

Cuando cuidar se vuelve difícil: gestión, dispositivos y tensiones éticas en salud mental

When caring becomes difficult: management, disciplines, and ethical tensions in mental health

Rafael Sepúlveda¹

RESUMEN

Este artículo analiza críticamente cómo los dispositivos de gestión afectan el trabajo clínico en salud mental dentro del sistema público chileno. Desde la etnografía del dispositivo y la salud colectiva latinoamericana, se exploran tensiones éticas, prácticas de resistencia y formas situadas de cuidado. Se concluye que visibilizar estas prácticas permite sostener el sentido clínico y politizar el malestar, contribuyendo a una ética del cuidado en condiciones adversas.

Palabras clave: Salud mental, dispositivos, gubernamentalidad, cuidados, resistencias.

ABSTRACT

This article critically analyzes the concept of device and its usefulness for understanding mental health practices within the Chilean public system. Using the ethnography of the device and Latin American collective health approaches, it explores the effects of managerialism on clinical work and community-based resistance. It concludes that situating devices can help denaturalize institutional formats and revalue ethical and political care practices.

Keywords: Mental health, devices, governmentality, care, resistance.

1. EL MODELO COMUNITARIO Y LOS DISPOSITIVOS DE GESTIÓN

El modelo comunitario de salud mental en Chile ha sido promovido desde los años noventa como una alternativa a las prácticas psiquiátricas hospitalocéntricas y manicomiales, proponiendo una atención integral, descentralizada, participativa y centrada en el territorio. Sin embargo, su implementación ha estado marcada por contradicciones estructurales, límites institucionales y tensiones epistémicas (Sepúlveda, 2021). Este modelo, en lugar de desplegarse como una transformación radical del campo clínico, ha sido progresivamente absorbido por las lógicas de eficiencia, estandarización y control que caracterizan la Nueva Gestión Pública (NGP), entendida como un modelo de administración del Estado inspirado en la lógica del mercado, que introduce criterios de eficiencia, estandarización, trazabilidad y control de resultados en la provisión de servicios públicos (Pollitt & Bouckaert, 2017).

La incorporación de estos principios ha reconfigurado profundamente los servicios de salud mental, imponiendo nuevas exigencias sobre los profesionales y sobre las formas institucionales de atención. Como

Recibido el 12 de abril de 2025. Aceptado el 27 de mayo de 2025.

¹ Médico Psiquiatra, Magíster en Salud Pública, Doctorando en Antropología y Comunicación (Universitat Rovira i Virgili), Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Facultad de Ciencias Médicas USACH, Facultad de Medicina Universidad Mayor. Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco, Santiago de Chile. Correspondencia a: dr.rafaelsepulveda@gmail.com

han señalado Sisto y Zelaya (2013), estos procesos no sólo introducen nuevos instrumentos técnicos, sino que transforman la racionalidad misma de las instituciones, estableciendo criterios sobre lo que se considera un “buen profesional”, una “intervención válida” o un “usuario adherente”.

En este contexto, resulta fundamental recuperar el concepto de dispositivo, formulado inicialmente por Michel Foucault (1994) y ampliado por autores como Deleuze (1986) y Agamben (2011). En su formulación clásica, un dispositivo es un conjunto heterogéneo de elementos —discursos, instituciones, normas, tecnologías, cuerpos— articulado estratégicamente para responder a una urgencia histórica. Su importancia no reside en la suma de sus componentes, sino en los efectos que produce sobre la vida de los sujetos. Deleuze (1986) describe los dispositivos como ensamblajes dinámicos constituidos por líneas de visibilidad, de enunciación, de fuerza y de subjetivación, que definen lo que puede ser visto, dicho, sentido y hecho en un determinado contexto social. Agamben (2011) radicaliza esta noción al sostener que todo aquello que captura, modula o condiciona la conducta humana —desde una ley hasta una ficha clínica— puede ser entendido como dispositivo, en tanto produce modos de vida y genera sujetos.

Pensar el modelo comunitario como un dispositivo permite desplazar el análisis desde la institucionalidad formal hacia las condiciones de posibilidad que habilitan ciertas prácticas y excluyen otras. Asimismo, permite interrogar cómo se ensamblan tecnologías, saberes, normas y afectos para constituir formas específicas de atención, clasificación y control. Desde esta mirada, herramientas como las plataformas de registro, las guías clínicas, los protocolos de categorización diagnóstica o incluso una reunión de equipo no son neutras: operan como dispositivos que definen lo decible, lo visible y lo pensable en el trabajo clínico cotidiano.

En el caso chileno, esta perspectiva es particularmente útil para analizar cómo la NGP ha transformado el modelo comunitario en una forma de gubernamentalidad tecnocrática. A través de la introducción de canastas GES, indicadores de cobertura, formatos de registro estandarizados y metas de atención mensual, el modelo ha sido reorientado hacia una lógica de managerialismo, es decir, una racionalidad que traslada formas de gestión empresarial al ámbito público, estructurando las instituciones en función del cumplimiento de indicadores, la maximización de productividad y el control organizacional (Clarke & Newman, 1997; Salum et al., 2022).

Estas transformaciones no sólo modifican las condiciones de trabajo de los equipos clínicos, sino que también reconfiguran las relaciones con los/as usuarios/as, los criterios de elegibilidad y la producción institucional del sufrimiento. En palabras de Araya (2018), muchos de los formatos que hoy estructuran la atención —consultas individuales, diagnósticos categoriales, derivaciones jerarquizadas— emergen de tradiciones médicas y psiquiátricas consolidadas desde el siglo XIX, pero han sido reconfigurados por racionalidades contemporáneas de control que amplifican la fragmentación del cuidado y la invisibilización de los determinantes sociales del malestar.

Desde esta perspectiva, la etnografía del dispositivo (Sisto & Zelaya, 2013; Salum et al., 2022) se convierte en una herramienta crítica y situada para observar cómo estos ensamblajes operan en la práctica institucional cotidiana. Esta estrategia metodológica no busca sólo describir lo que ocurre, sino rastrear cómo se configuran, en lo concreto, las relaciones entre saber y poder, las tecnologías de gestión, los cuerpos en circulación y los silencios que estructuran la atención.

2. PRÁCTICAS CLÍNICAS, TENSIONES ÉTICAS Y RESISTENCIAS COTIDIANAS

El trabajo clínico en salud mental comunitaria en Chile se desarrolla en un contexto de alta exigencia institucional, marcado por la lógica de metas, la fragmentación programática y la escasez estructural de recursos. Esta configuración no es neutra: incide directamente en las prácticas cotidianas de los equipos psicosociales, quienes deben articular respuestas clínicas, técnicas y éticas frente a una demanda sostenida y diversa.

Investigaciones recientes han documentado cómo esta tensión se traduce en formas de sufrimiento moral, estrategias de adaptación y, en algunos casos, resistencias silenciosas a un modelo de gestión que privilegia el cumplimiento de indicadores por sobre la atención integral (Muñoz-Arce & Duboy-Luengo, 2023; Salum et al., 2022; Sisto & Zelaya, 2013). Durante la pandemia de COVID-19, este desajuste se intensificó: estudios cualitativos evidenciaron un malestar extendido entre profesionales de salud mental, producto de la sobrecarga laboral, la presión institucional y la incongruencia entre lo que se espera realizar y lo que es efectivamente posible (Calquín et al., 2021).

Este malestar no puede reducirse a un fenómeno individual o emocional. Se trata de una vivencia estructural, en que el/la profesional experimenta

una tensión entre su compromiso ético y las restricciones impuestas por las condiciones institucionales. En este marco, el sufrimiento moral se instala como una experiencia recurrente: actuar en contra de los propios valores éticos debido a mandatos administrativos que invisibilizan la singularidad del sufrimiento. Como sostienen Abarca-Brown y Montenegro (2023), estas tensiones ético-políticas expresan conflictos profundos sobre la legitimidad del cuidado, la función del Estado y el lugar de la técnica en las relaciones humanas.

Este escenario no ha dado lugar únicamente a desgaste. En muchos casos, los equipos desarrollan tácticas situadas para sostener el cuidado a pesar del control institucional. Andrade (2015), en su estudio etnográfico en centros de atención primaria, describe la práctica de “hacer trampita” como forma de agencia profesional frente a condiciones adversas: reorganizar agendas, extender sesiones, reformular diagnósticos o buscar redes informales para garantizar la atención. Estas estrategias no deben ser leídas como desviaciones individuales, sino como respuestas éticas, muchas veces colectivas, que intentan mantener la calidad del vínculo terapéutico en contextos de presión productiva.

Del mismo modo, Abarca-Brown y Montenegro (2023) dan cuenta de experiencias profesionales en el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios/as activistas, donde la resistencia al formato institucional toma la forma de un acompañamiento que desafía los límites del dispositivo clínico. Estas prácticas, al poner en juego el compromiso con la dignidad del otro, se constituyen en actos políticos que disputan el sentido del trabajo clínico desde sus márgenes.

Desde esta perspectiva, el managerialismo aparece no sólo como una forma de organización del trabajo, sino como una racionalidad que pretende colonizar el deseo de cuidar. En lugar de habilitar el encuentro, impone una lógica de control, eficiencia y desresponsabilización estatal. Como advierten Calquín et al. (2021), la precarización institucional se acompaña de una delegación encubierta: son los equipos los que deben gestionar la escasez, absorber el malestar y responsabilizarse por el funcionamiento de un sistema saturado.

En este punto, las formas de resistencia no son necesariamente espectaculares ni abiertas. Muchas veces se encarnan en gestos mínimos: sostener un espacio de conversación, modificar una práctica en función del contexto, priorizar el relato por sobre el protocolo. Son actos cotidianos que

interrumpen la maquinaria gerencial para reinstalar el cuidado como práctica relacional. Estas formas de resistencia micropolítica no buscan derrocar el dispositivo, pero sí rehúsan su totalización, afirmando la posibilidad de un cuidado ético aun en condiciones adversas.

3. PAUTAS PARA EL CUIDADO ÉTICO EN SALUD MENTAL PÚBLICA

Frente a la presión institucional, la estandarización de la atención y la racionalidad gerencial, los equipos clínicos no sólo resisten; también reinventan formas de cuidado que permiten sostener su compromiso ético con las personas usuarias. Estas prácticas no surgen como una planificación estratégica, sino como respuestas situadas ante las tensiones del trabajo cotidiano. Al sistematizarlas, es posible identificar pautas éticas emergentes, útiles para pensar alternativas dentro del propio sistema público.

Entre estas prácticas, se observa una *flexibilidad operativa* que desafía la rigidez de los protocolos: reorganización de agendas para priorizar casos urgentes; ampliación táctica de sesiones más allá del tiempo estipulado; atención a familias o redes aun cuando no esté formalmente contemplado. Esta capacidad de ajuste revela un principio de atención centrado en las personas y no en las fichas o metas.

Otra pauta observable es la *escucha activa situada*, que implica abrir espacio a relatos no siempre reconocidos por las categorías diagnósticas formales. Esto se traduce en validar la historia de vida, la trayectoria de sufrimiento, el contexto social y político que atraviesa la experiencia subjetiva. En muchos casos, esta escucha no se limita a la consulta: se extiende a llamadas, encuentros en espacios informales o coordinación con otros actores del territorio. Se ha propuesto comprender el proceso salud/enfermedad/atención-prevención, desde la mirada de las personas usuarias, como una trayectoria situada, donde los relatos de vida permiten develar tensiones entre las políticas públicas y las experiencias de malestar (Sepúlveda, 2023).

También se constata el impulso a formas de *co-producción del cuidado*, en que las decisiones no son impuestas, sino discutidas con los/as usuarios/as. Esto ocurre cuando el equipo adapta la intervención al ritmo, posibilidades y lenguaje de la persona atendida. Lejos de suponer una falta de capacidad experta, este gesto reconoce que el saber clínico se enriquece en el encuentro con el saber situado.

Finalmente, hay un principio transversal en todas estas acciones: el *compromiso relacional*. El cuidado no es aquí una prestación puntual, sino una práctica que se sostiene en el tiempo, en la consistencia del vínculo, en la posibilidad de estar disponible aun cuando no hay solución inmediata. En palabras de Luciani Conde (2024), estas formas de cuidado encarnado reafirman el deseo de sostener vínculos significativos incluso cuando el entorno institucional lo dificulta.

Estas pautas no deben idealizarse. Son frágiles, expuestas a la sobrecarga y al agotamiento. Sin embargo, su existencia revela que, incluso dentro de un dispositivo saturado por la lógica del rendimiento, es posible construir prácticas de dignidad clínica, basadas en el reconocimiento del otro y en la ética del encuentro. Nombrarlas no sólo las valida: permite compartirlas, fortalecerlas y proyectarlas como horizonte colectivo.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

A lo largo de este artículo se ha argumentado que el concepto de dispositivo ofrece una herramienta analítica poderosa para comprender las formas en que se organizan las prácticas en salud mental dentro del sistema público chileno. Lejos de ser estructuras neutras o meramente técnicas, los servicios de salud mental son territorios donde se juegan disputas éticas, políticas y subjetivas. Las políticas, saberes y tecnologías que conforman los dispositivos configuran no solo lo que se hace, sino también lo que se puede pensar, sentir y decir dentro del campo clínico.

El enfoque de la etnografía del dispositivo, articulado con la tradición crítica de la salud colectiva latinoamericana, permite observar cómo las racionalidades gerenciales —inscritas en la Nueva Gestión Pública— reconfiguran las condiciones del trabajo clínico. En particular, el managerialismo ha introducido una lógica de control y estandarización que muchas veces desarticula las condiciones necesarias para el cuidado, desplazando la atención desde el sufrimiento singular hacia el cumplimiento de metas e indicadores.

Este fenómeno no es solo administrativo: tiene consecuencias profundas en la subjetividad profesional, en la relación con los usuarios y en la calidad ética del trabajo clínico. En este contexto, el sufrimiento moral aparece como una expresión del malestar de quienes deben actuar en contra de sus convicciones éticas por las prescripciones del sistema. Reconocer este sufrimiento no como falla individual, sino como efecto estructural,

permite politizar el malestar y abrir espacios para su transformación.

Sin embargo, los dispositivos no son totalizantes. Siempre existen márgenes de fuga, zonas de ambivalencia, espacios de creatividad institucional donde se despliegan potencias de cuidado que rehúsan la lógica del rendimiento. Estas potencias —encarnadas en gestos, vínculos y decisiones clínicas— son formas de resistencia ética que sostienen el sentido del trabajo en salud mental pública. Son también una apuesta por disputar, desde dentro, el rumbo de las instituciones y las políticas.

Como se ha argumentado en una revisión crítica del modelo comunitario de atención en salud mental en Chile, su institucionalización puede ser leída como una forma de gubernamentalidad que articula simultáneamente dispositivos de control y actos de resistencia desde dentro del Estado (Sepúlveda, 2021). Esta ambivalencia —entre captura institucional y potencial emancipador— no debe resolverse de forma binaria, sino comprendida como un campo de tensión permanente donde los equipos profesionales ejercen su acción ética.

Las perspectivas futuras que emergen de este análisis convocan a profundizar el diálogo entre la investigación crítica y la práctica institucional. La etnografía del dispositivo no solo permite comprender lo que ocurre, sino que puede convertirse en una herramienta pedagógica y política para los equipos de salud. Nombrar lo que incomoda, visibilizar lo que duele, y proyectar lo que falta son también formas de cuidado.

Finalmente, este artículo se dirige a quienes sostienen cotidianamente la salud mental en el sistema público chileno. A través de un lenguaje crítico pero accesible, busca ofrecer claves para comprender las tensiones que atraviesan su práctica y fortalecer las alianzas necesarias para seguir cuidando en condiciones adversas. Porque pensar críticamente también es una forma de cuidar, y cuidar, en contextos de injusticia, es siempre un acto político.

REFERENCIAS

- Abarca-Brown, G., & Montenegro, C. (2023). La (de)colonización va por dentro: profesionales de salud mental en el trabajo con migrantes haitianos y agrupaciones de usuarios y exusuarios activistas de servicios de salud mental en Chile. *Revista de Antropología Social*, 32(2), 129–140. <https://doi.org/10.5209/raso.91746>

- Andrade, G. (2015). Hacer trampita para sobrevivir: Significaciones sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 14(3), 117–127. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue3-fulltext-603>
- Araya, C. (2018). Aspectos de la profesionalización de la psiquiatría en Chile, siglos XIX y XX. *Autoctonía: Revista de Ciencias Sociales e Historia*, 2(1), 146–158. <https://doi.org/10.23854/autoc.v2i1.78>
- Calquín Donoso, C., Guerra-Arrau, R., & Araya Fernández, N. (2021). Vidas expuestas, sufrimiento y agravio moral: El caso de trabajadores del área psicosocial en tiempos de pandemia COVID-19. *Psicoperspectivas*, 20(3), e1631. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue3-fulltext-2450>
- Carrasco, J., & Medina, S. (2018). El sistema informático de la reforma GES en Chile: Una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4), e280424. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280424>
- Clarke, J., & Newman, J. (1997). *The managerial state: Power, politics and ideology in the re-making of social welfare*. SAGE Publications.
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Les Éditions de Minuit.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits: 1954–1988* (Vol. 3). Gallimard.
- Luciani Conde, L. (2024). Sentidos estratégicos del trabajo comunitario: Inercias, interpelaciones y potencias de las prácticas en salud mental. *Kera Yvoty: Reflexiones sobre la cuestión social*, 9(2), 1–13. <https://doi.org/10.54549/ky.2024.9.e4605>
- Muñoz-Arce, G., & Duboy-Luengo, M. (2023). Decolonial feminism and practices of resistance to sustain life: Experiences of women social workers implementing mental health programmes in Chile. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 38(4), 488–504. <https://doi.org/10.1177/08861099221148155>
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform: A comparative analysis – Into the age of austerity* (4th ed.). Oxford University Press.
- Salum, J. E., Stolkiner, A. I., & D'Agostino, A. M. E. (2022). La noción de dispositivo en el campo de la salud mental. *Revista de Psicología (Universidad Nacional de La Plata)*, 21(2), 29–47. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe144>
- Sepúlveda, R. (2021). Las políticas, los planes y los programas de salud mental en Chile: entre la gubernamentalidad y la utopía liberadora. En C. Madariaga, A. Oyarce, Á. Martínez-Hernaez & E. Meléndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva: Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 351–373). Santiago de Chile: Editorial Contrakorriente
- Sepúlveda R. (2023). Desafíos y perspectivas en la política pública de salud mental en Chile: Comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde la mirada de las personas. *Intervención*, 13(1), 1–17. <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.177>
- Sisto, V., & Zelaya, V. (2013). La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1345–1354. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-4.cdeh>