profesional [de planta], pero pues ya también es decisión de la persona si evalúa, sopesa los costos y los beneficios de ese tema y define si sí se queda en un cargo de profesional en lugar de seguir de contratista profesional especializado; y conozco varios casos que sí lo han hecho, pues porque obviamente está el tema de las cargas prestacionales, el tema de vacaciones, de incapacidades, el tema de licencias, ¿no cierto?, otros temas que no disfruta el contratista, [a] los cuales no tiene derecho un contratista.***

Estos valores colindan con las expectativas del sujeto que, al no ser coincidentes con la realidad, se transforman en conflicto; después de todo, una expectativa es lo que una persona espera de una situación o cree que es el *deber ser* de las cosas, es decir, otra norma antecedente.

**Helena:** *Entonces, es paralelo a una solicitud que yo hago, porque veo la oportunidad y digo: **Pero ¿cómo así que yo estoy en el grado más bajo?**; porque es el más bajo, profesionalmente, el más bajo. **Y yo hago, igual todo, todo lo de los-- Todo.** Entonces miro, hago la gestión-- De esto venía haciéndolo como hacía dos años, pero no se había dado. Muy difícil que las cosas se den por las buenas, ¿sí?*

Como se puede observar, las expectativas de la contratación, del cargo mismo y de la Secretaría como empleador y como entidad rectora sanitaria son ideas variables que, de no ser concurrentes con lo vivido, pueden generar situaciones de malestar. Estos desafíos de la actividad de trabajo todavía tienen un desarrollo en función de la vida personal, pues afectan la integridad del cuerpo-sí. Entonces, tenemos una actividad profesional que trasciende a otros planos que en principio parecerían no están relacionados.

**Myriam:** *Hubo un tiempo en que lo hacía, me sentaba en mi cama con el computador a mandar correos y todo, hasta que el gordo me dijo: Negra, **pero tú sales tarde todos los días, y ¿fuera de eso hasta el fin de semana? ¡No!**, me dijo, ¡No, no, no! Tú tienes un horario de trabajo, pero no hagas el trabajo acá. Le dije: Pues sí, también tiene razón. Entonces, yo los fines de semana no, llego el lunes a mirar lo del fin de semana. Pero de todas maneras--*

A modo de síntesis de este aparte, extrajimos narrativas de dos participantes donde se evidencian algunos de esos valores que pueden ser irrenunciables, y que fueron identificados por ellos mismos como parte definitoria de su ser.

**Piedad:** *Hay cosas que... que uno no puede negociar, porque tiene que ver ya con la-- como con la ética de lo público, ¿no? Entonces yo, por ejemplo, **no, no, yo no, a mí me queda muy difícil adaptarme porque yo no negocio la ética de lo público,** me queda muy difícil negociar la ética de lo público, si a mí me dicen que hay que hacer una acción que no es costo-efectiva, porque hay que hacerlo, porque hay que gastarse una plata, yo digo: **¿Sabe qué? Pongan a otro.***

**Myriam:** *En este momento de mi vida, yo ya tengo 52 años, yo estoy acá, mi esposo tiene una empresa propia... apenas está comenzando. Yo le dije: No, si yo no llego a pasar el concurso o algo, yo me voy a trabajar contigo. **Mientras que yo esté acá***

*doy todo. Pero a mí en este momento-- estoy enfocada en [mi hijo] Camilo. Que Camilo estudie, salga del país, todo. Yo siento que yo ya-- no estoy diciendo que estoy viejita, pero mi[s] expectativa[s] en este momento-- son más de bienestar.*

## 3.2. Tras los rastros de la actividad en el cuerpo-sí

Comprendiendo un poco mejor las distintas circunstancias que se presentan en el desarrollo de la actividad concreta del trabajador de salud pública, es necesario entrar en mayor detalle en lo que significa el uso del cuerpo-sí: qué estrategias emplean los sujetos, con qué modos de acción cuentan para lidiar con las incertidumbres de la realidad del trabajo y qué costo representan para su integridad. Esto implica, por supuesto, indagar también por los modos de acción con los que no cuentan, es decir, la actividad impedida.

### 3.2.1. Las modalidades de la actividad impedida

Los anteriores debates de normas y de valores pueden configurarse como situaciones de malestar si no se resuelven de manera idónea para el sujeto, es decir, si no permiten la renormatización. Consecuentemente, Clot (2001, 2010b) asume que el sufrimiento en el trabajo se manifiesta en circunstancias de trabajo impedido, pues son las restricciones en el poder de acción y en el uso del cuerpo-sí que conllevan a que el sujeto no encuentre un desenlace óptimo a la distancia entre lo prescrito y lo real.

La actividad impedida es transversal a todas las situaciones de malestar, pero no existe una única modalidad de contrariarla y, por supuesto, tampoco una única forma de asumirlo por parte del trabajador. Quizás el modo más incuestionable de impedir el uso de sí es aquel donde la norma se torna en una imposición categórica para el individuo. Esto puede darse frente a cualquier tipo de norma antecedente, y el uso del cuerpo-sí verse limitado en cualquiera de sus aristas, incluso en lo que pareciera ser la decisión más elemental.

**Myriam:** *Yo acá con tres personas; ella [la jefe]: Pero es que usted me tiene que atender es a mí porque yo la estoy llamando a usted. Entonces, esa es la parte que a mí me ha dado muy duro (...) porque ese el momento-- como que uno está, como que te digo, como que se siente atado ahí solo a ese puesto y nada más, como que tú no tienes libertad ni de tu tiempo, porque es que a veces yo no puedo ni ir al baño, porque si voy al baño me dice: ¡Pero si es que la estoy buscando! Pero es que yo... ¿al menos puedo ir al baño?*

Hay otras formas menos obvias de trabajo impedido, más cercanas a la enajenación: se pretende que el trabajador sólo se enfoque en acciones de ejecución y, alejándolo del contexto, se le impide también la capacidad de cuestionar y de recrear su propia actividad. Para Clot (2001), estas situaciones son bastante visibles en los nuevos modos de organización del trabajo, aunque claramente vienen derivadas del taylorismo. Además, es una de las formas de la actividad que puede asociarse con las patologías de la soledad y de la indeterminación del trabajo (Ver Sección 2.4.2), identificadas por Bendassolli y Soboll (2011).

**Piedad:** *“No me importa cuál es el asunto estratégico y qué le beneficia a la comunidad y qué se debe hacer”. La gente cuando llega ahí [a los cargos directivos], tiene que acogerse a un marco normativo **porque el marco normativo le impone una función y le impone un alcance a su tarea** y en ese marco dice: Yo voy a hacer tal cosa. Si eso es **beneficioso o no necesariamente para la gente, no pasa nada, no me lo cuestiono, no me lo pregunto.***

**Helena:** *Entonces sí, no es fácil que una personita aplique sus conocimientos y todo, porque de todas maneras hay una línea. Sí, hay una línea por el que en ese momento está en la administración. Entonces, **que otro venga y contradiga, o eso, la línea... la verdad, no es aceptado, no es fácil.***

Esto es una fuente de malestar importante porque va en contravía de lo que realmente tienen como misión estos cargos: crear y poner en marcha políticas públicas en salud para la ciudad. Como se vio en el apartado anterior, en este punto es donde se hace más fuerte el debate de valores, pues no sólo se trata de la ejecución simple de un procedimiento o de una decisión tomada por otros, sino que a veces ese procedimiento o decisión puede ser contrario a los valores del sujeto (Schwartz et al., 2010c).

Una situación de trabajo impedido relacionada con la anterior es el desconocimiento del trabajador. Consiste en dar la oportunidad tangencial de renormatización al trabajador o al menos brindar la sensación de que su replanteamiento de la situación es posible, pero éste no se concreta en acciones de cambio en la realidad ni se refleja en la toma de decisiones. A continuación, el relato de una trabajadora que puede ilustrar mejor esta condición.

**Piedad:** *Estás en un ejercicio que no es necesariamente visible, terminas tú haciendo cosas, reconocida-- **terminas siendo un profesional de bajo perfil-- O no de bajo perfil, de alto perfil reconocido por nadie, no porque sea malo tener***

*conocimiento, sino el reconocimiento no es que te digan: ¡Cómo eres de pila! ¡Cómo haces de cosas buenas!; sino si eso se supone es aplicable, procedente y prudente hacerlo, pues por qué no intentamos ponerlo a jugar. No es que me echen flores: Cómo te quedó de bonito, ¿no? **Es que, si eso está bonito y sirve, pues hagámosle, porque ese es el verdadero reconocimiento, no que te digan cómo te quedo bonito.***

En este sentido, puede plantearse que no hay una limitación directa de la capacidad de actuar, en tanto el trabajador tiene opciones de renormatización; sin embargo, esta recreación de la norma queda sólo para el ejercicio individual y, aunque de alguna manera eso permite que no sea un sufrimiento mayor, no deja de generar malestar que la renormatización no trascienda efectivamente. Sobre este tema, Dejours (2015b) ha trabajado ampliamente aludiendo a que la sublimación —que es una noción más de corte psicodinámico, pero que en varios sentidos puede asociarse a la renormatización— no debe circunscribirse a lo intrasubjetivo, sino que su trascendencia a lo colectivo y cultural es de gran relevancia para el desarrollo de la subjetividad. Clot (2006), por su parte, reconoce que la transformación de las situaciones de trabajo debe orientarse a los colectivos y que la tendencia a la individualización es fuente de malestar.

Por otra parte, sobrecargas de trabajo también pueden ser entendidas como limitación del poder de actuar, en la medida en que satura al trabajador al punto de no generar espacio para el ajuste de normas, y de obstaculizar el desempeño de las tareas cotidianas. Como se mencionó previamente, esta situación de trabajo se ha visto relacionada de forma más directa con afecciones psicósomáticas, y lo que Bendassolli y Soboll (2011) categorizan como patologías de la actividad (Ver Sección 2.4.2).

**Helena:** *Y lo otro es que... como se están cubriendo actividades de los otros compañeros, los cubro yo, pero Jorge también las cubre, entonces, de pronto decimos: Hay reunión a las 10; pero a esa reunión él no puede asistir **porque hay otra cosa que prima sobre lo que vamos a hacer...** Entonces, así.*

**Piedad:** *Y si no es así, es porque usted es ineficiente. Recientemente dicen que **sacaron a una compañera de ese proceso porque se suponía no era lo suficientemente eficiente y era sola para todo**, que no cumplía con las tareas, no llegaba con las tareas a tiempo, imagínate esto, tiene que hacer el trabajo, en un grupo de trabajo como ese tendría que haber, al-- mínimo, mínimo, mínimo, en un grupo de trabajo de esos tendría que haber mínimo seis-- siete personas, ocho por lo menos diría yo, ¿sí? **Hay una y como no está todo a tiempo, es porque la***

*profesional no sirve: Mejor no la contratemos; es así ese tipo de cosas en la Secretaría.*

En los diálogos con los participantes identificamos otra forma importante de limitación y es derivada del uso de la incertidumbre como instrumento. Si bien defendemos que el medio es imprevisible, existen oportunidades donde esa situación es manejada de modo que dificulta o desorienta la toma de decisiones por parte del sujeto. Esta situación es visible en el proceso mismo de contratación laboral:

**Myriam:** *Estar en la casa, así sea un mes, cuando se queda uno sin contrato... aquí he pasado tres meses sin contrato. Duro porque uno se deprime en la casa, además, porque uno esperando, ¿será que me llaman?, ¿será que no me llaman? Y así fueron 15 años de contrato. (...) Llevo año y medio de planta provisional, que fue en enero del año pasado. Pero de resto siempre contrato, esperando que sí sí, que si no, será... esa parte para todo el mundo es dura [risas].*

Pero también es evidente dentro del ejercicio de la actividad, generando tensiones en el trabajador:

**Helena:** *El ambiente no es fácil, en este momento hay planeación porque es del Plan de Intervenciones Colectivas. (...) Pero el año pasado fue patético, eso te cuento. El grado de estrés que se maneja es alto. Estrés porque hay que entregar las cosas, porque hay cosas que son inmediatas, ¿no?, es lo urgente. (...) Lo urgente sobre lo importante, o también **estrés porque no sabe uno qué hacer, cómo hacer, a quién acudir.** Que eso no es fácil... pero ahí vamos. **El proceso del reproceso, del reproceso, del reproceso... Eso es tremendo.***

La renormatización se efectúa, pero resulta inocua, porque en todo caso las normas antecedentes, ambiguas, siguen un curso desorganizado, de modo que cualquier anticipación por parte del individuo resulta ser improductiva. Para Clot (2001) son los colectivos de trabajo por medio del género profesional de la actividad los únicos que pueden compensar estas disociaciones de los trabajos actuales, creando recursos de acción más efectivos para enfrentar la incertidumbre. Sin embargo, la actividad real muestra que existen otras obstaculizaciones dirigidas precisamente a la construcción del género, empezando por la fragmentación del colectivo.

**Helena:** *Y lo otro es que no había una persona-- tener uno el conocimiento de todas las direcciones no es fácil, y cada uno tenía como su intencionalidad de acuerdo a la dirección en la que está. Entonces: No que esto no quedó, de mi dirección no quedó eso; ¿Ustedes por qué siempre son los que lideran ese tema, si nosotros también lo hemos hecho, lo hemos desarrollado?; la otra dirección: No, si nosotros ya tenemos unos avances muy grandes y no vamos por esa vía, entonces, ese documento no nos sirve. Finalmente, no se pudo hacer el documento. Participamos una, dos, tres, cuatro, cinco subdirecciones. **Invertimos-- yo te digo que muchísimo tiempo. Muchísimo tiempo y, finalmente, el documento no salió.***

En las narrativas emergió con frecuencia esta idea de las áreas que funcionan de manera aislada una de las otras, como si cada una fuera una entidad aparte. Por otro lado, el trabajo intersectorial que, como ya se mencionó, podría contribuir con el fortalecimiento de otro colectivo genérico, tampoco resultó ser tan cohesionado. Al respecto, Schwartz et al. (2010c) señalan que la creación de ECRP implica un costo alto para el trabajador —se trata de someter sus modos de renormatización a la evaluación de los otros—, de manera que no surge espontáneamente sino que requiere de un trabajo previo de creación de vínculos con los colegas. Si esta última condición no se favorece debido a las modalidades de contratación y al individualismo promovido por los modos de organización del trabajo, es claro que no se puede aspirar a un fortalecimiento de la memoria colectiva o género de la actividad.

**Piedad:** *Uno qué se va a poner en ese plan, uno tiene que criticar y construir por dentro, no me voy a poner a bombardear desde afuera de la institución; pero compañeros me dicen cosas como esas: es que usted aquí "da palo", pero cuando está fuera de la institución encuentra la forma de decir lo que piensa, pero de otra manera y aquí no lo hace así. Y digo: Es que aquí es donde puedo hacer catarsis, yo no podría hacer catarsis en una reunión intersectorial.*

Las consecuencias que pueden generar todas estas distintas formas de contrariar la capacidad de uso de sí, en concordancia con Bendassolli y Soboll (2011), son múltiples. Las primeras, quizás, son la frustración y la insatisfacción. En orden con lo planteado con Dejourns (2015a) cuando afirma que todo trabajo es, en principio, un fracaso, estos debates de normas aquí presentados por los trabajadores de salud pública constituyen una frustración de mayor duración en el tiempo, en algunos casos permanente si se quiere, puesto que al fracaso de la anticipación se suma el fracaso de la renormatización imposibilitada.

**Piedad:** *La gente misma se siente insatisfecha con lo que produce, por tener que hacerlo a la carrera, por tener que hacerlo sin entender, ¿sí? Sino que hacer por hacer y todo lo que implica el reproceso es una cosa muy grave, en la salud mental de la gente y en la productividad de una institución, eso es todo el tiempo así: No hay tiempo para conversarlo, no hay tiempo para decirlo, ya no hable más de eso, váyanse y hagan la tarea. Después, cuando la tarea está: Es que eso no era así, es que no lo entendimos, nada, pero ya se hizo, ya se perdió el tiempo en hacerlo, ya hay que volverlo a hacer, ¿sí? (...) **Todo el tiempo esa sensación de insatisfacción de producir mediocrementemente, de no producir con los mínimos que deberían tener las cosas, eso produce una sensación a la gente muy, muy aburridora. Fuera de eso que te toca volverlo a hacer, no, no, no, no, no; y la resistencia que muchas veces la gente hace, ya está mamada de hacer tres veces la misma vaina.***

Esta última narrativa nos sitúa también en el tema de los reprocesos. Un reproceso puede adjudicarse a una planeación insuficiente, pero es parte de la naturaleza no poder ser abarcada exhaustivamente por ninguna forma de anticipación, de modo que ésta no es una causa exclusiva del reproceso. Una tarea que no consigue ser llevada a cabo con éxito también tiene que ver con las pocas posibilidades de renormatización por parte del sujeto, pues con mínimas opciones de ajuste de la norma a la realidad, se está limitando el uso de sí. Estas sensaciones de frustración prolongada derivadas de los reprocesos y del exceso de carga por reproducción de tareas pueden manifestarse como desgaste (Bendassolli & Soboll, 2011), que se encuentra no sólo a nivel individual, sino también colectivo.

**Helena:** *No hay los tiempos para uno-- dedicación exclusiva a la construcción del documento. (...) **De pronto, no se da la línea clara, concisa y precisa, no hay una orientación tal que dirija el documento desde el principio. Desde el principio, ¿sí? Que diga: Pongamos el documento de lineamientos PIC de esta forma; sino que uno empieza a trabajar un mes, dos meses, sobre esto, y después dicen: No, es que la orientación es diferente. Entonces, es el desgaste de todo un grupo. Es un desgaste tremendo, de todo un grupo.***

Un desgaste que puede terminar en manifestaciones somáticas, o en la renuncia del trabajador.

**Myriam:** *Pero sí, ya en ese momento: Ya quiero, dije, me organicen mi trabajo o algo hago; porque ya, además que me estoy sintiendo-- y de enferma no de cosas por el trabajo, sino que he tenido dolencias raras que no será que yo me estoy-- **¿Será que el estrés me tiene enferma? No quiero sentirme enferma, pero a pesar de que uno tenga la edad yo como ando haciendo ejercicio, yo me siento bien-- Entonces, me da susto esa parte, necesito dejar tanto estrés porque siento que me voy a enloquecer acá.***

**Helena:** *Mira, cuando se está formulando aquí el PIC (...), hoy te mandan a hacer así los lineamientos y mañana los cambian, y pasado mañana vuelven y los organizan de primera, entonces, tiene que ser uno muy, muy resistente a eso. La programación de lo financiero de las platas y todo eso también. Hoy te dicen: Hay, este pesito. Mañana, y es así-- **es hoy y ya mañana tú llegas en la mañana a las siete y encuentras un correo de las diez de la noche que te dicen que eso no es así, o eso es así. Sales tú a las cuatro y media, y mañana a las siete está el correo ahí, que tienes que reorientar los lineamientos, reorientarlos en cuanto a lo técnico, y en cuanto a lo financiero, y todo eso. Entonces, tiene que ser uno muy resistente a eso ¿Por qué lo digo? Porque he visto personitas que, en el trayecto de esas formulaciones, se enferman, o renuncian. No es fácil formular el PIC.***

Un último elemento que permiten rescatar estos diálogos es que algunas de estas situaciones de malestar son experimentadas consistentemente, pero su capacidad de deterioro del cuerpo sí no es asimilada fácilmente por el sujeto. Como en el caso de la trabajadora que, en medio del encuentro, empezó a considerar que su desgaste físico sí podría estar relacionado con situaciones de trabajo. Este ejemplo es importante porque además, como señala Clot (2010a), evidencia claramente un proceso de desarrollo del pensamiento —en el reconocimiento de una situación vivenciada pero hasta entonces ignorada— provocado por el uso de la técnica de investigación.

En cualquier caso, sabemos que una actividad no sólo es fuente de malestar, sino que contribuye de muchas maneras al desarrollo de la subjetividad. Durante todo el proceso investigativo y cuánto más avanzábamos en los diálogos con los trabajadores, nos surgía con más fuerza una inquietud: ¿Cómo puede compensar una actividad profesional para que, a pesar de todas las situaciones de malestar identificadas, un trabajador vea en ella una opción de vida por tantos años?

### **3.2.2. La reconstrucción de la actividad por medio del uso de sí**

A pesar de todas las dificultades y tensiones que se presentan en el transcurso de la actividad de los trabajadores de salud pública, encontramos que en la mayoría de los casos se abrían espacios para la renormatización. Mientras que las situaciones de malestar son más o menos incontrovertibles para los sujetos —esto es, evidentes y compartidas—, esta condición cambió cuando se trataba de opciones de renormatización. Quizás porque, como señalan Schwartz et al. (2010c), algunos de los modos de acción se interpretan como automatismos, otras

racionalidades del cuerpo-sí que fueron aprendidas y no necesariamente de manera consciente.

**Myriam:** *¡Ah, sí! Yo tengo un listado de cada área con todo: con el cargo, qué hace, qué maneja cada profesional, pero yo no lo manejo porque yo ya lo sé.*

**Natalia:** *Ah, bueno, pero si yo me quedara acá...*

**Myriam:** *Pero si tú te quedaras acá, yo-- podrías consultarlo porque ese es otro de los archivos que yo abro-- Se me había olvidado comunicarte, porque me piden mucho teléfonos y correos de cada uno de los profesionales. Entonces, ahí está dividido por cada una de las subdirecciones o [sub]secretarías, quién depende de cada una, correo electrónico, qué es el tema que maneja cada uno, entonces ahí... ya se podría saber. Pero, la verdad, yo casi nunca lo utilizo.*

Esta elaboración supone considerar como obvias, y sin más alternativas, decisiones donde se hace uso de sí sin ninguna contrariedad. El ejemplo a continuación no sólo permite ilustrar esos modos de acción, sino cómo la confrontación con el otro —en este caso, el doble— permite reelaborar la comprensión de la actividad por medio del discurso.

**Myriam:** *O se lo dejo a la secretaria, si está; o si no, encima del computador de la persona-- y encima del computador de la persona le dejo una nota grande: "Por favor comunicarse..."; y luego me voy hasta allá y le pregunto (...)*

**Natalia:** *¿Hay algún registro de eso? O es sólo memoria...*

**Myriam:** *¿De qué?*

**Natalia:** *De las llamadas. Por ejemplo, voy y le dejo una nota a este profesional, y después le pregunto, pero puede que se me olvide que te había dejado esa nota...*

**Myriam:** *No, mira que eso nunca lo he hecho-- Y sí debe-- Sí podría ser una buena idea también hacerlo, hacerle seguimiento, porque tanta llamada que entra acá, y a uno le dicen: No, pero ¿es usted qué hace?; les digo: ¡¿Yo qué hago?! ¡Contestar el teléfono todo el día! Entonces, esa sería una buena opción, mira que no-- yo cuando estaba en vacunas tenía un registro de llamadas por temas (...), y esa sería una buena opción hacerla, mira que sí, me la voy a hacer (...). Claro, casi siempre me acuerdo, pero la memoria le puede fallar a uno y uno no se acuerda.*

En algunas ocasiones, ese reajuste de normas es posible incluso frente a la toma de decisiones que trascienden el ejercicio propio e inmediato. Estas variaciones entre situaciones de trabajo que permiten una renormatización exitosa y situaciones contrariadas no son excepcionales, al contrario, son parte del devenir mismo de la actividad real del trabajador de salud pública.

**Myriam:** *Yo les revisaba todos los documentos técnicos, yo hacía la revisión-- es que eso tiene un nombre-- (...). Entonces, yo ya tenía-- para revisar el documento, me pasaban todos los documentos, yo los revisaba. **Que ellos hacían los lineamientos, pero yo los revisaba**, y yo les decía: Mira, a mí no me parece que esto vaya así, acá se están excediendo en esto, los porcentajes no van así.*

En todo caso, pareciera que estas opciones de renormatización dependen mucho de la posición del trabajador al interior de la Secretaría de Salud. Condiciones como su antigüedad, su forma de contratación o su nivel de cargo pueden alterar de manera significativa las posibilidades del sujeto de ejercer su *poder* de actuar. Queremos resaltar aquí *poder* no sólo como capacidad sino como característica relacionada directamente con cómo el sujeto se inserta en las relaciones sociales, a través de posiciones de poder. Eso explicaría porque en algunos casos parece que no existe ningún espacio para la renormatización, mientras que en otros similares es perfectamente plausible.

**Piedad:** *[Mi compañera] dijo: No, lo que pasa es que tú eres un funcionario de planta, de mucha antigüedad, ya tú estás por encima del bien y de mal y te puedes dar esos lujos, pero es que yo soy un funcionario en nombramiento provisional, de hace poco, tú sabes que a mí me nombraron hace como un año, entonces yo no me puedo dar el lujo de decir que no, yo no me puedo dar el lujo como tú de poner una posición y decir: "Si no es así, entonces háganle como les quede bonito", yo no me puedo poner en esa posición, es que tú sí estás por encima del bien y del mal, y tú eso lo manejas muy bien, pero yo no puedo hacer eso. **Yo le dije: Todos podemos hacer eso-- todos podemos hacer eso, no se trata ni de revelarse, ni de desconocer la autoridad, ni de ser displicente ni de ser anárquico, ni nada de eso, se trata de sentarse con el jefe y poner en blanco y negro las cosas: ¿Qué sentido tiene hacer esto, esto y esto si eso es para...?***

Pese a que para esta participante es perfectamente factible tener un mayor radio de acción al margen de la posición del trabajador en la entidad, en un diálogo anterior nos exponía que sí hay condiciones laborales que efectivamente favorecen o impiden esta situación. Esta contradicción discursiva que, como se evidencia en el primer fragmento, fue suscitada por un encuentro fortuito con otra compañera, nos muestra claramente que es la confrontación con el otro la que permite a la trabajadora empezar a reelaborar ese elemento de su actividad; reelaboración que, sea dicho de paso, todavía requiere de afianzarse en su pensamiento y en el género de la actividad antes de convertirse en transformación efectiva del trabajo (Clot, 2010d). A continuación, la narrativa de días previos:

**Piedad:** *La gran ventaja de uno ser un profesional de carrera administrativa [es] que lo avalan por el cumplimiento de sus compromisos de desempeño. En mi caso-- es que yo hago compromisos de desempeño que tengan que ver con las posibilidades de desarrollar cosas y que no me generen conflictos éticos. Si me toca hacer compromisos de desempeño donde voy a estar en conflicto ético, yo digo: No, qué pena, no le juego a ese compromiso; y como los compromisos de desempeño son acordados con el jefe inmediato, entonces, como que tiene uno la posibilidad.*

Retomando, esto ratifica que, frente a una vinculación como contratista, a la persona no se le da la alternativa de acordar sus compromisos de desempeño, sino que éstos vienen asignados como productos obligatorios que ayudan a determinar el cumplimiento del contrato a su término, de manera que no se está exento de que algunos deberes generen contradicción y conflictos vitales importantes. Esta capacidad de renormatización variable según la posición al interior de la entidad es un tema que podría ser trabajado en mayor profundidad desde perspectivas ergológicas.

Sin embargo, la renormatización no sólo se ve en acciones cotidianas puntuales o de alcance medio, sino que el trabajo mismo de la salud pública puede ser una recreación de normas del individuo frente a su propia ocupación. En este sentido, la misión de la entidad permite que el trabajador reajuste normas, incluso del género de la actividad, creando un potencial de desarrollo profesional enorme para el individuo; especialmente, porque más adelante esto puede reflejarse en la contribución a la memoria colectiva de la ocupación (Fernández & Clot, 2007; C. O. da Silva et al., 2011).

**Francisco:** *Al llegar como contratista entré a un área que se llamaba Acciones en Salud, como la montaron en ese momento-- como contratista-- y pues da la casualidad de que yo era el único médico, o sea, ellos eran sobre todo ingenieros sanitarios, ingenieros ambientales, porque esa era la mirada, ¿sí? Y empezó entonces a entrar gente: enfermeras, muchas enfermeras llegaron, algunas trabajadoras sociales, unos poquitos psicólogos y el único médico era yo, entonces, era ahí si como que en esa época el ser médico y haber llegado-- hace ya unos casi veinte años-- eso fue, digamos, como una novedad porque allá no, no, al médico se le veía era en la consulta.*

Ese potencial de aprendizaje por renormatización de la profesión es un proceso que ha tenido distintos matices de acuerdo con el desarrollo de la institución. Esto es importante porque para

la mayoría de los participantes esa contribución tuvo un declive considerable en los ocho o diez años posteriores a su vinculación, que precisamente coinciden con el periodo en el cual la Secretaría de Salud se consolidó como autoridad sanitaria en la capital en torno a las disposiciones de la Ley 100. La disonancia que aquí se evidencia es que el fortalecimiento de la organización se dio gracias a la actividad renormatizada de muchos trabajadores, quienes hoy en día, tras la evolución de la entidad, perciben menos poder de actuar que en los primeros años.

**Francisco:** *Digamos que ese momento-- la administración-- Ella [la secretaria] incluso impulsaba mucho a que desarrolláramos trabajo con expertos en los temas. Entonces, yo no me quedaba ahí solo, sino que podía llamar a los ginecologistas que considerara, de hospitales, de entidades privadas y fuimos construyendo la política que en ese momento se llamó Maternidad Segura, (...) y ya después empezó el tema de la planificación familiar (...), y después se progresó al tema de VIH/SIDA y de las otras infecciones de transmisión sexual, y después se trabajó el tema de los cánceres del aparato reproductor (...). Entonces, **fue como ir escalando e ir construyendo, y al mismo tiempo-- la Secretaría en ese momento como también se estaba transformando como entidad, digamos que eso facilitó que fluyeran muchas cosas en la-- en la dinámica de que había que ir transformándose y de que en ese momento la Secretaría de Salud nueva pues tenía que empezar a dar directrices, lineamientos, políticas, evaluar, hacer seguimiento a todas las empresas del distrito.***

Observamos también que esta capacidad de renormatizar está estrechamente vinculada al crecimiento y aprendizaje del sujeto. Sin duda, el trabajo puede considerarse como una fuente de desarrollo subjetivo cuando contribuye con la reconstrucción interna de la actividad, aspecto necesario, junto con las contribuciones efectivas al género de la actividad, para la transformación de las situaciones de trabajo (Clot, 2006).

**Myriam:** *Hay muchas personas que creen que es solamente: Esto me pusieron hacer y yo solamente hago esto, y de ahí no me muevo; y no, es que **uno tiene que tener la visión de todo.** O eso aprendí yo con Yolima, la gente que ha trabajado con Yolima sabe que Yolima es así, **y que uno tiene que ir un paso más allá** y que tiene que estar pensando en eso, que tiene que estar organizando acá, y qué me falta, y qué... ¿sí?*

**Francisco:** *Porque **sí tenemos que tener siempre una perspectiva mayor, una mirada más estratégica, y no dejarnos enredar en la problemática del día a día o del momento,** sino ver las cosas con perspectiva. Finalmente, si uno se queda ahí como un corcho, dando vueltas, no crece uno-- se convierte en una cosa negativa también para uno, pues diría yo que es lo fundamental sentirse uno bien en su contexto, y poder trabajar y aportar hasta donde sea posible, (...) pero de eso sí he aprendido-- de eso, de esa posibilidad: uno siempre dejar-- **y ver que siempre hay***

*una opción así el desafío sea muy grande, siempre hay la opción de estar trabajando.*

Un elemento que puede observarse claramente en uno de los fragmentos anteriores es que este desarrollo no surge del *individuo* en actividad, sino del *sujeto social* en actividad. La interacción con otros es clave en el proceso de recreación de las normas que posteriormente se interioriza en el cuerpo-sí (Schwartz et al., 2010c). Esto nos conduce a dos modos de desarrollo que están estrechamente relacionados. El primero tiene que ver con el reconocimiento de los pares, que ha sido más ampliamente abordado desde la psicodinámica del trabajo (Dejours, 2015b). En la clínica de la actividad, esta condición está relacionada con la contribución al colectivo de trabajo (Clot, 2006). En efecto, la recreación de la norma y el desarrollo de la subjetividad cobra un valor más importante cuando puede aportar al género de la actividad profesional.

**Piedad:** *Lograr buscar las satisfacciones por otro lado, en su ejercicio profesional por fuera, si lo tiene. Por lo menos en mi caso, yo logro satisfacciones en los ambientes intelectuales en los que yo me muevo (...). De hecho, a mí en la Secretaría me conoce con un alto perfil técnico, por eso, **independientemente de [que] cuánto uno pueda sugerir o proponer en perspectivas se haga, los compañeros siempre le consultan a uno:** ¿Tú qué crees que tenemos que hacer?, es que los jefes dijeron esto y aquello, y no me parece, pero venga le hacemos. Uno encuentra el ambiente en algunos momentos en que los compañeros reconocen la competencia técnica, reconocen las posibilidades de aporte o asesoría que uno tiene.*

Un segundo modo de reconocimiento es derivado de los aportes a la comunidad y de su armonía con los valores personales; es decir, no se trata necesariamente de una retribución explícita por parte de la sociedad, sino que es suficiente si se considera que los resultados de desarrollo de la actividad podrían ser eventualmente reconocidos al estar en consonancia con los valores propios y con los valores de los demás. En la perspectiva ergológica esto es un adecuado uso de sí por sí y por los otros (Schwartz et al., 2010c), pero esta esfera del reconocimiento comunitario ha sido más ampliamente abordada en la psicodinámica del trabajo (Dejours, 2015b).

**Francisco:** *Sí, hay como dos cosas, ¿no? Una es que al interior de la entidad se puede[n] generar procesos de crecimiento en lo personal o satisfacción en lo profesional, (...) es decir, que puede generar como un proceso de fases, como de crecimiento laboral, que redundo como, pienso yo, también en lo personal, en el*

*sentido de que su autoestima y demás pues crecen también; pero aquí [en la narrativa] decía más una cosa que me parecía interesante, que yo lo he entendido como salubrista público, es que, **trasciende uno de un trabajo pequeño en comunidad, o del trabajo asistencial, a cosas de impacto ya más colectivo, ¿sí?** Entonces, me parece que la proyección de lo que se hace-- acá la Secretaría tiene esa doble mirada: uno, la gran responsabilidad; y otro, **pues que va a beneficiar o perjudicar, dependiendo de si es una buena decisión o una mala decisión, a todo el colectivo, a toda la ciudadanía**, entonces, se puede como desde esas dos perspectivas la última citación.*

Para finalizar, observamos que estas situaciones de renormatización y de reconocimiento del ajuste de la norma no eran necesariamente las más frecuentes durante el desarrollo de la actividad —aunque pese a su poca recurrencia, su magnitud de impacto sí era considerable, pues justificaba y compensaba de alguna manera todas las situaciones generadoras de malestar. En ese sentido, indagamos por otras opciones que permitieran al sujeto encontrar salidas frente a la restricción en el poder de acción. En este caso, se plantearon el escape o la marginación como estrategias de mantenimiento efectivo de la integridad psíquica.

**Helena:** *Como qué te digo yo, **para participar tú esperas como el tiempo-- el tiempo, ¿sí?, el tiempo, que te den la oportunidad para-- no es sumisión, no es nada de eso, no, es que, si te llaman para tal cosa pues tú asistir, ir a lo que te llaman y cumplir con lo que... esto-- y de ahí no más. En este momento y por el día de hoy. Hoy no es mayor cosa, mañana es otro día, pero sin planificar. Nada, absolutamente nada, nada.***

**Francisco:** *Ahora si es de planta, pues estamos bajo la lógica de que cómo se solucionan ¿cierto? Entonces si es de planta, la solución, a veces digo yo, el tema es "irse a hacer origami". Entonces, **[es] buscar tareas menos visibles, de menor responsabilidad, y hacer tareas mucho más suaves, que no tengan mayor impacto, como un mecanismo de resistencia, ¿no cierto?, y así resolver la crisis de esa manera. Porque pues siendo de planta, salvo que renuncie a la planta que, en nuestras condiciones laborales del país, pues no es una buena opción, pero a veces-- solo he visto, tal vez, en todos los 17 años que llevo, tal vez he visto dos casos de compañeros que han renunciado, han dicho: No y no y no; y renuncian.***

Este análisis requiere una exposición más detallada. Si bien podríamos decir que estas formas de apartarse de la actividad son derivadas de las limitaciones en la capacidad de renormatizar del sujeto, es a la vez un modo de ajustar su realidad. El trabajador identifica que no tiene mucha toma de decisión en las tareas de alto impacto, de manera que opta por una especie de "enajenación voluntaria", de retiro discrecional de la actividad porque conoce su curso y sabe que, eventualmente, sus circunstancias se darán para retornar a esta sin mayores conflictos

vitales. Mientras tanto opta por concentrar sus energías en situaciones concretas que no involucren tensiones importantes, aunque esto implique un sacrificio transitorio de otros valores.

El asunto con este modo de acción es que, al final, no es más que una respuesta de evasión a las tensiones irresolubles, la cual que puede tomar distintos cursos, algunos con mucho riesgo para el sujeto. En algunos casos, y esto varía de acuerdo con los modos de contratación y con el conocimiento que se tenga de la actividad, se conduce al extremo de la renuncia, que es la evasión completa del conflicto: no se reajusta ninguna norma. El otro caso, que es más para trabajadores que conocen en gran escala el funcionamiento de la toma de decisiones en salud pública —conocimiento que viene inmerso en el género de la actividad profesional de la entidad pública, y de ahí su importancia como memoria colectiva—, es una resistencia pasiva dónde se posterga el reajuste, en dominio mismo de la dinámica de la actividad.

**Francisco: Piénsese que esto es de un tiempo, tiempo limitado, y pueda que uno esté y trascienda ese tiempo.** Entonces, puede ser que uno esté más de cuatro años-- y aquí sucede con muchos contratistas, y por su proceso con carrera administrativa-- que están más de cuatro años; entonces, **hemos visto pasar, no uno, sino tres, cuatro, cinco periodos de gobierno y uno se da cuenta de que de todas formas cada gobernante viene con su forma de pensar, sus líneas políticas, y pues que ya después vendrá otro.** Entonces, en esa medida pues si es lograr proyectar lo que se está haciendo en un mediano y largo plazo, de tal forma que lo de corto plazo en una alcaldía, pueda uno adaptar las cosas a esa circunstancia y después en otras alcaldías pueda seguir desarrollando el proceso siempre siguiendo una misma línea, ¿sí?, en términos técnicos.

En ese último caso, se trata de una apuesta. No hay certeza de cuánto tiempo de espera se requiere antes de que efectivamente sean dadas las condiciones para retornar a la actividad integral. De cualquier manera, este modo de reacción también responde a los valores del sujeto: es el mantenimiento de una referencia interna innegociable. Estas estrategias sólo son asimiladas por trabajadores con mucha trayectoria dentro de la entidad, pues aunque los trabajadores más jóvenes podrían acceder a estos saberes por medio del género de la actividad, este se encuentra desprovisto de historicidad debido a la fragmentación de los colectivos de trabajo.

**Piedad:** ... no trabajo para ningún gobierno, trabajo para los bogotanos. Y con eso yo quiero reflejar es que yo trabajo para los intereses comunes de la ciudad, y cuando yo no veo los intereses comunes de la ciudad reflejados en una propuesta de trabajo, **yo le pido directamente a mis jefes que me permitan marginarme de eso,** porque mi ética, mi fuero privado de salubrista público, mi ética de lo público no me permiten involucrarme en cosas que no son procedentes y prudentes, y no son, digamos, a lugar para la ciudad. Y digamos que **eso implica un poco de aislamiento, pero también implica uno poder estar con su conciencia tranquila.**

En este orden de ideas, encontramos que las oportunidades de desarrollo de la subjetividad y de reconocimiento son una recompensa en sí misma lo suficientemente fuerte para subsanar otras situaciones de malestar en el desarrollo de la actividad. Pero también debemos señalar que unas y otras son parte necesaria del devenir de la actividad profesional del salubrista, que se encuentran simultáneamente porque sólo de los conflictos y debates de normas y de valores pueden surgir espacios para que los trabajadores transformen su medio y se transformen a sí mismos.



## 4. Consideraciones finales

Esta aproximación al estudio de la actividad de los trabajadores de la salud pública en Bogotá nos permitió comprender mejor cómo el ejercicio profesional cotidiano contiene situaciones de malestar para los trabajadores, pero también es una oportunidad de construcción de la subjetividad.

Para empezar, encontramos en la literatura información valiosa frente al contexto de trabajo en el que se desarrolla esta ocupación y que es, en parte, fuente de generación de tensiones al interior de la actividad concreta. La identificación de los aspectos macroeconómicos, sociohistóricos y políticos en los que se enmarca esta labor, nos permitieron un acercamiento más preciso para entender muchos de los conflictos que puede desenvolver el desarrollo de esta actividad.

Desde la perspectiva de las clínicas del trabajo, especialmente tomando elementos de la ergología y de la clínica de la actividad, pudimos crear un espacio de investigación conjunta con los trabajadores participantes, de manera que convocamos tanto el eje de los saberes disciplinares como el de los saberes experienciales para conseguir un entendimiento no abstraído de la actividad, sino en las vicisitudes de lo real, con sus incertidumbres y desafíos. Con nuestro método de trabajo, además, conseguimos que los trabajadores revivieran su actividad naturalizada, llevándola a un contexto distinto —el de las instrucciones al doble— de modo que no sólo identificaron nuevos modos de acción en su trabajo, sino que también se permitieron repensar su propio ejercicio profesional gracias a las narrativas de sus compañeros y colegas.

A partir de allí encontramos y comprobamos que existe una distancia efectiva entre el *deber ser* de la actividad y el *poder ser* de la actividad. No obstante, también tenemos que señalar que

no existe un único *deber ser*, pues las normas antecedentes pueden provenir de múltiples actores. A esto se suman algunas normas poseedoras de mayor fuerza: aquellas que representan valores importantes para el sujeto. Esta designación de valor a la norma es una forma importante de singularización, y creemos que es en gran medida la razón por la cual todas las distancias son únicas.

Confrontamos a los trabajadores con su propia actividad para que descubrieran usos de sí a los que ya se encuentran habituados, sean usos de sí por sí o por los otros. Este ejercicio fue importante porque permitió que crearan consciencia o reelaboraran situaciones que durante los primeros encuentros parecían ser obvias o cotidianas. Los encuentros del trabajador con narrativas que no creía que fueran propias o con situaciones de otros que reafirmaban que su vivencia de la actividad poseía componentes compartidos fueron circunstancias que movilizaron la reconstrucción de la actividad al interior de sí.

Sobre los desafíos de la actividad, los diálogos nos permitieron identificar que una ausencia de prescripción puede dificultar la renormatización: no hay recreación de norma donde no hay norma que ajustar. Esta condición, que parece poco probable, se presentó de muchas maneras en las narrativas de nuestros participantes, quienes manifestaban desorientación en algunos momentos de la actividad. En esta medida, queremos resaltar que la norma, si bien no debería ser coercitiva al punto de restringir el poder de actuar, es necesaria para la actividad como forma primaria de anticipación a la realidad.

Otro elemento relevante es que percibimos una tendencia a la fragmentación de los colectivos de trabajo. Las circunstancias de la actividad —no sólo en términos de las condiciones de la organización del trabajo, sino de las condiciones de empleo— resultan poco favorables en ese sentido, de modo que se observa una desintegración del género profesional como recurso de acción y como fuente de anticipación. No obstante, esta investigación dio la oportunidad a los trabajadores de contribuir en alguna medida con un colectivo inmediato y recién construido: el de los participantes.

En relación con la integridad mental o psíquica, esta investigación tuvo avances importantes. Para empezar, creemos que fue productivo poner en diálogo las propuestas de Georges Canguilhem y de Susana Martínez, pues se complementaron de forma adecuada contribuyendo

con una definición más precisa que también nos ayudó a acercarnos mejor a las consecuencias de la actividad profesional en los trabajadores.

Como quedó evidenciado en nuestros análisis, entender la integridad no como opuesta al diagnóstico —y con esto, reconociendo su amplitud y su carácter sociohistórico— es fundamental en la restitución de la vivencia a través del trabajo. Esto por dos razones. En primera instancia, porque no se desconoce que pasar por el malestar es parte de la vida misma; en este sentido, creemos que un mayor margen de capacidad para ser afectado por el mundo y restituirse es una mejor muestra de integridad mental.

Por otra parte, porque en la actividad de trabajo encontramos situaciones de potenciamiento y de malestar, de forma simultánea. Esta ambivalencia es posible porque la actividad no es reducible a una tarea, sino que reúne un conjunto de tareas y decisiones de uso del cuerpo-sí en un contexto determinado. En esta medida, y producto de las incertidumbres del medio, una misma actividad es potencialmente fuente de sufrimiento y de bienestar.

Esta investigación, a su vez, permitió un proceso autorreflexivo sobre los roles del psicólogo en la organización. La aproximación permitió confirmar que existen formas de investigación-intervención que contribuyen con cambios en el medio de trabajo sin enfocarlos desde la perspectiva del riesgo; destacando que la experiencia del trabajador no sólo es fuente de mejor comprensión del trabajo, sino también de generación de estrategias para no sólo poder tener un trabajo más efectivo, sino más constructivo para el sujeto y para los colectivos de trabajo.

Finalmente, creemos que esta perspectiva efectivamente cumplió con su cometido: darnos la oportunidad de entender una actividad en su conjunto con los sujetos que participan de esta, es decir, restituir la vida que es, que se desgasta y que se reproduce al interior del ejercicio del profesional de la salud pública.



# Anexo A: Consentimiento Informado

ACTIVIDAD PROFESIONAL E INTEGRIDAD MENTAL EN UN GRUPO DE  
TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD. UN ANÁLISIS CLÍNICO DEL TRABAJO.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Nacional de Colombia y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), han formalizado un convenio mediante el cual se busca efectuar un análisis de la actividad profesional y sus implicaciones en la integridad mental de un grupo de trabajadores vinculados a la SDS, encaminado a la construcción colectiva de nuevas estrategias de acción que permitan a los trabajadores enfrentarse mejor a sus situaciones de trabajo.

Usted tiene derecho a preguntar sobre cualquier inquietud que tenga sobre este proyecto y si en cualquier momento ya sea antes o después del inicio del mismo usted no se siente seguro y se quiere retirar, está en todo su derecho y no tendrá efectos negativos sobre su empleo.

Para mayor comprensión de la investigación se expondrán a continuación los términos y las condiciones de la misma. Cualquier duda que tenga al respecto, usted podrá consultar personalmente y se le dará la información que requiera.

**PROCEDIMIENTOS:** Se emplearán entrevistas (individuales y colectivas). La información se registrará a través de notas escritas y grabaciones de audio. En caso de que durante el proceso se determinen otras formas de registro u otros métodos complementarios de recolección de la información, éstos serán notificados previamente a los participantes.

**RIESGOS:** Esta investigación se considera "con riesgo mínimo para la salud humana" (Art. 11, Res. 8430/93) y aunque no se manipularán los comportamientos de los participantes, las entrevistas clínicas sí pueden repercutir en cambios conductuales y de la integridad mental. Si en algún momento siente incomodidad durante la recolección de la información podrá revocar este consentimiento y retirarse del escenario sin ninguna repercusión dentro de sus labores.

**COSTOS:** Ser participante de la investigación no le generará ningún costo.

**INQUIETUDES:** Para cualquier duda o inquietud que usted tenga antes, durante o después del desarrollo de la investigación, puede comunicarse con la investigadora (los datos al final del consentimiento) o con la Secretaría Distrital de Salud (Tel.: 3649090 Ext. 9838).

**CONFIDENCIALIDAD:** Sus datos personales serán guardados con reserva y sólo serán conocidos por los investigadores. En ningún caso se compartirán declaraciones que pueda ser relacionadas de manera directa con alguno de los participantes y la información obtenida en las entrevistas se manejará de acuerdo con las disposiciones de la Ley 1090/06 (Art. 2, Numeral 5): "Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás sólo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, *excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros.* Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad".

Pág. 2 de 2

Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía N.º \_\_\_\_\_, después de haber leído el formato anterior y al haber aclarado las dudas que se presentaron durante su lectura, entiendo los objetivos y metodología de la investigación, así como los términos de confidencialidad y riesgos, y acepto voluntariamente participar en ella; tengo claro que al aceptar participar no estoy perdiendo ningún derecho y que en cualquier momento puedo retirarme sin ningún problema ni represalia.

Sesión 1  _____ <b>Firma del participante</b> <b>C.C.</b>	Sesión 2  _____ <b>Firma del participante</b> <b>C.C.</b>
Sesión 3  _____ <b>Firma del participante</b> <b>C.C.</b>	Sesión 4  _____ <b>Firma del participante</b> <b>C.C.</b>

X-----

**Información de los Responsables**

**Ps. Natalia Andrea Rubio Castro**  
Especialista en Higiene y Salud Ocupacional  
Universidad Distrital Francisco José de Caldas  
Maestría en Salud Pública (C)  
Universidad Nacional de Colombia  
Correo: narubioc@unal.edu.co

**Yazmín Adriana Puerto Mojica**  
Profesional Especializado  
Gestión y Evaluación de Políticas en SP  
Secretaría Distrital de Salud  
Tel: 364 9090 Ext. 9838  
Correo: yapuerto@saludcapital.gov.co

ACTIVIDAD PROFESIONAL E INTEGRIDAD MENTAL EN UN GRUPO DE  
TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD. UN ANÁLISIS CLÍNICO DEL TRABAJO.

## Anexo B: Glosario

**actividad:** espacio donde se articulan los debates de normas y de valores, donde se sintetizan y convergen todos los elementos que son parte del ejercicio de la subjetividad incluyendo las contradicciones que favorecen su desarrollo; unidad de análisis de la ergonomía de la actividad, de las clínicas del trabajo y de algunas perspectivas en psicología.

**actividad impedida:** limitación en el poder de actuar; posibilidad o alternativa que no pudo ser realizada a pesar de que se deseaba; es la principal fuente de malestar en el trabajo.

**actividad realizada:** posibilidad o alternativa que estuvo presente al momento de la actividad y fue efectuada; opción que resultó vencedora de las muchas de las que disponía el sujeto en la actividad.

**cuerpo-sí:** concepción ergológica del sujeto que pretende rescatar la integralidad y complejidad del ser; alguien que trabaja y pone a disposición de la actividad todas sus dimensiones y racionalidades; agente de transformación de su propia realidad.

**clínicas del trabajo:** conjunto de teorías francesas que pretenden comprender la relación entre el trabajo y los procesos de subjetivación; se denominan 'clínicas' en tanto se concentran en la transformación de situaciones reales de trabajo que generan malestar, buscando la restauración de la salud de los trabajadores.

**debate de normas/valores:** conflicto en el que entran distintas normas o valores cuando confluyen en la actividad.

**doble infidelidad:** convergencia de las imprevisibilidades del medio ecológico y social con las acciones de cada sujeto y sus consecuencias; encuentro de la historia de vida de cada persona con la historia del entorno.

**dramática del uso de sí:** tensiones y contradicciones que se hacen presentes cuando el sujeto hace uso de sí; sinónimo de narrativa compleja que puede resultar en lo trágico sino se encamina adecuadamente.

**entidades colectivas relativamente pertinentes:** colectivos de trabajo que surgen espontáneamente en función de valores socialmente compartidos o de necesidades de eficacia colectiva.

**género profesional de la actividad:** conjunto de saberes genéricos del colectivo de trabajo que contiene normas agregadas que orientan tanto actividades como relaciones entre trabajadores de la misma ocupación, regulando sus acciones individuales; memoria de la historia colectiva.

**infidelidades del medio:** devenir de la vida; acontecimientos del entorno que son susceptibles de suceder, pero difíciles de predecir por la complejidad de la realidad.

**integridad mental:** concepción de salud que pretende rescatar su carácter sociohistórico y de proceso; capacidad que tiene el sujeto de verse afectado y renormatizar; modos de reacción caracterizados por comportamientos y pautas de relacionamiento que se consideran normales dentro de su contexto y permiten el desarrollo de la subjetividad.

**norma [antecedente]:** deber ser; regla o modelo de lo que se espera del sujeto, resultado de una capitalización de las experiencias de la humanidad; guía que permite al sujeto anticiparse y aproximarse una manera más o menos certera a la realidad, siendo siempre insuficiente. Son antecedentes porque existen antes de la actividad.

**poder de acción:** capacidad de actuar y transformar que poseen un sujeto o un colectivo; puede dirigirse a sí mismo, a la actividad, a la actividad de los otros o a las restricciones de lo real.

**(lo) real de la actividad:** posibilidades o alternativas que estuvieron presentes al momento de la actividad, pero que no fueron realizadas; opciones que no fueron vencedoras de las muchas de las que disponía el sujeto en la actividad.

**renormatización:** recreación de normas; apropiación y reinterpretación de la norma que permite del sujeto un mejor ajuste a las infidelidades del medio [segunda anticipación].

**sufrimiento:** dificultad de renormatización; situación en la que el sujeto se ve afectado y hace de la afectación su nueva norma, adaptándose y cooperando con su deterioro; sinónimo de malestar.

**trabajo:** forma específica de actividad que puede contribuir con la integridad y el desarrollo de la subjetividad o puede ser patogénica y fuente de sufrimiento; en esta investigación se adopta predominantemente en su connotación capitalista de transformación del entorno a cambio de una remuneración.

**trabajo prescrito:** conjunto de conocimientos teóricos que indican cómo se debería hacer un trabajo para garantizar su máxima optimización en términos de tiempos y movimientos; desde la perspectiva de la ergología tiene una función de anticipación a las incertidumbres de la realidad [primera anticipación].

**trabajo real:** aquel que efectivamente fue realizado; quehacer práctico y concreto, no es predecible ni es estático en tanto la realidad tampoco lo es; vivencia.

**uso de sí:** posibilidad que tiene el sujeto de emplear sus recursos y alternativas libremente durante la actividad, trasciende a la mera ejecución y supone la convocación de todas las racionalidades del cuerpo-sí.

**valor:** categorización subjetiva de lo que es relevante para el individuo; referencia de importancia.



## Referencias

- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817–2828. Recuperado a partir de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
- Batista, M., & Rabelo, L. (2013). Imagine que eu sou seu sócia... Aspectos técnicos de um método em clínica da atividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), 1–8.
- Bendassolli, P. F., & Soboll, L. A. P. (2011). Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. En P. F. Bendassolli & L. A. P. Soboll (Eds.), *Clínicas do Trabalho* (1ª ed., pp. 3–21). São Paulo: Atlas.
- Canguilhem, G. (1966a). Enfermedad, Curación, Salud. En R. Potschart (Trad.), *Lo Normal y Lo Patológico* (1ª ed., pp. 137–154). México: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (1966b). Examen crítico de algunos conceptos de lo normal, de la anomalía y de la enfermedad, de lo normal y de lo experimental. En R. Potschart (Trad.), *Lo Normal y Lo Patológico* (1ª ed., pp. 91–112). México: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (1966c). Norma y Promedio. En R. Potschart (Trad.), *Lo Normal y Lo Patológico* (1ª ed., pp. 113–136). México: Siglo XXI.
- Chávez G, B. M., Sierra R, Ó., Lopera M, M. M., & Montoya T, P. C. (2004). El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(2), 77–89.
- Clot, Y. (2001). Clinique du travail, clinique du réel. *Le Journal des Psychologues*, 185, 48–51.
- Clot, Y. (2006). Entrevista: Yves Clot. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(2), 99–107.
- Clot, Y. (2010a). Analisar os diálogos: objetos de debate, objetos de discurso. En G. J. de F. Teixeira & M. M. Z. Vianna (Trad.), *Trabalho e poder de agir* (1ª ed., pp. 259–277). Belo Horizonte: Fabrefactum.
- Clot, Y. (2010b). Clínica da atividade e psicopatologia do trabalho. En G. J. de F. Teixeira & M. M. Z. Vianna (Trad.), *Trabalho e poder de agir* (1ª ed., pp. 99–116). Belo Horizonte:

Fabrefactum.

Clot, Y. (2010c). Elaborar a experiência: as instruções ao sócia. En G. J. de F. Teixeira & M. M. Z. Vianna (Trads.), *Trabalho e poder de agir* (1ª ed., pp. 202–224). Belo Horizonte:

Fabrefactum.

Clot, Y. (2010d). Provocar o diálogo: a autoconfrontação cruzada. En G. J. de F. Teixeira & M. M. Z. Vianna (Trads.), *Trabalho e poder de agir* (1ª ed., pp. 227–258). Belo Horizonte:

Fabrefactum.

Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006. Código Deontológico y Bioético del Psicólogo*. Bogotá, Colombia.

Cuevas-Torres, M., & García-Ramos, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Trabajo y Sociedad*, (19), 87–102.

Dejours, C. (2015a). El sufrimiento en el trabajo. En *El Sufrimiento en el Trabajo* (1ª ed.).

Buenos Aires: Topía.

Dejours, C. (2015b). Sublimación: entre el placer y el sufrimiento en el trabajo. En *El*

*Sufrimiento en el Trabajo* (1ª ed.). Buenos Aires: Topía.

Delgado, L. F., Gomes, R. da S., & Luna-García, J. E. (2016). Subjetividad y riesgo psicosocial: desafíos para la actividad de los psicólogos del trabajo. *Salud de los Trabajadores*, 24(1), 39–49.

Duraffourg, J., Duc, M., & Durrive, L. (2010). O trabalho e o ponto de vista da atividade. Uma conversa entre Jacques Duraffourg, Marcelle Duc e Louis Durrive. En L. Durrive & Y.

Schwartz (Eds.), A. L. Telles, E. Echternacht, M. Athayde, & J. Brito (Trads.), *Trabalho e ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. (2ª ed.). Niterói: EdUFF.

Durrive, L., & Schwartz, Y. (2008). Glosario de la ergología. *Laboreal*, 4(1), 23–28.

Echternacht, E. (2008). Actividad humana y gestión de la salud en el trabajo: Elementos para reflexionar a partir del planteamiento ergológico. *Laboreal*, 4(1), 46–55.

Efros, D. (2014). Trabalhar em equipe: de que equipe e de que trabalho falamos? *Psicologia em Revista*, 20(2), 418–426.

Fernández, G., & Clot, Y. (2007). Instrumentos de investigación. Entrevistas en autoconfrontación: un método en clínica de la actividad. *Laboreal*, 3(1), 15–19.

Ferreira, B. M., & Muniz, P. (2015). Trabajo y subjetividad: contribuciones de la ergología. *Poiésis*, 30, 9–12.

Florez Acosta, J. H., Atehortúa Becerra, S. C., & Arenas Mejía, A. C. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un

- estudio de caso para Medellín. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 107–131.
- Forero Caballero, H. (2011). *Momentos Históricos de la Medicina Colombiana*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado a partir de <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/>
- Franco-Giraldo, Á. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Revista Salud Pública*, 14(5), 865–877.
- Hernández Álvarez, M. (2002a). De la buena voluntad a la acción del Estado para la entrada al capitalismo: 1910-1929. En *La Salud Fragmentada en Colombia, 1910-1946* (1ª ed., pp. 37–82). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Álvarez, M. (2002b). Introducción. En *La Salud Fragmentada en Colombia, 1910-1946* (1ª ed., pp. 1–36). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Álvarez, M. (2002c). La legalización de la fractura originaria de la organización de los servicios de salud: 1939-1946. En *La Salud Fragmentada en Colombia, 1910-1946* (pp. 167–228). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Álvarez, M. (2002d). Muchas lógicas de la política de salud en el proceso de incorporación: 1930-1938. En *La Salud Fragmentada en Colombia, 1910-1946* (pp. 83–165). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Álvarez, M., & Obregón Torres, D. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien Años de Historia. 1902-2002*. Bogotá: OPS. Recuperado a partir de <https://goo.gl/yuWhhQ>
- Lhuillier, D. (2006). Cliniques du travail. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1(1), 179–193. <https://doi.org/10.3917/nrp.001.0179>
- Lima, M. E. A. (2007). Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da segurança no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115), 99–107.
- Mantilla, B. P. (2011). Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud.*, 43(3), 299–306.
- Martínez, S. (1997). Propuesta teórica, metodológica y técnica para el estudio del proceso de trabajo en su relación con los daños a la integridad mental de los trabajadores. En *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo* (pp. 114–199). México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Merlano-Porras, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74–86.
- Ministerio de Salud. (1990). La Salud en Colombia. Análisis Sociohistórico. En *La Salud en*

- Colombia. Análisis Sociohistórico*. Bogotá: Presencia Ltda. Recuperado a partir de <https://goo.gl/SrjWJ4>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). Balance 2016 / Colombia consolidó su cobertura en salud, redujo los precios de medicamentos y fue el país más exitoso en el control del zika. Recuperado 7 de agosto de 2017, a partir de <https://goo.gl/1ce82N>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). Resolución 6408 de 2016: Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá, Colombia.
- Molina Marín, G., Ramírez Gómez, A. A., & Ruiz Gutiérrez, A. M. (2013). Discusión general: Tensiones en la toma de decisiones en la política y la gestión en Salud Pública. En G. Molina Marín, A. A. Ramírez Gómez, & A. M. Ruiz Gutiérrez (Eds.), *Tensiones en las Decisiones en Salud Pública en el Sistema de Salud Colombiano: El Bien Común en Confrontación con los Intereses y Prácticas Particulares* (pp. 443–467). Medellín: Universidad de Antioquia - Colciencias.
- Muñoz, I. F., Higueta, Y., Molina Marín, G., & Gómez, L. M. (2013). Características de la Gestión del Talento Humano en Salud Pública. En G. Molina Marín, A. A. Ramírez Gómez, & A. M. Ruiz Gutiérrez (Eds.), *Tensiones en las Decisiones en Salud Pública en el Sistema de Salud Colombiano: El Bien Común en Confrontación con los Intereses y Prácticas Particulares* (1ª ed., pp. 265–296). Medellín: Universidad de Antioquia - Colciencias.
- Pulgarín Reyes, M. (2007). *Historia Institucional. Secretaría de Salud de Bogotá. 1910-2007*. Bogotá: Secretaría General. Recuperado a partir de <https://goo.gl/SKvYSX>
- Quevedo, E. (2000). El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. *Tierra Firme. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 18(72), 611–661. Recuperado a partir de <https://goo.gl/SrjWJ4>
- Quevedo, E., & Quevedo, M. C. (2001). La salud pública en Colombia. Seis siglos entre el interés internacional y el desinterés nacional. *Revista de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, 95(588), 5–29. Recuperado a partir de <https://goo.gl/SrjWJ4>
- Rezende, M. S., Athayde, M. R. C., & Christo, C. de S. (2013). O conceito de atividade como unidade de análise na Psicologia? Um possível diálogo entre Vigotski e Politzer. *Mnemosine*, 9(1), 61–80.
- Rodrigues, D. L. D. I. (2010). *A Autoconfrontação Simples e a Instrução ao Sósia: entre diferenças e semelhanças [Tesis]*. Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

- Recuperado a partir de  
[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=12089](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12089)
- Roth-Deubel, A. N., & Molina-Marín, G. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Revista de Salud Pública*, 15(1), 44-55. Recuperado a partir de  
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Schwartz, Y. (2000). Trabalho e uso de si. *Pro-Posições*, 1(5), 34-50.
- Schwartz, Y. (2005). Actividad. *Laboreal*, 1(1), 63-64. Recuperado a partir de  
<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471123588698:5481>
- Schwartz, Y. (2006). Entrevista: Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(2), 457-466.
- Schwartz, Y. (2010). Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. En Y. Schwartz & L. Durrive (Eds.), J. Brito, M. Athayde, & M. V. Pereira (Trads.), *Trabalho e ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. (2ª ed., pp. 37-46). Niterói: EdUFF.
- Schwartz, Y. (2011). Manifesto por um ergoengajamento. En P. F. Bendassolli & L. A. P. Soboll (Eds.), D. Alvarez & M. França (Trads.), *Clínicas do Trabalho* (1ª ed., pp. 132-166). São Paulo: Atlas.
- Schwartz, Y. (2017). Educación y actividad de trabajo: diálogos, obstáculos y desafíos: Conferencia. *Laboreal*, 13(1), 69-80. <https://doi.org/10.15667/laborealxiii0117ys>
- Schwartz, Y., Duc, M., & Durrive, L. (2010a). O homem, o mercado e a cidade. Uma conversa entre Yves Schwartz, Marcelle Duc e Louis Durrive. En L. Durrive & Y. Schwartz (Eds.), M. C. R. Vidal, M. Athayde, & J. Brito (Trads.), *Trabalho e ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. (2ª ed.). Niterói: EdUFF.
- Schwartz, Y., Duc, M., & Durrive, L. (2010b). Trabalho e ergologia. Uma conversa entre Yves Schwartz, Marcelle Duc e Louis Durrive. En Y. Schwartz & L. Durrive (Eds.), J. Brito, M. Athayde, & A. L. Telles (Trads.), *Trabalho e ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. (2ª ed., pp. 25-36). Niterói: EdUFF.
- Schwartz, Y., Duc, M., & Durrive, L. (2010c). Trabalho e uso de si. Uma conversa entre Yves Schwartz, Marcelle Duc e Louis Durrive. En L. Durrive & Y. Schwartz (Eds.), M. Athayde & J. Brito (Trads.), *Trabalho e ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. (2ª ed.). Niterói: EdUFF.
- Silva, A. K. L. da, Caraballo, G. P., Prestes, M. G., Xavier, D. G. P., Falcão, J. T. da R., & Torres, C. C. (2016). Apropriações da Instrução ao Sósia na análise da atividade de trabalho. *Estudos de Psicologia*, 21(4), 446-455. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160043>

- Silva, C. O. da, Barros, E. B. de, & Louzada, A. P. F. (2011). Clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. En P. F. Bendassolli & L. A. P. Soboll (Eds.), *Clínicas do Trabalho* (1ª ed., pp. 188–207). São Paulo: Atlas.
- Téllez Pedroza, M. (2011). *Reconstrucción Histórica del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia [Tesis de Maestría]*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Recuperado a partir de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4138/>
- Vega Vargas, W. M. (2010). *Transformaciones en la Protección Social en Colombia. 1946-1993 [Tesis de Mestría]*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Vidal, M. C. R. (2010a). Formación histórica de la ergonomía. En G. García Acosta, M. P. Sarmiento Pelayo, & E. da S. Viola (Trads.), *Principios para un abordaje macroergonómico: útil, práctico y aplicado* (pp. 45–56). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vidal, M. C. R. (2010b). La práctica contemporánea de la ergonomía. En G. García Acosta, M. P. Sarmiento Pelayo, & E. da S. Viola (Trads.), *Principios para un abordaje macroergonómico: útil, práctico y aplicado* (pp. 97–116). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.