

**ANÁLISIS DISCURSIVO DE LAS IDENTIDADES.
EL CASO DE LOS TRABAJADORES DE UNA INSTITUCIÓN
DE SALUD**

**A DISCURSIVE ANALYSIS OF THE IDENTITIES.
THE CASE HEALTH SECTOR WORKERS'**

**Nayelhi Itandehui Saavedra Solano
Soshana Berenzon Gorn
Jorge Galván Reyes¹**

Resumen: La actual organización del trabajo en el sector salud, basada en la rentabilidad, la competitividad y la flexibilización, ha repercutido en la conformación de las identidades de los trabajadores. Entendemos que la identidad es un logro interaccional, producida y negociada en el discurso, y modelada por las instituciones. Aquí reflexionamos sobre las identidades que emergieron de manera dialógica entre el personal de los centros de salud. Del 2012 al 2014 realizamos observaciones en 19 centros de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de la CDMX. Entrevistamos a 78 trabajadores: personal administrativo, médico y paramédico. Las entrevistas se audiograbaron, transcribieron y analizaron mediante diferentes marcadores sintácticos y narrativos. Las identidades recurrentes fueron: evaluado, aliado, institucional, empleable, profesionista, crítico y pionero. Si bien los valores que suscriben se contraponen, se ajustan a las demandas de la institución y son el efecto de las actuales formas de organizar el trabajo.

¹ Investigadores en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en la Dirección de Investigación Epidemiológica y Psicosocial.

Fecha de recepción: 28 02 17; Fecha de aceptación: 26 10 17.

 Páginas 245-276.

Palabras clave: identidad social, dinámica del trabajo, salud, análisis del discurso.

Abstract: The current organization of work in the health sector based on profitability, competitiveness and flexibility has had an impact on the shaping of workers' identities. We understand that identity is an interactional achievement, produced and negotiated in discourse, modeled by institutions. Here we reflect on the identities that emerged in a dialogical way among the staff of the health centers. From 2012 to 2014 we made observations in 19 primary care centers of the Secretary of Health of the CDMX. We interviewed 78 workers: administrative, medical and paramedical staff. The interviews were audio-recorded, transcribed and analyzed by means of different syntactic and narrative markers. The recurrent identities were: evaluated, allied, institutional, employable, professional, critical and pioneer. Although the values they subscribe are opposed, they conform to the demands of the institution and are the effect of the current ways of organizing the work.

Keywords: social identity, work, health, discourse analysis.

Introducción

“Uno no está para andar diciendo dónde quiere trabajar”. “Me gusta mi trabajo, lo que no me gusta es la presión de toda esta papelería...”. Fueron frases que escuchamos durante las conversaciones que sostuvimos con médicos, enfermeras, administradores, personal de archivo y de laboratorio de algunos centros de salud de la Ciudad de México. Después de convivir a lo largo de dos años con ellos, emergieron diferentes subjetividades que hicieron más compleja la identidad que en un principio dimos por supuesta y que resumíamos dentro de la categoría de “personal de salud”. Nos dimos cuenta de que la actividad laboral resultaba una instancia privilegiada para reflexionar acerca de las identidades y valores que las personas asumen día con día y cómo ambos son moldeados por el contexto en el que se trabaja.

Coincidimos con quienes señalan que, en la actualidad, la actividad laboral regula cada vez con mayor intensidad la condición humana pues además de ser fuente de remuneración y satisfacción personal define las interacciones cotidianas de un individuo, el lugar que ocupa en la sociedad, y la calidad de vida a la que tiene acceso (Rentería, 2008; Calamari, 2010). Además, las transformaciones que han ocurrido en el mundo laboral desde la década de los ochenta tanto en México como en América Latina y el Caribe, han producido cambios en la configuración de las identidades que las personas forjan dentro del ámbito del trabajo.

A partir de la década mencionada, los Estados y los propietarios de los capitales han promovido ajustes consecuentes con las políticas neoliberales, la globalización y las nuevas tecnologías. Para América Latina y el Caribe, los ajustes se han traducido en la privatización y mercantilización de los servicios y bienes así como en el establecimiento de las siguientes metas y/o valores: la rentabilidad que busca reducir costos o transferirlos a los trabajadores; la competitividad; la flexibilización extrema que promueve vínculos débiles entre el trabajador y el lugar de trabajo; el aumento en la exigencia del nivel de calificación; y la tendencia a desaparecer los contratos colectivos (Brito, 2000; Betancourt, 2003).

Lo anterior trajo diversas desventajas para los trabajadores de la región porque fomentó el crecimiento del sector informal de la economía y el desempleo, además incrementó la precarización laboral (Boltanski, 2002). Al mismo tiempo, se dio paso al modelamiento del actual mundo del trabajo en el que se espera que la principal forma de subjetividad sea la del emprendedor, la persona competitiva, flexible y autorregulada, características propias del imaginario laboral post-fordista.² Considerando tales demandas, quienes tienen cabida son aquellas personas que responden a las demandas de productividad y eficacia, aunque sea a costa de la salud mental y física, incluso de la dignidad, ya que resulta común que el empleador espere comportamientos de sumisión, pasividad y resignación (Franco y Gonçalves,

² La llamada era fordista se caracterizó por ofrecer empleos permanentes, garantizados y de tiempo completo; a diferencia de la era post-fordista en la que prevalecen los contratos temporales y horarios de tiempo parcial (Bauman, 2011; Sennett, 2006).

2005; Orejuela, 2012). Es importante señalar que actualmente conviven las modalidades de trabajo fordista y post-fordista, como veremos en los hallazgos del estudio.

En México, los ajustes en la concepción de los servicios y una nueva forma de organizar el trabajo han tenido una importante repercusión en el sector salud, específicamente en las instituciones públicas, ya que las políticas en esta materia se han guiado bajo la idea de que la salud es un bien de consumo, y por ende se han apegado a metas y valores como la rentabilidad y la competitividad, además de otros ya mencionados. Dichas políticas han dado lugar a que el trabajo se organice apoyado en una excesiva regulación del uso del tiempo, en relaciones de subordinación, y en la sujeción a procesos de evaluación establecidos por terceros. Esta forma de organizar el trabajo surgió dentro del marco de la transición de un modelo de asistencia social en salud, vigente en la década de los cuarenta, al modelo del pluralismo estructurado que inició en la década de los ochenta y que aún continúa.³ Creemos que estos cambios han impactado no solamente en las condiciones materiales y contractuales del personal de salud sino también en la conformación de sus identidades.

En este trabajo entendemos que por medio de la identidad se establecen posiciones subjetivas, pertenencia a categorías sociales y atributos de la personalidad como preferencias o disgusto por algo. Además, durante el curso de las interacciones, las personas construyen diversas figuras que se ajustan a “los contextos institucionales, organizacionales, discursivos, locales y culturales específicos”, y simultáneamente configuran un conjunto de categorías y características que atribuyen al interlocutor (Chase, 2015: 73). Una de las subjetividades, dentro del marco laboral, que ya ha sido analizada en la literatura académica es la del empleable, con ésta se designa al sujeto que emerge de manera

³ Bajo el modelo de asistencia social, el Estado era el principal proveedor de servicios de salud para la población; pero desde 1993 y a instancias de agencias multilaterales como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, el sistema de salud se organizó con base en los mercados. En México significó la transferencia de fondos públicos a privados, la centralización de la administración de los subsidios a los estados mediante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la libre competencia entre prestadores privados y públicos siendo que estos últimos presentan desventajas (Durán, 2012; Laurell, 2015).

reiterada en los discursos construidos dentro de los entornos de trabajo precarios, y describe el punto de vista que tienen algunos trabajadores acerca de sí mismos como sujetos del deber, de la obediencia y de la resignación (Calamari, 2010).

Como asegura Linde (1993), cada entorno laboral restringe o produce repertorios específicos de identidades, mediante la aproximación a éstos es posible conocer cómo una colectividad reproduce discursivamente la vida laboral institucional. La mayoría de los discursos que circulan dentro de los espacios institucionales, ya sea formales como una universidad o informales, por ejemplo, un grupo de amigos, tienen como función amoldar el razonamiento, los valores y la actuación de las personas a los términos de la propia institución.

Una de las estrategias que utilizan las personas para identificarse como miembro de una institución consiste en contar las historias de esa institución y contar las propias de una forma que resulten coherentes entre sí. Esto supone conocer los argumentos de las historias del grupo, los eventos relevantes del pasado inmediato o remoto, los valores ejemplificados en las historias y cuándo es apropiado contarlas. Estas historias o narraciones, en sentido estricto, son una forma vernácula y personal de estructurar las experiencias, se ajustan a los límites de la institución; mediante una narración se describe algo que sucedió, se expresan emociones, pensamientos e interpretaciones (Chase, 2015). También permiten conocer las diferentes subjetividades que construye el narrador cuando se posiciona ante sí mismo, ante los otros —protagonistas, antagonistas, víctimas, responsables, etcétera— y ante la audiencia (Bamberg, 1997).

Visto lo anterior, el objetivo del texto es reflexionar sobre algunas de las identidades que construyeron los trabajadores de los centros de salud mediante narraciones y en los discursos que se construyeron de manera dialógica. Consideramos que al analizar las identidades laborales podremos tener indicios sobre los valores, el imaginario y las percepciones que orientan las acciones del personal de una institución pública de salud.

Metodología

En el periodo 2012-2014 se realizó un estudio etnográfico en 19 centros de salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ubicados en tres jurisdicciones sanitarias.⁴ Los autores realizamos una investigación sobre las barreras y fortalezas en la atención a los trastornos mentales (para conocer más sobre esta investigación ver Berenzon et al., 2014; Saavedra et al., 2014, 2016 y 2017). En cada centro se observaron las actividades cotidianas del personal y entrevistamos a pacientes y trabajadores; para este trabajo, solamente analizamos la evidencia discursiva del personal. Cabe mencionar que durante el año 2016, se visitaron nuevamente los centros y se sostuvieron conversaciones informales con las personas que habían sido entrevistadas.

Sitios y participantes

Las tres jurisdicciones se eligieron en razón de la importante concentración de población en zonas marginales o empobrecidas y la elección de los centros fue deliberada con el propósito de incorporar los tres tipos.⁵ También se visitaron las jurisdicciones sanitarias y se entrevistaron a algunas personas que trabajaban allí.

El perfil de los trabajadores varió dependiendo del tipo de centro, en total se entrevistaron a 78 trabajadores. Entre ellos estuvo, del personal administrativo, quienes se encargaban del archivo, la farmacia, el almacén y la bodega; secretarías, directores y administradores. Del personal médico, médicos, odontólogos y enfermeros (as). Del personal paramédico, psicólogos, trabajadores sociales, y personal auxiliar como los encargados de laboratorio.

⁴ La Ciudad de México está dividida en 16 delegaciones políticas, las jurisdicciones sanitarias guardan correspondencia con éstas. Cada jurisdicción tiene a su cargo los centros de atención primaria, hospitales y otros servicios de salud.

⁵ Los centros están clasificados en T-I, T-II y T-III, de acuerdo con los servicios, la infraestructura y equipo que tienen. Los T-III son los más grandes, generalmente tienen seis consultorios o más de medicina familiar, cuentan con los servicios de trabajo social, enfermería, dental y salud mental. Además tienen laboratorio, rayos X, archivo, farmacia, sala de juntas, y baños. Los T-II cuentan con dos consultorios de medicina familiar, consultorio dental, farmacia, archivo, espacios para trabajo social, enfermería, y baños. En los T-I hay un solo consultorio de medicina familiar, una enfermera(o) y una trabajadora social, excepcionalmente tiene servicio dental y de salud mental, en algunos no hay baños para los pacientes.

Recolección de la evidencia discursiva

Acudimos diariamente a los centros, el periodo de estancia en cada uno fue de tres a cinco meses, durante los cuales realizamos observaciones, establecimos conversaciones informales con el personal y más adelante los entrevistamos.

Para realizar las entrevistas utilizamos una guía que incluyó los siguientes temas: actividades cotidianas clínicas administrativas y comunitarias; descripción de la unidad en la que labora; percepción sobre las actividades orientadas a la salud que desempeña cotidianamente; saberes y percepciones sobre las normas y prácticas organizacionales del centro; percepción acerca de los pacientes y la comunidad que solicita los servicios; percepción social y cultural de la salud, la salud mental, el estigma y las necesidades sentidas del paciente, y necesidades de capacitación. En ocasión de participantes elocuentes utilizamos la técnica de entrevista no estructurada, para la cual las intervenciones de los entrevistadores consistieron en preguntas abiertas del tipo, “cuénteme cómo...”, “entonces, qué sucedió con...”, “¿me puede platicar...?”.

A todos los entrevistados se les solicitó autorización para audíograbar, con excepción de tres personas, todas aceptaron. El material de quienes no aceptaron ser grabadas se rescató en notas que sirvieron para reconstruir la entrevista. La duración total de las entrevistas varió entre dos y cinco horas, y el número de sesiones osciló de una a cuatro.

El proyecto de investigación del cual se obtuvo la información fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (IRB00006105). Se consideró que el proyecto no presentaba riesgos, por lo tanto se podía obtener el consentimiento informado de forma verbal. Con cada entrevistado se acordó proteger la identidad mediante el uso de seudónimos.

Análisis de la evidencia

El análisis se realizó en cinco pasos, no se utilizó ningún software de análisis cualitativo; se elaboraron diferentes archivos —en Word— para facilitar la localización de las unidades de información, por ejemplo, un archivo por cada entrevista en donde se señalaran los marcadores

sintácticos; otro archivo que almacenara solamente las selección de unidades narrativas de cada entrevistado.

Primero se realizó una transcripción verbatim de los audios. Posteriormente, seleccionamos las transcripciones que presentaron la conformación de identidades mediante los tres niveles de posicionamiento narrativo que señala Bamberg (1997), con base en marcadores sintácticos —pronombres, pronombres posesivos, adjetivos, conjunciones—; así como unidades narrativas conforme al modelo de Labov y Fanshel (1977).⁶ En tercer lugar, seleccionamos veinte entrevistas en las que aparecieron las identidades más recurrentes del acervo completo. En seguida, y como cuarto paso, del total de entrevistas seleccionamos las unidades discursivas —extractos— donde se hicieran evidentes los posicionamientos de los entrevistados. Finalmente, se escucharon de nuevo los audios de estos extractos para agregar a las transcripciones aspectos como silencios, pausas, risas. Además, en los extractos que presentaron narraciones, se distinguió: orientación, nudo, evaluación, solución y coda, cuando fue el caso.

Dos investigadores realizaron de manera conjunta los dos primeros pasos arriba descritos, con el propósito de contar con una lista de marcadores sintácticos, así como para homogeneizar la aplicación del modelo de Labov y Fanshel (1977). Después, estos dos mismos investigadores seleccionaron de manera independiente tanto las veinte entrevistas como las unidades discursivas para atender los posibles sesgos en la elección. Las discrepancias que surgieron en este paso se resolvieron mediante una revisión colectiva de las entrevistas y de las unidades discursivas así como mediante la discusión de los diferentes puntos de vista.

Por cuestiones de espacio, para este trabajo elegimos diez extractos con los cuales presentamos las identidades que emergieron con mayor recurrencia y que corresponden a nueve entrevistados. Siguiendo la

⁶ a) Orientación: en esta se da información sobre los personajes, el lugar, el tiempo y la situación. b) Nudo: es el componente principal de la historia. c) Evaluación: el narrador aclara cuál es el significado de la historia u ofrece una solución a la tensión que se creó en el componente de conflicto. A veces es explícita, pero generalmente está formulada en una sola palabra o frase o en forma implícita (Labov, 1977). d) Solución: puede seguir a la evaluación. e) Coda: cierre con el cual el narrador parece volver al momento en que comenzó la historia. Esta estructura es simplemente un modelo, no quiere decir que todas las narraciones deben presentar cada uno de los componentes.

recomendación de Edwards (2001), las transcripciones presentan dos dimensiones: el cambio de turno⁷ y, cuando fue el caso, los componentes de las unidades narrativas.

Las identidades que reconocimos en el acervo y que presentamos en seguida fueron las de evaluado, aliado, institucional, empleable, profesionalista, crítico y pionero.

Evaluados, aliados o enfermos mentales

Empezamos con la exploración de tres posiciones o identidades que algunos trabajadores asumieron en razón de las identidades que atribuyeron a los investigadores durante los primeros contactos. Nos pareció importante analizar los intercambios verbales iniciales porque en éstos se estableció la inclusión o exclusión del interlocutor dentro de un grupo, por ejemplo, el de trabajadores, autoridades o profesionales de la salud mental; y se negociaron las alianzas u oposiciones. Mediante las identidades adjudicadas a los investigadores, los entrevistados asumieron de manera recíproca un conjunto de posiciones congruentes con la situación de interacción.

Siempre que nos presentábamos por primera vez en un centro de salud, dedicábamos los primeros días a realizar observaciones y a buscar de manera activa el contacto con el personal. Cuando abordábamos a un trabajador, nos presentábamos por nuestro nombre y profesión, mostrábamos la credencial del Instituto Nacional de Psiquiatría y le decíamos que estábamos realizando una investigación sobre las barreras y fortalezas de la atención a la salud mental, y en caso de que tuviera dudas, respondíamos a todas las preguntas acerca del estudio, del Instituto o sobre los investigadores. No obstante, algunos trabajadores guardaron por un tiempo la sospecha de que en realidad éramos supervisores o certificadores encubiertos. El personal estaba familiarizado con estas identidades debido a los procedimientos de supervisión y certificación que se realizaban de manera periódica en los centros de salud. En la supervisión participaban autoridades sanitarias estatales mientras que la certificación estaba a cargo de las federales. De esta última dependían los recursos materiales y humanos que el centro

⁷ Se refiere a la intervención de cada uno de los hablantes durante el diálogo.

recibía solamente si satisfacía un conjunto de exigencias, entre las que se encontraba el adecuado desempeño de los trabajadores.

Cuando los trabajadores creían que los investigadores eran certificadores o supervisores les conferían una posición de autoridad, y durante las conversaciones asumían la posición de “evaluados”. En estos casos, sobresalía el interés del personal por mostrar que eran eficientes en sus actividades y que tenían amplia disposición para asumir diferentes tareas; reconocían la falta de insumos y personal pero manifestaban que no por ello se interrumpía el trabajo. Uno de los entrevistados que se posicionó como sujeto de evaluación fue Aníbal, director de un centro de salud T-III.

A continuación mostramos el inicio de la entrevista con Aníbal, quien se mostró amable y receptivo con los investigadores; aunque al principio era cauteloso con lo que decía, con el paso de las sesiones —cinco— fue ganando confianza y extendiéndose en juicios y puntos de vista personales. Todas las conversaciones que sostuvimos con él se realizaron dentro de su oficina a puerta cerrada. El extracto 1 consta de dos turnos de habla, inicia con la pregunta del entrevistador (A), y la respuesta de Aníbal (B).⁸ Él antepuso su cargo, “ser director de un centro de salud”, como eje que definía sus actividades, y expresó que todo lo que hacía tenía una finalidad: el funcionamiento del centro. Esto lo advertimos en la reiteración de la idea en frases como “... todos los servicios estén funcionando”, o “que el servicio no pare, ningún servicio se cierra”.

Extracto 1

A: Entonces, bueno, le vamos a poner ésta [la grabadora] acá [sobre su escritorio], para que se escuche más su voz. Pues con lo que empezamos con todos [los entrevistados], doctor, si nos podría platicar así un día cotidiano, así es desde que llega, todas las actividades que tiene que hacer, qué checar, [de las] que tiene que estar usted al pendiente.

B: Bueno, como director de un centro de salud cuando llego directamente es verificar que todos los servicios estén funcionando.

⁸ En todos los extractos, el turno de habla del entrevistador se marca con A y el del entrevistado con B.

Desde consultorios que es la área médica, hasta los servicios que yo tengo que es laboratorio, dental, nutrición, trabajo social, enfermería. Eso es de que ya todos, todo mi personal esté trabajando y que esté funcionando, y las necesidades que se requieran en ese momento. Por decir que no tenemos vacuna, solicitarla, que no tenemos reactivo, solicitarlo, si tiene alguna, una deficiencia, una papelería de consultorio se solicita o se manda, o se manda a sacar copias para que tenga cómo trabajar. El chiste es de que el servicio no pare, ningún servicio se cierra y estar ahí. Con esto avalamos que la calidad de atención sea efectiva [entrevista a Aníbal, Ciudad de México, 19/2/2013].

En este extracto, Aníbal respondió positivamente a lo que las personas encargadas de la certificación y supervisión suelen esperar, que a pesar de las carencias de recursos materiales o humanos, se atienda a los pacientes. La idea fue recurrente durante los intercambios verbales en los cuales persistieron las identidades del certificador/supervisor y el evaluado; los interlocutores cooperaron discursivamente para confirmar que la institución cumplía con sus funciones a pesar de la falta de recursos o que la institución, con algunas correcciones, funcionaba.

Además, los entrevistados construyeron discursivamente una oposición entre dos grupos que generalmente se relacionaban bajo tensión, los “trabajadores” y las “autoridades”; los últimos podían corresponder a los jefes de servicio, el director y el administrador de los centros, el jurisdiccional o los coordinadores de programas. Para referirse a las autoridades, era frecuente que los entrevistados utilizaran un difuso “ellos” o deícticos como “allá arriba”.

Cuando para los entrevistados era claro que los investigadores no pertenecían al grupo de las autoridades, no significaba que automáticamente pertenecieran al grupo de los trabajadores, en algunos casos, más bien se convertían en aliados temporales. Ésta fue la segunda identidad atribuida a los investigadores y, en consideración de ella, el personal manifestó la confianza suficiente como para revelar asuntos delicados.

En el siguiente extracto presentamos la construcción de esta figura, cuando una de las entrevistadas criticó el proceso de supervisión porque “no hay continuidad” y por ello resultaban “absurdas” las

recomendaciones que proponía una autoridad. Estas opiniones no las expresaba abiertamente a sus compañeros por temor a que se interpretaran como críticas hacia las autoridades y no hacia los procesos. El extracto corresponde al inicio de una conversación, en la segunda sesión, con dos enfermeras del área de inmunizaciones de un T-III, quienes desde el primer contacto mostraron disposición para realizar la entrevista, y empieza con la respuesta de una de las enfermeras a la pregunta de la entrevistadora, “*¿En este momento el centro está bajo supervisión?*”.

Extracto 2

B: Sí, ahí anda la supervisión, ¿no se la han topado?

A: No.

B: Sí, ahí anda la supervisión, son unos que traen bata.

A: Pues todo mundo [dentro del centro] trae bata [risas].

B: [Risas] Bueno, están identificados, de hecho ahí está la camioneta. No sé si les tocó ver cuando estaban bajando. Ahorita están en el área de gobierno o en la enfermería, ellos son los de la supervisión. Ahorita vinieron exactamente a evaluar el área física, que tenga buena iluminación, que esté limpio. O sea que entran y nos dicen “buenos días, venimos a una supervisión, ustedes continúen”, está aquí el paciente. “Hagan de cuenta que no estamos, ustedes sigan con sus actividades”. Entonces pues ya está uno con el paciente, pero pues ya ellos están con un ojo al gato y otro al garabato, y ya ellos están viendo el área física y están viendo técnicas de aplicación, la entrevista que se le hace al paciente, el trato que se les da, reacciones post-vacunales y todo eso, ellos están al pendiente. Pero cuando se vaya la supervisión y todo, ya la jefa nos llama y nos dice cuáles fueron las fallas. Algunas absurdas, ¿verdad? Algunas muy absurdas porque probablemente diga “voy a venir a revisarles lo que les corregí en 3 o 4 meses”, pero desgraciadamente ya no son las mismas personas. Si viene otra persona, da sus puntos de vista nuevamente y puede decir “como dijo la doctora, no está bien” y lo vuelven a corregir. No hay como una continuidad [entrevista a Claudia, Ciudad de México, 2/10/2012].

La construcción de alianzas tanto en la dimensión discursiva como en la práctica resultó común en la convivencia diaria de los trabajadores y, por lo general, se manifestaron en el agrupamiento por gremios, por tipo de contrato, por funciones o tipo de centros (I, II o III) en los que laboran.

Cuando entrevistamos a los psicólogos y psiquiatras participamos de la alianza bajo el agrupamiento por gremios ya que, al provenir del Instituto Nacional de Psiquiatría, nos consideraban colegas. Entonces, en las conversaciones se construía un “otro” conformado por todos aquellos trabajadores del centro de salud que no fueran psicólogos ni psiquiatras y que, según los entrevistados, no siempre comprendían el trabajo que se realizaba en el área de salud mental o subestimaban los servicios de psicología. Algunos entrevistados consideraron incluso que los investigadores podrían eventualmente convertirse en voceros de las carencias del área de salud mental.

La tercera identidad estuvo asociada con la idea de que los investigadores pretendían dar consulta, “pláticas”, detectar o diagnosticar al personal y/o los pacientes que tuviera algún trastorno mental; es decir, nos atribuyeron la identidad de psicólogos clínicos. En estas ocasiones, aclarábamos que nos dedicábamos exclusivamente a la investigación y que ésa era nuestra única tarea en los centros, y cuando no resultaba exitosa la aclaración, se propiciaban dos reacciones opuestas entre los trabajadores. La primera sucedía durante las conversaciones, pues nos pedían consejos u opiniones sobre problemas emocionales, familiares y mentales o pedían información sobre profesionales para referir a pacientes o a familiares. Ante esto, nos limitábamos a proporcionar información sobre los lugares o profesionales que prestan atención —se obsequiaron directorios actualizados—. La otra reacción era de tensión e inquietud debido a la posibilidad de que diagnosticáramos la condición mental del personal. Algunas personas trataban de disipar la tensión mediante bromas o comentarios jocosos: “¿Y cómo nos ven, muy locos?”. “¿Ya saben a quién se van a llevar?” —aludiendo a la posibilidad de internar a alguien en el Instituto de Psiquiatría.

No hay que perder de vista que estas identidades fueron construidas en el curso de las interacciones dentro de una institución y en

una situación de entrevista, y ambas condiciones tienden a modular la autonomía y libertad de expresión. Como señala Carranza (2010), los actores se desenvuelven conforme al lugar que ocupan dentro de las instituciones y según las expectativas a las que creen que deben responder. Sin embargo, conforme transcurrieron las sesiones de entrevista, entre los trabajadores y los investigadores se establecieron vínculos de mayor confianza y surgió la oportunidad de conocer un registro más amplio de subjetividades y figuras que en seguida presentamos.

Empleables, profesionistas y otras subjetividades

El personal que labora en un entorno institucional tiende a asumir posiciones sociales que construye a partir de aspectos individuales como la edad, el sexo, la profesión, la antigüedad, el puesto, el tipo de contrato, entre otras, además de los aspectos contextuales. De igual forma, construye posiciones subjetivas basadas en opiniones o en puntos de vista acerca de diversos asuntos, los cuales puede cambiar dependiendo del interlocutor con quien interactúe, ya sea un paciente, alguien a quien considere un colega o una autoridad.

En el curso de las conversaciones distinguimos cuatro figuras que aparecieron con regularidad en las unidades discursivas, las denominamos: institucional, empleable, profesionista, y crítico, el orden en que se mencionan no supone una jerarquía. Todas pueden sobreponerse, a manera de capas, en una sola persona, y somos conscientes de que estas cuatro no agotan el repertorio que construyeron los entrevistados.

Institucional

Utilizamos esta figura para referirnos a los entrevistados que desplegaron una importante identificación con las normas, los propósitos, los recursos y las jerarquías establecidas por la institución, con lo que discursivamente asumieron los valores de la misma. En estas unidades discursivas reconocimos un marcador sintáctico recurrente: el pronombre de propiedad “mis”, que encontramos en las frases, “*mis enfermeras*”, “*mis necesidades de material*”, “*mis centros de salud*”. También fue frecuente el uso de la primera persona del singular para señalar las actividades del centro: “*ofrezco los servicios de...*”, “*realizo*

pruebas de laboratorio...”, como si en los hablantes se encarnara la institución o, al menos, las funciones de ésta.

Otra forma en que los entrevistados mostraron identificación con la institución fue cuando aseguraban que los logros profesionales y personales se los debían a ella. En el extracto de Eloísa, administradora de un T-III, exponemos esta forma de identificación. Ella nos pareció elocuente, empática, y en diversos pasajes de la entrevista se posicionó como autoridad frente a los trabajadores. En el momento en que abordábamos las dificultades que enfrentaba como administradora, particularmente las relacionadas con el personal, emergió una narración en la cual construyó la figura institucional.

El extracto 3 consta de dos turnos de habla, en el turno de Eloísa se identificó la orientación (O), en la que planteó como actores a “la gente”, es decir, los trabajadores y ella, además del escenario, el trabajo en el gobierno. Mencionó el argumento: la nobleza del trabajo en el gobierno y la actitud de los trabajadores. En el nudo (N) hizo un recuento de lo que ahora tenía gracias a la institución. En la evaluación (E) se adhirió al grupo de personas agradecidas por tener un trabajo noble, es decir, hay otro grupo, el de las personas no agradecidas. Finalmente, en la coda (C) regresó al inicio de la narración, en la que ella “pelea” con las personas que abusan de la nobleza del trabajo. La narración presenta que sanciona tanto la irresponsabilidad de los trabajadores por no hacer lo que tienen que hacer como el desagrado que revelan hacia la institución.

Extracto 3

A: ¿Cuál es la problemática más recurrente a la que tú como administradora te enfrentas, hablando del personal?

B: De que la gente está acostumbrada [pausa 3 seg.] el [pausa 3 seg.]

O. el trabajo en el gobierno es un trabajo muy noble, es un trabajo muy noble y la gente abusa de eso, o sea conoce perfectamente cuáles son sus derechos y a veces desconoce cuáles son sus obligaciones. Entonces, eh, a mí siempre me han caracterizado por decir que soy una maldita, ¿no? Porque, eh, sí, yo no he trabajado en otro lugar.

N. Yo desde que tengo 18 años entré a trabajar en esta institución y gracias a esta institución yo tengo una carrera, yo tengo una casa y tengo un carrito; y tengo todo lo que soy ahora, en el ámbito profesional y personal, se lo debo a esto, no conozco yo otra cosa.

E. Entonces, sí, soy de las personas que agradezco el que yo tenga la oportunidad de tener un trabajo como éste, porque es muy noble,

C. y yo peleo mucho con la gente que tiende a abusar de única y exclusivamente de los beneficios que tiene este trabajo sin la responsabilidad de hacer las cosas que tiene que hacer [entrevista a Eloísa, Ciudad de México, 17/5/2012].

Una de las características en las narraciones de los entrevistados que construyeron con mayor claridad la figura institucional es que se mostraban altamente colaboradores con las demandas de la institución, aunque no por ello dejaron de exponer críticas hacia las autoridades y a la forma en cómo se administraba y organizaba el trabajo en los centros de salud.

Empleable

Cuando emergió esta figura, los entrevistados se posicionaban como sujetos de obligación, incluso de sumisión, pues una de las principales ideas es que debían cumplir con lo que se les encomendaba, y en ocasiones, sin importar si contaban o no con recursos materiales o si respondía a sus funciones y horarios. Bajo esta figura, los trabajadores tendían a igualarse pues a pesar del perfil profesional, el puesto que tenían o el tipo de contrato, asumían una actitud de disposición y colaboración con los propósitos de la institución: atender a los pacientes.

Angélica, psicóloga en un T-III, construyó la figura del empleable en diversos momentos de la entrevista. En el siguiente extracto, reprobó las actitudes de algunas enfermeras, aunque no lo mencionó explícitamente, aludió a los roces que tenía con ellas. La razón de las críticas es que las enfermeras no mostraban la conducta que correspondía con la figura de un empleado de salud. El extracto 4 comienza con un comentario de la entrevistadora sobre lo reducido que le parecía la

sala de espera debido a un biombo que la dividía. Angélica condujo el tema hacia la conducta de las enfermeras y reprodujo varios diálogos para argumentar su desaprobación.

Extracto 4

A: Y está la sala más chiquita [en comparación con las otras salas del centro], y con el biombo ese se siente uno así como que no me muevo ni cinco centímetros.

B: Eso lo pusieron porque las enfermeras no querían y les molestaba que las observaran, que les estuvieran preguntando, y una vez... “sí, es que aquí no son informes”. Y yo cuando era coordinadora yo les decía a mis compañeras coordinadores y al director de ese tiempo, “es que, sí; yo puedo ser psicóloga pero todos tenemos la obligación de informar”. Si te ven en un lugar, un hospital, en un centro de salud, en lo que sea, con bata, y tiene la necesidad, y le preg[unta] “ah, tiene bata, él debe de saber”. Y nada más, “¡ah!, no sé”. “¿Dónde está vacunas?”. “¡Ah, no sé!”. “¿Cómo no va a saber si trabaja aquí?”. ¡Oh, sorpresa! Y “¿por qué le voy a decir si yo no soy de vacunas?”. Son cosas ya personales que uno debe de decir, bueno; pero la realidad es que eres empleado, te contrastaste y pues tienes que saber de todo [entrevista a Angélica, Ciudad de México, 6/7/2012].

Para Angélica, ser empleado es una categoría de identidad que debería promover una actitud de servicio hacia los pacientes y, sobretodo, atenuar las distinciones entre gremios o jerarquías, como lo expresó utilizando la conjunción adversativa “pero” en la siguiente frase “...yo puedo ser psicóloga *pero* todos tenemos la obligación de informar”. Es decir, la identidad de psicóloga es una categoría que podría oponerse a cualquier otra función en la que se tenga la obligación de proporcionar informes; sin embargo, la figura de empleable se antepone a la de profesionista.

Ella también comentó que en diversas ocasiones tuvo que desatender a sus pacientes porque las autoridades dispusieron de los trabajadores para realizar otras actividades y no les avisaban con tiempo para reorganizar las citas. Aunque esto le molestaba, concluía que “Soy empleado, no puedo hacer otra cosa más que obedecer. ¿No?”. Así que,

cuando le preguntamos a Angélica cómo repercutía esta situación en su día con día como profesionalista respondió que se sentía “frustrada, enojada y mal”.

La figura del empleable cobró mayor relevancia entre el personal de honorarios porque si rehusaban obedecer podían perder la posibilidad de renovar el contrato. Coincidimos con la idea de que el mundo laboral definido por la precariedad y la instauración de una política de desempleo (Boltanski, 2002; Calamari, 2010) produce subjetividades como la del empleable, que se acompañan de otras en las que los sujetos trabajan sin solidarizarse con sus compañeros y se limitan a aceptar o a exhibir cualquier forma de resistencia pasiva (Franco y Gonçalves, 2005; Orejuela, 2012).

La posición antagonica del empleable sería cualquiera que ejerciera alguna forma de autoridad, y en este sentido los entrevistados se posicionaron como víctimas indirectas de toda una red compuesta por las autoridades sanitarias estatales y federales, quienes no organizaban de manera adecuada los servicios; “el gobierno”, que no proporcionaba un presupuesto razonable al sector; los partidos políticos, que utilizaban de manera perversa el argumento de la salud para la campañas, y los medios de comunicación que desinformaban a la población.

Profesionista

Esta figura correspondió a los entrevistados que se construyeron como sujetos poseedores de conocimientos, capacidades o saberes que, al gozar de un alto prestigio social, les confería una posición de estatus frente a los pacientes o a otros trabajadores. Además, el grado de especialización que los acreditaba como poseedores de estos saberes contribuyó a otorgarles mayor o menor autoridad en el área; de tal manera que tener una carrera técnica resultaba menos meritorio frente a una licenciatura, especialidad o postgrado.

Dentro de los centros de salud, este conjunto de saberes cobraba sentido en las actividades que se llevaban a cabo como diagnosticar, vacunar, informar, coordinar un área, etcétera. El problema surgía cuando el nivel de exigencia de las actividades no correspondía con la preparación de algunos trabajadores, como en el caso de Manuel, quien

se desempeñaba como trabajador social y mencionaba que se sentía desaprovechado porque aun cuando tenía una especialidad, realizaba las mismas actividades que una persona con menor preparación.

Extracto 5

A: Manuel, de las actividades que tú realizas cotidianamente en el centro, de tu perfil, ¿como cuáles cambiarías o cuáles dejarías, cuáles te parecen que son adecuadas o a cuáles le darías tú un giro?

B: Bueno, una cosa son las actividades y funciones. Y otra cosa es de que quién lo puede hacer y no es por despreciar pero lo que hacemos pues lo puede hacer cualquier gente que pueda ser capacitada, nosotros la mayoría somos licenciados pero yo soy el único que tengo especialidad. Entons' me están desaprovechando, yo siempre les he dicho. Pero pues ahora sí que como es cosa política y pues institucional porque es una persona capacitada, me refiero de secundaria o, o este, o nivel medio superior, puede hacer lo que yo hago tan solo darle una buena capacitación, una buena formación, y lo puede hacer y no se requiere que tenga una licenciatura para hacerlo, claro que esto me ha valido porque tengo una, una este, pues una formación un poquito más profesional, más ética, más de todo, y dar con una forma en ese aspecto [entrevista a Manuel, Ciudad de México, 12/7/2012].

Varios trabajadores expresaron valores, juicios morales y creencias religiosas, los cuales formaban parte de sus puntos de vista sobre la condición de los pacientes. Algunas frases relacionadas fueron "... le quitan la oportunidad a un ser de tener la familia como para mí es padre, madre", expresada por una doctora que desestimaba a las madres solteras. Una doctora que estaba en contra del aborto argumentó que: "Yo sí soy muy creyente [de Dios]". Otra doctora manifestó abiertamente el miedo que le provocaban los pacientes que mostraban un evidente trastorno mental, dijo: "Conmigo vienen poco, eh, *afortunadamente*, vienen poco". Una psicóloga que trabajaba en un centro ubicado en una zona semirural explicó que las situaciones de violencia intrafamiliar ocurrían "... porque es un *pueblo*...", es decir, la población mantenía costumbres y hábitos diferentes a los de la

población urbana. Lo anterior, derivaba en la preferencia o rechazo hacia algún grupo de pacientes, ya se tratara de adolescentes, embarazadas, ancianos, personas que padecieran trastornos mentales, entre otros. Como observó Bamberg (2010), las identidades presentan dilemas y contradicciones, y en la figura del profesionista aparecen como tensiones entre satisfacer las demandas de atención y la imposibilidad de refrenar el despliegue de las convicciones y valores personales.

Crítico

Esta figura correspondió a la posición que los entrevistados adoptaron cuando reprobaron abiertamente las prácticas, conductas y actitudes de las autoridades locales, de algunos trabajadores de los centros, de los pacientes o de ellos mismos. También cuando disintieron de la manera en cómo se llevaban a cabo los procesos de certificación o administrativos para obtener recursos materiales.

Uno de los entrevistados que la construyó fue Eduardo, psicólogo en un T-III, quien dada su extensa trayectoria como trabajador en los centros de salud, conocía con detalle diversos aspectos poco visibles de la organización de los centros, los cuales siempre estuvo dispuesto a explicar. Él expresó desacuerdo con las actitudes de los trabajadores y en general con la cultura laboral en México. Este tema surgió cuando hablábamos acerca de algunos talleres que estaba planeando para sus compañeros del centro de salud. La entrevistadora le comentó que en otros centros, una de las peticiones de los trabajadores era que les dieran un curso o taller de contención psicológica debido al estrés laboral que experimentaban. Entonces expresó lo que se muestra en el extracto 6. Para que el lector entienda la frase de "... si yo me esperara a que me trajeran recursos estaría todavía con un escritorio..." es necesario saber que hizo alusión a las computadoras, pruebas psicométricas, televisión, videocasetera, material didáctico, un estante, entre otras cosas que él mismo adquirió para poder trabajar.

Extracto 6

B: Lamentablemente, aquí hay un problema que es importante y que creo que le pasa a la mayoría o por lo menos al ochenta por ciento de

los trabajadores de cualquier institución, que está esperanzado a que la institución le provea de todo y generalmente aquí los trabajadores, y es algo que yo he hablado con ellos y me he quejado, es que se esperan a que la institución te dé, lo que hablamos, si yo me esperara a que me trajeran recursos estaría todavía con un escritorio, y también esperan a que la institución llegue y te dé un curso, y también esperan a que la institución te diga “¡ah!, ¿qué te hace falta?”. La cultura laboral en México, eso sí yo creo que es, ya es una cuestión no solamente de la Secretaría de la Salud sino es una cuestión de índole cultural educativa. En la escuela te enseñan a que todo te lo da el maestro. En todas las, casi en todos los niveles, el alumno ¿por qué reprueba?, pus porque el maestro no le enseñó [entrevista a Eduardo, Ciudad de México, 23/8/2012].

Cabe agregar que cuando conocimos a Eduardo, nos pareció entusiasta y dispuesto a contribuir con recursos materiales al funcionamiento del servicio de psicología, además atestiguamos su iniciativa para realizar diversos proyectos relacionados con el área de salud mental. No obstante, cuando contactamos con él después de un par de años, observamos que el entusiasmo había disminuido, y nos comentó que él ya “estaba cansado” de dar recursos materiales para trabajar en la institución. Lo anterior nos permite reflexionar sobre el paulatino desgaste que varios de los trabajadores, con larga trayectoria de servicio en los centros de salud, han experimentado. Algunos describieron cómo fue cambiando su actitud y el grado de compromiso o disposición hacia la institución. Consideramos que tales cambios son efecto de la intersección entre trabajar con recursos materiales limitados, con una población que se empobrece de forma progresiva, y la historia de vida que transcurre fuera de la institución, en la cual ocurren transiciones relevantes como casarse, convertirse en padre o madre, presentar alguna enfermedad crónica, entre otros.

Regresando a la figura del crítico, encontramos que las censuras a la actuación de las autoridades surgían cuando abordábamos temas como el desabasto de medicamentos, el tiempo dedicado a llenar los formatos de cada programa o las condiciones laborales. Generalmente,

los entrevistados asociaban estas fallas locales al desempeño de las autoridades de niveles superiores estatales o federales. Así lo expresó Evaristo, jefe de laboratorio de un T-III con 34 años de trabajo en los centros de salud. El siguiente extracto corresponde a una parte de la conversación en la que Evaristo hablaba sobre todo el papeleo que debe hacer antes de realizar las pruebas de laboratorio a los pacientes, menciona el reproducible comportamiento que “viene de arriba”, es decir, de las autoridades de la Secretaría de Salud.

Extracto 7

B: ... también ya viene de arriba. De los jefes. Yo creo que, que como que les interesa más la política, mire, cuando pusieron a Córdoba Villalobos yo dije :“ahora si se va poner bonito, porque es médico, es médico de consultorio”, no se puso bonito. ¿No?, porque un médico de consultorio pues entiende, comprende, se sabe todo el sistema y lo puede mejorar, ¿no? No se puso bonito, ahí que se fue a jugarla de, de gobernador a, a Guanajuato. ¿No?, pus eso, ya son, politizan las cosas, ahí es donde se pierde el asunto, en la politización. A ver ahora nuestro secretario de salud *chertodo*, *chertorosqui*, ni lo sé pronunciar [Risa]. Él ni siquiera es médico y ya se va [Risa] ‘tonces ya me estoy metiendo en asuntos políticos, pero es que, es que desde allá vienen las cosas [entrevista a Evaristo, Ciudad de México, 5/10/2012].

A Evaristo le tomó solamente un par de horas de un misma sesión transitar de la figura institucional a la crítica; a otros entrevistados les tomó más de una sesión. Sin embargo, el orden en el que emergieron ambas posiciones siempre fue ese. Entre los factores importantes para desplegar ambas subjetividades estuvo la posición que ocupaban los trabajadores en el momento de la entrevista, es decir, la antigüedad o el tipo de contrato que tenían. Quienes generalmente se permitían mayor libertad expresiva eran los que contaban con más antigüedad, y también fueron quienes nos permitieron conocer algunos episodios importantes de la institución, así como historias a las que aún no se les ha dado la importancia adecuada para comprender qué significa para los trabajadores los

cambios que se implementan administración tras administración. En seguida exponemos algunos fragmentos de estas historias.

Pioneros

En las conversaciones con los trabajadores que tenían más de treinta años de servicio, nos enteramos de cómo han cambiado los centros y las colonias donde éstos se asientan, la población y la forma de entender la salud y la atención. También observamos que al narrar el devenir de los cambios, los entrevistados se posicionaron como iniciadores de los centros de salud de nueva creación y protagonistas en la implementación de una forma de trabajo exitosa.⁹ A esta posición la denominamos “pionero”.

A lo largo de las conversaciones, el programa de áreas marginadas resultó casi mítico porque significó el ingreso de muchos trabajadores —personal médico, paramédico y administrativo— a la Secretaría mediante una convocatoria abierta. Manuel, trabajador social de un T-III respondió a dicha convocatoria. En el momento de la entrevista, él contaba con una trayectoria de 34 años de trabajo en los centros de salud de la zona sur de la ciudad.

En el extracto 8, platicó acerca de la capacitación que recibió el personal que ingresó al programa de áreas marginadas y se identificó como parte del grupo de personas que fueron capacitadas en la Escuela de Salud Pública, lo cual lo distinguía de otras personas que ingresaron posteriormente y que recibieron capacitación en los centros de salud.

Extracto 8

B: Nosotros fuimos capacitados en la Escuela de Salud Pública durante tres meses, casi cuatro, este, en ese momento estaba muy reconocida la Escuela de Salud Pública ... éramos varios grupos que estábamos

⁹ En la década de 1980, la entonces Secretaría de Salubridad implementó el programa de áreas marginadas en respuesta al aumento de la población que migraba del campo a la ciudad y que se asentaba principalmente en zonas periféricas del área metropolitana, donde se fraccionaron terrenos ejidales e iniciaron los asentamientos de las colonias. Se construyeron tres tipos de unidades físicas con uno, tres y seis consultorios, y principalmente los T-I se situaron en las zonas de mayor marginalidad (Martínez, 2013). Aunque resultó apreciable el esfuerzo por llevar servicios de salud a la población empobrecida, paradójicamente podría entenderse como la institucionalización de la segregación social y los servicios de salud.

ahí, fuimos varios grupos capacitados y, ah, en, en el primero y en el segundo, ya después las demás capacitaciones se dieron en los centros de salud. Al personal que nuevamente entró a este programa... en el ochenta, y uno fue, este, se llamó, este, “Centros de salud de grandes urbes” [entrevista a Manuel, Ciudad de México, 12/7/2012].

El hecho de haber ingresado a los Servicios de Salud mediante una convocatoria abierta y pública; haber sido capacitados por una institución de prestigio como la Escuela de Salud Pública o recibir la capacitación como parte de un equipo multidisciplinario, así como tener la oportunidad de aplicar inmediatamente los conocimientos adquiridos y atestiguar los resultados de este proceso en la materialización de los centros de salud, fueron los hitos que contribuyeron a construir la figura del pionero, pues la conjugación de todos estos componentes nunca volvió a ocurrir.

Otro asunto que marcó la trayectoria de los pioneros fue que las zonas periféricas en las que se enfocó el programa no solamente carecían de servicios de salud, tampoco contaban con agua potable, pavimentación, luz, transporte, escuelas, entre otros servicios. Estos asentamientos ocurrieron en el sur, norte, oriente y poniente de la ciudad, en áreas donde debido a la configuración geográfica abundan los cerros. El siguiente extracto corresponde a Amalia, trabajadora social con 31 años de trayectoria en los centros de la zona norte citadina. Desde el principio, ofreció cordialidad y confianza a los investigadores. Ella explica cómo reaccionó al enterarse de que fue “asignada” para trabajar en las colonias situadas en los “cerritos”, un lugar que calificó como “feo” debido a las carencias de infraestructura y servicios.

Extracto 9

B: Nos asignaron de acuerdo, a veces, a nuestro domicilio, pedimos, ¿no?, que nos ubicaran, este, yo pedí aquí en la zona norte, ¿sí? Porque siempre he vivido yo de este lado de la zona norte. Entonces, pedí y me mandaron, nos reclutaron ahí en el centro de salud [nombre de un centro T-III]. Y ya... ¡ay!, dijimos, qué padre ¿no? Nos vamos a quedar aquí. ¡No! Cuando dicen, ustedes se van a ir a [nombre de colonia]. ¿Y

dónde queda eso? Ya cuando nos dijeron a los cerritos, ¡ay, Dios mío! Cuando llegamos aquí pues en esa época no había ni pavimento, ni luz, ni agua, ni teléfono, nada, estaba todo esto feo, muy feo. En [el año] ochenta y uno. Esto estaba muy feo y aquí nos tocó trabajar. Como no había el centro [nombre del actual centro], no existía todavía, entonces nos quedamos en una casa que nos prestaron ahí cerca de [nombre de la colonia]. Éramos diez equipos de salud, de médico, enfermera y trabajadora social... Había también personal administrativo, de intendencia, o sea nos prestaban unos cuartos en una casa, y ahí estuvimos más de seis meses, mientras hacían, terminaban de hacer [nombre del actual centro], porque ya estaba el proyecto, ya se había iniciado [entrevista a Amalia, Ciudad de México, 1/2/2013].

Otro hito que acompañó a la figura de pionero fue la forma de trabajo, que consistió en equipos conformados por médico, enfermera y trabajador social quienes laboraban fuera de un consultorio durante media jornada. Gracias al intenso trabajo comunitario, establecieron relaciones estrechas tanto con los habitantes como con personajes destacados, por ejemplo, los líderes de las colonias.¹⁰

Amalia contó cómo realizaron los diagnósticos comunitarios, los cuales obedecieron a la falta de información sociodemográfica de la población. Al menos en las colonias de la zona norte, el equipo de salud levantó un censo y un estudio de comunidad, y basados en ello realizaron las acciones en salud. Esa forma de trabajo permitió que los médicos, enfermeras(os), trabajadoras(es) sociales, entre otros trabajadores junto con los habitantes de las colonias, devinieran en protagonistas del establecimiento de los servicios de salud, y contribuyó a que la población aceptara al personal y tuviera una buena imagen de ellos. A decir de Manuel, los integrantes del equipo de salud “éramos bien aceptados”, debido a que “... tratábamos de solucionar de una forma u otra sus problemas, no nada más médicos sino sociales” a manera de “concientizadores” y “orientadores”.

¹⁰ Es importante mencionar que esta forma de trabajo fue posible gracias a que cada equipo “contaba con formatos e instructivos para efectuar un diagnóstico de comunidad y captar usuarios”, además de otros procedimientos para involucrar a la comunidad (Martínez, 2013).

Uno de los aspectos que destacaron los entrevistados fue la cordialidad que caracterizaba la relación entre trabajadores del centro y pacientes. Camila nos platicó cómo era el trato que prevalecía entre el personal y los pacientes. Ella es médico y en el momento de la entrevista ocupaba el cargo de directora de un T-III. Ingresó a los centros de salud en 1981 y también participó en el programa de áreas marginadas. El siguiente extracto fue parte de la respuesta que dio cuando la entrevistadora le preguntó *¿cómo se trabajaba antes en los centros de salud?* En la orientación (O) contrapuso “el trabajo con la comunidad”, a la forma o “sistema” de ahora, se refirió al trabajo de gabinete al que particularmente los médicos dedicaban la mayor parte del tiempo. En la evaluación (E) dijo que “el trato era otro”, interpretado a la luz de diferentes pasajes de la entrevista. Concluimos que para Camila el trato actual es distante y, a veces, percibe que los pacientes son irrespetuosos con el personal.

Extracto 10

B: O. Pues trabaja uno con la comunidad, como que era otro sistema al de ahora.

N. Nos hacían salir, este, por lo menos una vez a la semana al campo, y nos salíamos a hacer visitas. Y salíamos, muy bonito porque sale a comunidad y todo mundo la conoce. No falta quien la invite a su casa, “una agüita doctora”, o algo, ¿no? Es bonito y, este, pues ya, y toda la gente [el personal de salud] era muy joven también. Estaba muy bien organizado, ¿sí? Este, yo en aquel tiempo, que estaba en consulta, sin mentirle ¿eh?, llegaba la gente y “ánde, doctora, le traje su desayuno”, me traían mi café, me traían, y digo, ¡ay!, estaba súper consentida, ¿no? Me traían una flor, ¿sí?

E. Este, y como que el trato era otro o a lo mejor yo me, me familiaricé también mucho con la gente. Pero, este, muy bien, ¿sí? [entrevista a Camila, Ciudad de México, 12/11/2013].

De acuerdo con Martínez (2013), la forma de trabajo en la que prevalecía el estrecho contacto con la comunidad mostró alta efectividad; y a pesar de ello, el programa fue obstaculizado por “los directivos médicos

de las unidades centrales y luego por los jefes de las jurisdicciones”, debido al esfuerzo que implicaba supervisar al personal. Entonces, la forma de trabajo cambió de tal manera que la atención terminó ofreciéndose, principalmente, dentro de los centros de salud.

Todos los entrevistados que participaron en el programa de áreas marginadas hicieron notar que uno de las grandes repercusiones que tuvo el cambio en la forma de trabajo fue la interacción entre el personal y los pacientes. Antes, la mayoría de las interacciones se caracterizaban por la reciprocidad basada en la idea de que los pacientes y el personal de salud debían colaborar para que la atención fuera posible.

En la actualidad, la mayor parte de las interacciones está mediada por la idea de que los pacientes y los trabajadores están en posiciones antagónicas, los primeros son usuarios o clientes mientras que los segundos, empleados. Bajo estas posiciones, la relación no es de colaboración sino de transacción. Otro aspecto importante es que, aun cuando existe la idea de que la atención se realiza por módulos conformados por un médico, enfermera y trabajador social, las actividades las realizan de manera individual. Por eso, los entrevistados que asumieron la identidad de pioneros comentaron que “la gente” —el personal— “ya no sabe trabajar en equipo”.

Finalmente, con el paso del tiempo, la infraestructura de las colonias creció y obtuvieron servicios públicos; sin embargo, muchas de estas colonias no lograron deshacerse del marcaje de segregación social que desde el principio tuvieron, y que en la actualidad aún pesa sobre algunas. Consideramos que los cambios acontecidos en la organización del trabajo y la administración de los centros de salud, y en la forma de vida de los habitantes de estas colonias, son aspectos importantes en la configuración de las actuales identidades de los trabajadores.

Consideraciones finales

El reconocimiento y análisis de las diversas identidades nos permitió transitar de una etiqueta apresurada, como es la de “personal de salud”, a una mirada detenida sobre las posiciones que asumen quienes trabajan en los centros de salud. Estas posiciones están orientadas no solamente por un conjunto de programas —vacunación, enfermedades crónico-

degenerativas, salud mental, etcétera—, o por las regulaciones sobre los horarios y cargas de trabajo; sino que son el efecto de un entramado de condiciones que conjugan asuntos como las políticas en salud (Durán, 2012; Laurell, 2015), las reformas estructurales (Brito, 2000; Boltanski, 2002; Betancourt, 2003) y el devenir histórico de los propios centros (Martínez, 2013), entre otros. La convergencia de las condiciones anteriores da lugar a una sobreposición de identidades en una persona; alguien que se considere, por ejemplo, “enfermera del centro de salud”, es probable que al mismo tiempo se asuma como empleable, evaluada, profesionalista, quizá pionera; posiciones que pone en juego durante las interacciones con otros trabajadores del centro y en los encuentros con los pacientes. Pensamos que los agregados o complejos de identidades que concurren en los trabajadores contribuyen a modular tanto el entorno laboral como la atención que están dispuestos a ofrecer.

El reconocimiento de las identidades del evaluado, el institucional y el empleable, las que en mayor medida coinciden con los términos de la institución, permiten visibilizar la recíproca vigilancia que prevalece entre los propios trabajadores; la estricta jerarquía a la cual, a veces, oponen resistencia mediante actitudes pasivas; y la reproducción de discursos que minimizan las fallas —desabasto, infraestructura inadecuada, autoritarismo, etcétera— y ofrecen la apariencia de que a pesar de ello, la institución cumple con sus objetivos. Como contraparte, consideramos que las identidades de profesionalista, aliado y pionero, tienden a promover un contrapeso saludable pues cuando los trabajadores se posicionan en éstas, reconocen que sus acciones deberían sujetarse a la ética, a la solidaridad con los pares y a la sensibilidad social ante las condiciones de pobreza de los pacientes. En particular, la identidad del pionero permitió conocer una forma de trabajo diferente a la actual, en la que los trabajadores se posicionaban como sujetos activos en la conformación de los centros, como protagonistas de los equipos de salud y como figuras relevantes dentro de la comunidad. Mediante esta identidad supimos que la relación entre los trabajadores de los centros y los pacientes ha cambiado, pues de colaboradores se han convertido en antagonistas, lo anterior ha contribuido a diluir uno de los pactos sociales básicos: el de la cooperación entre los integrantes de la sociedad.

La identidad del crítico merece un comentario aparte, pensamos que si bien no es una figura que colabore completamente con los términos institucionales, ya que disiente de éstos; sí otorga reconocimiento a una autoridad multisituada personificada en certificadores, directores o en figuras distantes como los secretarios de salud, gobernantes, partidos políticos, o bien, en la anónima red burocrática materializada en formatos diversos. Los trabajadores perciben que todos y todo lo anterior está articulado de forma tal que posibilita el control excesivo sobre ellos, el cual es poco posible contrariar en la acción. Pensamos que de permanecer esta última idea se corre el riesgo de reproducir una forma de trabajo que no cumple ni con las expectativas de atención a los pacientes ni con las necesidades de trabajo del personal.

Si la actividad laboral regula cada vez con mayor intensidad la condición humana, como lo han señalado algunos autores (Rentería, 2008; Calamari, 2010), pensamos que conocer en qué consisten estas regulaciones y a cuáles subjetividades dan lugar permitiría comprender cómo se instalan los valores y significados socialmente compartidos en la población trabajadora, específicamente entre la institucionalizada. A partir de ello, estimar las posiciones que, en concordancia con esa vida institucional, ellos podrían extender hacia otros escenarios de la vida social. En este sentido, el presente trabajo aporta evidencia sobre la relación entre las políticas económicas, el entorno laboral y las posiciones que asumen las personas dentro de los espacios sociales de trabajo, y busca contribuir a la reflexión acerca de cuáles subjetividades movilizan tanto las acciones que promueven una relación médico-paciente basada en la solidaridad y en la cooperación, así como cuáles interfieren con ésta; cuáles subjetividades podrían obstaculizar o favorecer el trabajo en equipo y con la comunidad.

Sería recomendable que los trabajadores de los centros de salud tuvieran la oportunidad de reflexionar colectivamente en qué momentos sería adecuado posicionarse como sujetos no solamente del deber, sino de derechos; no solamente como empleados sino como actores clave del proceso de atención de salud; no como distribuidores de bienes escasos —medicamentos, pruebas de laboratorio, consultas médicas, etcétera—; sino de igual manera como integrantes activos

de la comunidad en la que se encuentre el centro. Por otra parte, consideramos pertinente que los tomadores de decisiones estatales y federales encargados del sector salud replanteen la lógica bajo la cual administran la fuerza de trabajo del personal, y en lugar de importar modelos de organización construyan a nivel local modelos consecuentes con los recursos materiales y humanos existentes, y actualicen formas de trabajo exitosas (Martínez 2013) ya probadas para estos servicios de salud.

Por último, para futuros estudios pensamos que sería conveniente integrar a los trabajadores del segundo y tercer nivel de atención —hospitales e institutos— de tal manera que se cuente con un repertorio más amplio de escenarios que permitan realizar comparaciones entre éstos y obtener una comprensión más amplia del entorno laboral del sector salud en México.

Bibliografía citada

- Bamberg, Michael, 1997, “Positioning between structure and performance”, *Journal of Narrative and Life History*, vol. 7, núm. 1-4, pp. 335-342.
- Bamberg, Michael, 2010, “Blank check for biography? Openness and ingenuity in the management of the ‘Who-Am-I-Question’”, en Deborah Schiffrin, Anna De Fina y Anastasia Nylund (editores), *Telling stories: language, narrative, and social life*, Georgetown University Press, Washington, DC., pp. 109-121.
- Bauman, Zygmunt, 2011, *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Gedisa Editorial, Barcelona.
- Berenzon, Shoshana, J. Galván, N. Saavedra, P. Bernal, L. Mellor-Crummey y M. Tiburcio, 2014, “Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo”, *Salud Mental*, núm. 37, pp. 313-319.

- Betancourt, Óscar, 2003, "Globalización y salud de los trabajadores", *Salud de los trabajadores*, vol. 11, núm.1, pp. 53-63.
- Boltanski, Luc y Eve Chiapello, 2002, *El nuevo espíritu del capitalismo*, Akal, Madrid.
- Brito, Pedro, 2000, "Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8, núm. 1-2, pp. 43-54.
- Calamari, Andrea, 2010, "Del trabajador al empleable", *Questión. Revista especializada en periodismo y comunicación*, vol. 1, núm. 27, [en línea] disponible en <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/989/902> [fecha de consulta: 10 de septiembre de 2016].
- Carranza, Isolda, 2010, "Truth and authorship in trajectories", en Deborah Schiffrin, Anna De Fina y Anastasia Nylund (editores), *Telling stories: language, narrative, and social life*, Georgetown University Press, Washington, DC., pp. 173-180.
- Chase, Susan, 2015, "Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces", en Norman K. Denzin e Yvonna Lincoln (compiladores), *Manual de Investigación cualitativa*, volumen IV, Métodos de recolección y análisis de datos, Gedisa Editorial, Argentina, pp. 58-112.
- Durán, Luis, 2012, "Modelo institucional de atención a la salud en México", en Rolando Cordera y Ciro Murayama (coordinadores), *Los determinantes sociales de la salud en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo de Cultura Económica, México, D.F., pp. 574-616.
- Edwards, Jane, 2001, "The transcription of discourse", en Deborah Schiffrin, Deborah Tannen y Heidi Hamilton (editores), *The handbook of discourse analysis*, Blackwell Publishers, Malden, Massachusetts, pp. 321-348.
- Franco, Silvia y Luis Gonçalves, 2005, "Clínica laboral: nuevos abordajes clínicos y organizacionales para los síntomas contemporáneos", en Leonardo Schvarstein y Luis Leopold (compiladores), *Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario*, Paidós, Buenos Aires, pp. 265-295.

- Labov, William y David Fanshel, 1977, *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*, Academic Press, New York.
- Laurell, Cristina, 2015, *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Linde, Charlotte, 1993, *Life Stories: The Creation of Coherence*, Oxford University Press, New York.
- Martínez, Gregorio, 2013, *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Orejuela, Johnny, 2012, "Impacto de la fragmentación laboral en la relación hombre-trabajo", en Sigmar Malvezzi, Johnny Orejuela, Rafael Chiuzy, Juan Vesga y Wilner Riascos (editores), *Gramáticas actuales de la relación hombre-trabajo*, Universidad de San Bonaventuriana Cali, Cali, pp. 39-57.
- Rentería, Erico, 2008, "Nuevas realidades Organizacionales y del Mundo del Trabajo: Implicaciones para la Construcción de la Identidad o del Sujeto", *Informes Psicológicos*, enero-junio, núm. 10, pp. 65-80.
- Saavedra, Nayelhi, J. Galván, A. Pérez y S. Berenzon, 2014, "Saberes y decires acerca del Seguro Popular. Un estudio en centros de primer nivel de atención de la Ciudad de México", *Salud Problema*, enero-junio, núm. 15, pp. 25-36.
- Saavedra, Nayelhi, S. Berenzon y J. Galván, 2016, "Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos", *Atención Primaria*, vol. 48, núm. 4, pp. 258-264.
- Saavedra, Nayelhi, S. Berenzon y J. Galván, 2017, " 'This Is How We WorkHere': Informal Logic and Social Order in Primary Health Care Services in Mexico City, Qualitative Health Research", 1-11, [en línea] disponible en <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732316689781> [fecha de consulta: 7 de febrero de 2017].
- Sennett, Richard, 2006, *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Anagrama, Barcelona.