

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social
International Digital Journal of Psychology & Social Science

**Marco teórico para la humanización del proceso de trabajo en salud: una propuesta de
narrativas desde Jerome Bruner**

Persona responsable del envío: Alejandro Perdomo Rubio

Correo electrónico: alperdo77@yahoo.com

Tipo de contribución: Artículo Metodológico

Fecha de Envío: sábado, 16 de abril de 2016

Marco teórico para la humanización del proceso de trabajo en salud: una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner

Alejandro Perdomo Rubio*

Gilberto Hernández Zinzún**

Diana del Rosario Izquierdo Mora***

* Profesor Asociado, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

** Profesor titular en la Carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM. zinzun@unam.mx.

*** Maestranda en Estudios Culturales en la Universidad Autónoma del Estado de Chiapas. gundiwaizquierdo@gmail.com

El manuscrito es original e inédito y no ha sido enviado a otra editorial

Nota del Autor

Información para contactar a los autores

* Dirección: Av. Cra 9 No. 131 A – 02, Bogotá, Colombia. Cel. (057) 3172864722 Correo electrónico: alperdo77@yahoo.com

** Dirección: Avenida de los Barrios Número 1, Colonia Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, C.P. 54090. Cel. 5513922102 Correo electrónico: zinzun@unam.mx.

*** Dirección: Calle Canarios S/N Col. Buenos Aires C.P. 29050, Tuxtla Gtz. Cel. 5549126540 Correo electrónico: gundiwaizquierdo@gmail.com

Contribución de los autores**Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 1**

Concibió, coordinó y desarrolló la propuesta metodológica

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 2

Análisis de la estructura teórica del artículo y de su enlace histórico-social a la coyuntura neoliberal actual

Tipo de contribución en la realización del trabajo del autor 3

Análisis de los componentes psicosociales de la propuesta

45

46

47 **Extracto curricular del autor principal (máximo 250 palabras)**

48 Alejandro Perdomo Rubio. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, Magister en Estudios
49 Sociales y Políticos Latinoamericanos, Especialista en Política Social, y Odontólogo. Con
50 preparación para analizar los procesos de trabajo que realizan los profesionales de la salud, las
51 redes integradas de servicios de salud y los modelos de atención y cuidado, utilizando diferentes
52 técnicas, entre ellas las socio culturales, las dialógicas y de humanización. Con experiencia en
53 planear, formular, gestionar, implementar y evaluar de forma participativa políticas, planes y
54 proyectos de salud pública.

55

56 **Imagen del autor principal (100pix X 100pix formato jpg, png, gif)**



57

58

59

Extracto curricular del autor secundario (máximo 250 palabras)

Gilberto Hernández Zinzún es licenciado y maestro en sociología por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, y doctor en antropología por la Facultad de Filosofía y Letras y el Instituto de Investigaciones Antropológicas, también de la UNAM. Trabajó las políticas estatales de salud en México durante su licenciatura, la deshumanización de la medicina en los estudios de maestría; y la práctica médica hospitalaria en México durante el doctorado. Ha sido asesor en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en México, de la Secretaría de Salud, de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Ha publicado temas de educación y práctica médicas. Actualmente es profesor titular en la Carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM.

Imagen del autor secundario (100pix X 100pix formato jpg, png, gif)

76

77 Diana del Rosario Izquierdo Mora. Psicóloga social egresada de la Universidad Externado de
78 Colombia, maestranda en Estudios Culturales en la Universidad Autónoma del Estado de
79 Chiapas, especialista en psicología social, cooperación y gestión comunitaria de la Universidad
80 El Bosque, Colombia,. Desde el 2007, se desempeña como consultora, investigadora, docente y
81 terapeuta acompañando e interviniendo sobre los procesos de cambios psicológicos, sociales y
82 culturales de comunidades, grupos e individuos, en contextos rurales/ indígenas y urbanos.
83 Líneas de investigación: subjetividad y pueblos indígenas/campesinos, terapia intercultural y
84 procesos de cambios, migración.

85

86 **Imagen del autor secundario (100pix X 100pix formato jpg, png, gif)**

87



88

89

Resumen

Las narrativas en salud han ido limitándose tras la búsqueda de mayor productividad en el proceso de trabajo en salud. Tal eficientismo contribuye al sufrimiento de los trabajadores porque no le encuentran sentido a una actividad compleja que por un lado está llena de incertidumbre y, por el otro, se realiza mecánica y rutinariamente; mientras los pacientes, cuyas necesidades de salud, crecientemente asociadas a problemas crónicos, requieren de abordajes que incluyan lo extra biológico. Se propone y justifica en el artículo devolverles a las narrativas un lugar preponderante dentro de la caja de herramientas de los trabajadores clínicos, administrativos, salubristas y de los pacientes para enfrentar el proceso salud enfermedad atención y cuidado. Partiendo de las propuestas de Jerome Bruner se concluye que la narrativa en salud es una profunda reflexión sobre la condición humana, su relación con la salud-enfermedad y con el trabajo de los profesionales del sector, que puede transformar profundamente las prácticas de todos los participantes de la atención y el cuidado y de allí ayudaría a transformar cuestiones más estructurales de los sistemas de salud.

Keywords: narrativa, humanización, atención en salud, transformación de los servicios

Abstract

Health narratives have been limited after seeking greater productivity in the labour process in health. This search for efficiency contributes to the suffering of workers because they find no meaning to a complex activity which on one hand is full of uncertainty and, on the other hand, is done mechanically and routinely; while patient whose health needs, increasingly associated with chronic problems, require extra biological approaches. This article proposed and justified the return of narrative to a prominent place in the toolbox of clinical, public health and administrative workers and patients to address the health disease and care process. From Jerome Bruner proposals conclude that Health narratives are a profound reflection on the human condition, its relationship to health and disease and the work of professionals in the sector, which can profoundly transform the practices of all participants in the attention and form there would help to transform more structural issues of health systems.

Keywords: Narratives, humanization, health care, Health Services Transformation

Marco teórico para la humanización del proceso de trabajo en salud: una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner

Introducción

Me llena de angustia cuando escucho una médica interna referir a su paciente como el cáncer de mama del cuarto 718 expresa Rafael Campo (Campo, 2005) ¿De qué manera pueden entenderse ese tipo de acontecimientos donde se articulan la angustia del observador, la aparente indiferencia de algunos miembros del personal de salud, y la borrosa y débil presencia de una persona enferma, tácitamente enunciada en el cáncer de mama del cuarto 718?

En el campo de la atención o de la educación médicas puede escucharse, al menos alguna vez, referencias equivalentes, análogamente estructuradas; una localización numérica en la arquitectura hospitalaria, un órgano o un tejido patológicamente alterados, ubicados en una región del cuerpo. En ese tipo de situaciones parece resonar el abuso de las generalizaciones de la ciencia y la simplificación administrativa, empleadas de tal modo que niegan la concreta singularidad a través de la cual se expresan las vidas humanas.

¿Por qué solo se menciona el cáncer de mama y el número de una habitación? ¿Acaso esa información equivale a una persona enferma? Difícilmente se podría entender de esa manera puesto que las personas son seres biológicos, sociales, psíquicos, culturales; conscientes de sí mismos y de los demás (Morin, 2009). Nada de eso está contenido en la frase cáncer de mama o en el número de cama o de cuarto.

Cabe preguntarse entonces ¿en qué momentos y lugares las personas dejan de concebirse y atenderse como enfermos para ser tratadas como si exclusivamente fueran alteraciones micro o

macroscópicas en la biología del cuerpo o como si fueran objetos a ser eficientemente organizados en una línea de producción? ¿Dónde, cómo y cuándo surgen las condiciones que lo hacen posible? ¿Responder de algún modo estas preguntas favorecerá la construcción de alguna salida a la deshumanización que la referencia al cáncer de mama del 718 implica?

La ciencia y el ser humano

En el nacimiento de la razón occidental, durante el siglo V antes de Cristo, los griegos antiguos empezaron la construcción de una nueva y radical interpretación del acontecer separada de las narraciones sagradas, míticas, a través de las cuales se organizaba la vida social hasta esa época. La nueva manera de concebir el conocimiento de la realidad se circunscribió a poner en palabras la visibilidad material de los hechos naturales. Surgía entonces la epistemología observacional: el conocimiento sostenido en la evidencia y la eliminación de la opinión.

Aristóteles formalizó y consolidó esa tendencia cuando estableció como única y verdadera ciencia al logos o estudio de la sustancia; y como semántica y sin valor científico a cualquier discurso ajeno a la práctica de referir metódicamente la visibilidad de las cosas materiales (Vegetti, 1981).

La segunda mitad del siglo XIX francés fue el portal por donde la medicina ingresó al territorio de la ciencia. Xavier Bichat diseccionó miles de cadáveres y encontró alteraciones orgánicas que correlacionó con estados fisiopatológicos: en las alteraciones orgánicas encontró el rostro visible de la enfermedad. Con ello emergieron las condiciones para apartar del conocimiento médico todo discurso ajeno a la visibilidad material de la enfermedad. Como en la antigua Grecia, en la Francia decimonónica la medicina académica se apartó de las narraciones sin correlato visible; tanto de médicos como de pacientes.

La pregunta ancestral ¿qué le pasa a usted? que inauguraba la relación entre el médico y su paciente hasta el siglo XIX, fue sustituida por ¿dónde le duele a usted? (Foucault, 2012). Se trataba de localizar la enfermedad, las estructuras lesionadas en el volumen del cuerpo. Pero el discurso del padecer, de la existencia del enfermo, se volvió superfluo para el enfoque analítico y materialista de la enfermedad. La objetividad del cuerpo desplazó al padecimiento. La disminución de la importancia corporal también se convirtió en decremento de la importancia personal.

Por otra parte, entre los siglos XVIII y XIX los hospitales ya controlados por los médicos se convirtieron en los espacios legítimos para intervenir sobre esas estructuras lesionadas del cuerpo de los pacientes. Además, la estructura económica capitalista y el aumento del poder de la clase obrera exigían que los hospitales curaran las lesiones de la masa trabajadora de manera eficaz, para volver al trabajo lo más rápido posible, y eficiente, para atender a un número creciente de trabajadores que se empleaban en las fábricas. Se requería de un control sobre los trabajadores de la salud, médicos y paramédicos, y sobre los pacientes, para lograr la eficacia y eficiencia de su tarea. Para ello se institucionalizó al médico y al paciente, alienando su existencia a la productividad de la institución. Por una parte, controló organizando a los trabajadores mediante órdenes jerárquicos, simbólicos, espaciales y temporales, muy articulados a la pujante fragmentación y especialización de la medicina. Aparejado con ello controló al máximo las narraciones legítimas, aquellas que se podían relatar en el interior del hospital fragmentado, reduciéndolas a las científicas o las administrativas, estableciendo quiénes estaban autorizados a relatar, a quién, qué, cómo y cuándo, y sustrayendo el resto de narrativas, o sea, las de la existencia misma del padecimiento, o del malestar en el trabajo, a los confines del chisme, la indisciplina, lo superfluo o lo despreciable.

La ciencia médica atomizó al ser humano, descubrió los fragmentos alterados y les dio nombres, como el cáncer de mama... mientras la administración hospitalaria les dio una ubicación espacial en busca de la eficacia y productividad: ...del 718.

Humanizar el trabajo en salud

Humanizar el trabajo en salud implica, entre otras cosas, abrir espacios diversos a la narrativa de los pacientes, de su padecer y de su existir, que el conocimiento objetivo de la enfermedad clausuró o volvió superfluos, como recién señalamos. Además de la narrativa de las personas enfermas, la humanización del trabajo en salud que aquí se propone, plantea la recuperación de la narrativa de los médicos y del personal de salud en general, como vía para la reconstrucción de la condición humana de los participantes en los hechos psicosociales y culturales que constituyen la atención de la salud de la población.

Naturaleza del método**¿Qué es la Narrativa?**

Angela Woods (2011) dibuja el campo de la narrativa contemporánea en las humanidades médicas, ingeniosamente atravesado por lo que ella aprecia como seis usos, cinco debates y siete peligros. A través de ese abordaje, intenta re-lanzar el debate acerca del rol de la narrativa en las humanidades médicas. Su trabajo es una extensa y crítica revisión de las formas a través de las cuales la narrativa se ha movilizado por los estudiosos de las humanidades y las ciencias sociales para comprender la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. Gracias a ello, se analiza aquí su trabajo para posicionar teórica y conceptualmente el de los autores.

En cuanto a sus usos la autora encuentra la narrativa:

- concebida como acceso privilegiado a la experiencia subjetiva de la enfermedad y promovida como vehículo primario a través del cual la persona enferma puede expresar su sentido cambiante de sí misma y de su identidad, explorar nuevos roles sociales y convertirse en miembro de nuevas comunidades.
- vista no solo como expresividad, sino también como transformativa e, inclusive, como terapéutica. Y, observada desde el punto de vista de los profesionales de la salud, muestra la narrativa:
- largamente valorada por los insights que aporta a la experiencia de los cuidadores de enfermos. Y más reciente y radicalmente, Woods observa:
- la competencia narrativa como habilidad esencial en el diagnóstico y tratamiento.

En la esfera de la investigación en salud, la autora mira que la narrativa:

- 234 • ofrece nuevas metodologías para estudios cuali y cuantitativos acerca de la
235 experiencia de la enfermedad. Finalmente, en el nivel social, menciona que la
236 narrativa:
- 237 • es vista por algunos como un cambio en la hegemonía de los enfoques biomédicos
238 y naturalistas de la enfermedad, pues provee los fundamentos de unas nuevas ética
239 y política del cuidado de la salud.

240 En cuanto al uso de la narrativa como acceso privilegiado a la experiencia subjetiva de la
241 enfermedad y demás aspectos planteados en el primer punto; aquí no se entiende como un
242 recurso supremo que podría ubicarse por encima de una gama de posibilidades orientadas a
243 favorecer la expresión o exteriorización del padecer de la persona enferma. En el medio
244 latinoamericano se plantea como recurso potencialmente accesible a cualquiera; que muchas de
245 las veces, solo requeriría la disposición y apertura de las personas implicadas en la atención de
246 los enfermos para que emerja. No se habla exclusivamente de la narrativa de los enfermos, ya se
247 ha dicho que también se piensa en la narrativa de los trabajadores de la salud. En efecto, las
248 narrativas en salud también han sido investigadas en tanto co-construcción entre médicos y
249 pacientes, como lo abordan ampliamente Heritage, & Maynard (2006) y Vickers, Goble, &
250 Lindfelt, (2012).

251 En relación con el segundo uso, no se interpreta que, automáticamente, la narrativa pueda
252 ser expresiva, transformativa y terapéutica. En muchos casos tal vez los enfermos o los
253 cuidadores no tengan ánimo de narrar su padecer, o tal vez si lo tienen, la institución no conceda
254 tiempo o importancia a la narrativa. Sobre todo, cuando la atención de la salud es vista como
255 negocio regido por la ley de la productividad. La postura de los autores es que, abrir espacios a

la expresión narrada de la experiencia subjetiva del padecer es un gran paso que, de distintas maneras y dependiendo de cada caso, puede ser más o menos expresiva, más o menos transformativa, más o menos terapéutica. Pero nada de lo anterior sucede mecánica o automáticamente por el solo hecho de invocar la narrativa e invitar a alguien a expresarse.

En relación con la valoración de la narrativa por los insights que procura a los cuidadores, pueden señalarse las notorias diferencias entre el contexto analizado por Woods y el contexto latinoamericano: aquí se intenta promoverlas, allá existen posibilidades inclusive de valoración de la experiencia de los cuidadores que trabajan con enfermos que narran su padecer. En cuanto a los debates y los peligros que Angela Woods encuentra en la narrativa, además de los retomados de su principal autor de referencia, Strawson G. (2004), es importante señalar que se observa un análisis de la narrativa sustraído de la realidad de los narradores, de las características básicas de la subjetividad, y ajeno a los fenómenos humanos de la significación y del significado. Algo semejante a la sustracción de la danza y la pintura y otras actividades humanas, Gadamer (2012), que por miles de años formaron parte de los ritos y las festividades de los pueblos y luego se cultivaron por sí mismas y en sí mismas y terminaron por volverse ajenas para sus propios creadores originarios.

Lo valioso de la narrativa no proviene de la verdad o falsedad de lo narrado; ni de lo breve o extenso de lo dicho, ni de su clasificación en alguna categoría, entre una gran cantidad de aspectos ajenos a la vida de los narradores, como parece ocupar y preocupar a Angela Woods. El texto y contexto de lo narrado y del modo de narrar, son significados personales porque solo tienen sentido y efectos para quien narra; y en ello se incluyen las narrativas de salud y enfermedad.

279

280

281

Características del método

¿Qué y cómo se entiende por narrativa, y por qué?

Una narración puede definirse como lo hace Trigos (2003, p.98) como la representación de acontecimientos, reales o ficticios, en una secuencia temporal, es decir, uno detrás de otro en una línea de tiempo. Las narraciones pueden ser lingüísticas o no lingüísticas, las primeras son aquellas que utilizan como medio de expresión el lenguaje articulado, oral o escrito, mientras las segundas serían aquellas que usan como medio de expresión otros tipos de sistemas semióticos o sus combinaciones, como la pintura, la mímica, el cine, o los sueños. En forma general, entre las características de la lengua escrita por oposición a la oral se pueden encontrar la posibilidad de ser más cuidada en su producción, el contener más subordinación, más conectores, el ser más explícita y usar más organizadores retóricos del tipo en conclusión y en primer lugar, el permitir una mayor planeación y revisión que facilitan el logro de efectos de sentido, estilísticos o retóricos. Además, debido al hecho de no depender de la memoria se le facilita el uso de construcciones más largas y complejas. En cambio, la lengua oral, aunque no puede cuidarse tanto como la escrita, puede apoyarse en la entonación y la comunicación no verbal, y además, de que el que habla y el que escucha pueden compartir el mismo contexto espacio-temporal. Para este artículo cuando se habla de narraciones se refiere a las lingüísticas, incluyendo las escritas y las orales.

Por otra parte, para Bruner (2003, p.34) una narrativa comprende una historia que a su vez incluye los acontecimientos, los personajes y los escenarios. Una historia cuenta acontecimientos, es decir, tiene un comienzo, un medio y un fin; y se unifica por medio de una serie de eventos organizados, que en conjunto se denominan trama o argumento. Estos acontecimientos están mediados por una infracción o nudo que justifica que se cuente esa

306 historia, además, por la acción, el resultado y la coda. La coda es una valoración retrospectiva de
307 lo que puede significar un relato, siendo explícita como la moraleja de una fábula pero también
308 puede ser implícita.

309 Además, para Bruner un relato implica personajes y un narrador que lo cuente. Un relato
310 requiere un reparto de personajes que tienen cierto grado de libertad para actuar, tienen voluntad
311 propia, que además, poseen expectativas reconocibles acerca de la condición habitual del mundo,
312 aunque pueden no estar conscientes de ellas o ser enigmáticas. En un relato, estos personajes se
313 ven involucrados en alguna situación desequilibrada, actúan para enfrentarla, y valoran la acción
314 realizada por ellos y los demás personajes. También el relato precisa de la presencia de un
315 narrador que narra los acontecimientos. Asimismo, los personajes actúan en escenarios,
316 contextos sociales, espaciales, geográficos e históricos que le dan densidad a la historia.

317 La narrativa también se compone por el discurso el cual considera el relato, la expresión,
318 la presentación de la historia. Así, la narrativa está constituida por una serie de actos verbales,
319 simbólicos o conductuales que se hilvanan, como Bruner refiere, con el propósito de contarle a
320 alguien que ha sucedido algo. Las narrativas en los servicios de salud incluyen aquellas
321 construidas conjuntamente entre los participantes de la atención y el cuidado, a través de las
322 conversaciones.

323 Para desarrollar y comprender la narrativa se deben incorporar elementos como el contexto
324 social dentro del cual se relata la narrativa, las razones del narrador para contarla, la competencia
325 narrativa del narrador y la índole de la audiencia. Entendida como una actividad social (Maynard
326 & Heritage 2005) las narrativas y sus significados dependen del contexto donde emergen: en la
327 apertura de la relación profesional-usuario, en el desarrollo, en el cierre; en la presentación del
328 problema por parte del usuario, en las fases del interrogatorio, del diagnóstico, de la prescripción,

etcétera. Como también se ven influidas por el proceso de enfermedad-atención que ha vivido el usuario, por las relaciones asimétricas pero en constante disputa entre profesionales y usuarios (Heritage, & Maynard 2006). En salud estas narrativas construidas conjuntamente están fuertemente instituidas, con normas sociales de interacción que establecen quién, cómo, qué es legítimo relatarse. Estas normas conversacionales se enseñan en las facultades de salud, los usuarios son entrenados en varias ocasiones por la exposición a ella desde la infancia y las dos partes orientan la interacción reconociendo los límites internos de esta estructura con una considerable exactitud.

. ¿Sirve la narrativa en el campo de la salud?

En el campo de la salud, profesionales, usuarios y gestores hacen constantemente relatos de su experiencia de padecer o del trabajo en salud. Esto lo hacen en medio de conversaciones que van desde la entrevista médico-paciente, pasando por las historias sobre casos clínicos que se cuentan los médicos, o pláticas entre profesionales de primer nivel y especialistas en los hospitales sobre la referencia de un paciente, o sobre temas administrativos como los turnos de trabajo o la última reunión donde se tomaron decisiones laborales, o diálogos de los usuarios sobre su experiencia de enfermar o de ser atendidos o de sus propias prácticas para enfrentar la enfermedad. La atención en salud es una red de conversaciones (Texeira, 2003), de narraciones donde se entreteje el padecimiento, el trabajo y el cuidado.

Se observa que en la atención constantemente se están narrando acontecimientos, sin embargo, ¿cuál es su uso en el campo de la salud? Jerome Bruner (2003, p. 15) sugiere reformular este tipo de preguntas para estimular las posibles respuestas. Más bien las preguntas serían del tipo ¿qué se hace cuando se narra sobre la enfermedad o la atención? ¿Qué se gana o se pierde cuando se da un sentido al mundo, a la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado,

contando historias, usando el modo narrativo para interpretar la realidad?, ¿cómo se significan esos fenómenos?, ¿cómo se crean sus significados en el marco de la cultura del campo de la salud?

La narrativa constituye una modalidad de pensamiento, es una forma de organizar la experiencia de la enfermedad o del trabajo en los servicios. El relato modela el sentido de la atención que el profesional brinda y la percepción de los fenómenos de la salud, que a su vez dependen de las creencias y los valores, que se tenga sobre ella. Leer y escribir narraciones amplía la habilidad del paciente para pensar y aprender a encontrar significado al sufrimiento por su enfermedad, su dolor, a su sinsentido, como también la habilidad del trabajador de la salud a darle significado a su compromiso con los pacientes, a sus actividades clínicas o administrativas que realiza todos los días, y a integrar la información que proviene de fuentes tan diversas como la secretaria de salud como del familiar del paciente. Además, favorece la comunicación de calidad entre trabajadores de la salud y de estos con los usuarios, incrementa el desarrollo de las habilidades cognitivas y cognitivo-lingüísticas para aproximarse a un fenómeno tan complejo como la enfermedad, expandiendo el conocimiento del vocabulario para expresar en palabras su experiencia y comprometiendo la imaginación para formular alternativas, para el profesional ante su fracaso en tratamientos o del paciente frente a sus hábitos de vida.

Sin embargo, en la atención la escritura se ha limitado a la producción de cuadros clínicos estandarizados en los expedientes clínicos, o en reportes administrativos. Por lo tanto, debe orientarse como un proceso con propósitos comunicativos y creativos, en el que se destaque la manera de enfrentarse a los problemas de la enfermedad y del cuidado, la explicación narrativa, la descripción del mundo mental de los personajes y la relación entre los detalles y el sentido global del texto.

Alienación, autonomía y narrativas

Ahora, la propuesta de los autores consiste en usar las narrativas como un medio de reflexión, aprendizaje y transformación de las prácticas propias del proceso de trabajo en salud, de la atención y el cuidado, para debilitar su alienación, el sufrimiento de profesionales y usuarios. En pocas palabras humanizar la atención y el cuidado en salud. Su consecuencia será el mejoramiento de la práctica clínica de los profesionales, el robustecimiento del trabajo en equipo, el abordaje multidisciplinario de la enfermedad como un fenómeno complejo, es decir, avanzar en la clínica ampliada propuesta por Wagner de Sousa Santos (2001). En el siguiente apartado se aborda cómo se debe entender ese proceso de trabajo en salud y su relación con las narrativas.

Como bien lo señala Gomes y Shraiber (2011), la producción teórica crítica latinoamericana sobre la atención en salud se ha dirigido hacia las transformaciones en los procesos de trabajo en salud y hacia políticas de gestión, arreglos organizacionales y modelos tecnoasistenciales. Las primeras producciones se han enfocado hacia el desentrañamiento de las tecnologías relacionales e intersubjetivas en el proceso de trabajo reubicándolas en un rol central y articulador de las demás tecnologías como equipamientos, fármacos, insumos, infraestructura; con el objeto de trabajo: enfermedad y sufrimiento de individuos y colectivos, con el objetivo del trabajo en salud: autonomía del enfermo, con el producto: la cura y la prevención; y con las relaciones sociales que se establecen con los otros trabajadores, llámense directivos, gerentes, operativos o de servicios generales. Mientras la segunda corriente teórica se ha dirigido hacia la conformación de ciudadanía y corresponsabilidad en salud, la democratización de la gestión y la autonomía de los sujetos en los procesos de atención.

Ambos caminos se han abierto en parte al afrontar un problema en común: la alienación del trabajo en salud. La alienación se refiere aquí a las objetivaciones del ser humano sobre su subjetividad; cuando aparecen como extrañas o contradictorias con la imagen propia. De esta manera, las cosas y relaciones sociales ganan autonomía, siendo hostiles a su creador, imponiéndoles restricciones a su vida (Marx, 2006). El humano ve a las objetivaciones de su subjetividad como extrañas, ajenas y no se reconoce en ellas. Al hacerse extrañas y hostiles las cosas y relaciones sociales que construye el sujeto, limita sus capacidades humanas potenciales dado su contexto y el desarrollo del género humano (Gomes y Schraiber, 2011).

Uno de los ámbitos de objetivación y alienación más importantes es el trabajo, el cual debería ser el vínculo entre el individuo y el género humano. En cambio, el trabajo alienado se torna en un simple medio individual para garantizar la sobrevivencia particular. Cuando se aliena de él, el trabajo produce sufrimiento, y el trabajador solo es pleno cuando recibe su pago para consumir, es decir, el trabajo tiene sentido por lo que se hace fuera del trabajo (Marx, 2006). En la alienación las subjetividades del ser humano sobre su objeto de trabajo, sobre las tecnologías que emplea, de los productos que crea y de las relaciones sociales que teje son reducidas al máximo, y definidas principalmente desde el exterior. De esta forma, las cosas y las relaciones sociales en el trabajo sujetan al sujeto, lo limitan, reducen su autonomía y más bien conducen a una heteronomía, es decir, las normas que definen el trabajo del sujeto son dadas externamente y de manera coercitiva.

Según Gomes y Schraiber (2011), hay dos fenómenos en el campo de la salud que tienen potencial alienador o humanizador del proceso de trabajo, el primero es el desarrollo tecnológico científico y el segundo la constitución y consolidación de las instituciones de salud. Se puede encontrar tanto un factor de humanización en el desarrollo tecno científico ya que puede

promover las capacidades humanas de aprehensión e intervención sobre la naturaleza y el mundo. Pero al mismo tiempo un factor de alienación, en tanto las ciencias no son neutras en relación a las relaciones sociales hegemónicas, sino determinadas por ellas. Así, los avances tecno científicos han favorecido la medicalización de lo social, una naturalización del proceso salud enfermedad, y por ende la ocultación de sus dimensiones sociales, las formas de sufrimiento y las diversas formas de experiencia del padecimiento. Detrás lo que se evidencia es el interés de los productores de las industrias médicas, fármacos, equipos, insumos, etc. que son determinantes de las relaciones entre los sujetos y sus tecnológicas, la pérdida de centralidad de los sujetos y la reificación de los instrumentos.

En cuanto a las relaciones entre los procesos de constitución y consolidación de las instituciones de salud, tienen importantes implicaciones sobre el hacer autodeterminado de los sujetos constituyentes de prácticas en salud. Por un lado, se constituyen en factores de alienación ya que exigen la subordinación de los sujetos a dinámicas sobre las cuales estos tienen cada vez menos control. Se expresa en una pérdida de la autonomía técnica, un aumento del control gerencial, una utilización acrítica y descontextualizada de guías de práctica clínica, protocolos, rutas de atención y rutinas y en la realización sin sentido de procesos clínicos y administrativos. Sin embargo, las instituciones de salud tienen un factor humanizador, pues pueden generar procesos de reflexividad sobre el trabajo en salud, que potencian la creatividad, correlacionado por la imposibilidad de estandarizar su objeto de trabajo, el sufrimiento humano, y la incerteza de su práctica, una clínica que varía de caso a caso.

No obstante, los trabajadores de la salud al estar imbuidos en su cotidianidad no tienen conciencia de la alienación de su trabajo, de su individualismo y su naturalización. No la perciben ni valoran como un atributo de la vida humana, ni como una forma de trabajar

444 impuesta. En las reflexiones de los trabajadores de la salud prima el sentido común, la
445 espontaneidad, el pragmatismo, la sobregeneralización, y la falta de creatividad en las
446 alternativas que proponen.

447 Sin embargo, estas apuestas teóricas sobre el proceso de trabajo en salud y la gestión se
448 dirigen a subrayar el papel de actor de un sujeto que aparece en un primer momento sujetado,
449 pero que pueden ser más que espectadores de su propio trabajo, que realizan mecánica y
450 burocráticamente. A pesar de las restricciones que les impone el campo social de la salud, las
451 reglas de juego que se establecen para simplemente permanecer o participar o moverse en él,
452 existe un grado de libertad para que ellos puedan transformar esas reglas de juego y constituirse
453 en sujetos más autónomos.

454 Cabe señalar un matiz en cuanto a cómo se entiende aquí la autonomía médica. La
455 autonomía médica ha sido señalada desde posiciones críticas (Schraiber, 1993) y desde las
456 hegemónicas (BM, 1993) como fuente de problemas para la atención, por los intereses gremiales
457 y de las industrias médicas que conlleva. Desde un punto de vista ético político Levinas, como lo
458 presenta Bárcena (2000), sugiere incorporar previamente al otro para generar una autonomía no
459 problemática, mediante la responsabilización del trabajador de la salud por el sufrimiento del
460 sujeto enfermo. Así, antes de pensar en la autonomía del profesional éste debe hacerse
461 responsable por el sufrimiento del usuario de los servicios. Esto sugiere tanto la creación de un
462 vínculo estrecho entre usuario y trabajador como también un cambio en las relaciones de poder
463 entre ellos. Es decir, antes de la autonomía debe haber heteronomía por el otro que tiene un
464 rostro, un sujeto concreto, particular e histórico que sufre y necesita la atención y que el
465 trabajador debe desvelarse y cuidar de él o ella, de su padecimiento y dolencia, no limitado a los
466 aspectos biológicos de la enfermedad, sino incluyendo su punto de vista en busca de la

467 democratización de la atención. El otro que sufre debe estar antes de mi autonomía como
468 trabajador de la salud y esa es una posición ética.

469 En este marco, las apuestas teóricas para evitar la alienación desde una perspectiva ética,
470 se dirigen a fortalecer las tecnologías relacionales y dialógicas, a que el trabajo vivo en acto,
471 como lo señala Merhy (2006), sea el centro de la atención. En este sentido, Texeira (2006)
472 propone que la substancia del trabajo en salud es la conversación. Esta perspectiva coincide con
473 la de Gadamer (1997) quien había planteado, desde el terreno de la discusión entre mito y razón,
474 que la esencia humana se realiza, precisamente, en la conversación. La conversación ayuda al
475 enfermo a mitigar la autoexclusión que él mismo se impone debido a su propia enfermedad
476 Gadamer (2001). Al interior de una unidad de salud lo que más se realiza son conversaciones y
477 cuando no son exclusivamente conversaciones acompañan durante, antes o después otros
478 procedimientos que se realizan en el servicio. Conversaciones que pueden ser individuales o en
479 grupo. Para Texeira afirmar que la conversación es la sustancia de la atención es reconocer desde
480 un principio que el trabajo sobre el padecimiento es conjunto entre trabajador y usuario, y que la
481 enfermedad desborda sus aspectos biológicos e incluye la complejidad del sufrimiento. Por tanto,
482 busca la simetría en las relaciones de poder entre ambos, permitiendo la responsabilización del
483 primero al escuchar activamente y crear vínculos con el usuario.

484 En la interacción de los profesionales con los usuarios se ponen en juego la posición de
485 poder del profesional y la agencia del usuario; de ello emerge una narrativa conjunta. El
486 profesional puede o no ceder, a momentos, el control de la relación permitiéndole al usuario
487 significar, en mayor o en menor medida, aspectos del problema que lo ha llevado a la consulta.
488 Por su parte, el usuario puede o no ejercer su competencia comunicativa para aportar elementos a
489 la narrativa conjunta. Autores como Vickers, Goble, & Lindfelt, (2012) demuestran que en ese

juego dinámico, la narrativa conjunta puede conducir hacia una información u otra y, a su vez, establecer unos síntomas, diagnósticos y tratamientos; u otros. Cuando el profesional de salud permite las aportaciones del paciente, se genera entre ambos una narrativa que puede configurar un mejor horizonte para la recuperación de la salud o la mejoría del enfermo. Los investigadores observaron, sin embargo, una mayor precisión cuando el médico ejerce más control de la narrativa. Ambas posibilidades, finalmente, ofrecen ventajas y desventajas. En este artículo, por obvias razones, se resaltan los efectos benéficos de las narrativas que recogen las impresiones de los pacientes, sin negar la importancia, en casos específicos, de la precisión diagnóstica.

Las conversaciones realizadas en las unidades médicas, son producción de relatos, de narrativas sobre el trabajo, sobre la enfermedad, sobre el cuidado, sobre la salud, por parte de gestores, de los trabajadores y de los usuarios. Para Maynard & Heritage (2005) el análisis de las conversaciones ayuda a los médicos a comprender mejor su propio desempeño y el desenvolvimiento de sus pacientes en relación con el suyo propio. Sin embargo, estos relatos poco se consideran como herramienta para el trabajo clínico, para mejorar el diagnóstico y hacer más adecuado el tratamiento, o para reflexionar sobre el propio trabajo por parte de los profesionales de la salud. Es decir, los relatos se desestiman como tecnologías relacionales que potenciarían la reflexividad para mejorar la clínica y atenuar la alienación en el proceso de trabajo. A pesar de la importancia de estas tecnologías dialógicas en la atención estas no son consideradas con el debido interés, pues se ha naturalizado la hegemonía de una conversación dirigida, limitante y jerárquica de los trabajadores de la salud o los gestores y subordinado las formas más coloquiales que usan los usuarios para hablar de su enfermedad o los trabajadores de su cotidianidad laboral.

513

514

515

516

517

518

Rango de aplicación del método**Narrativa, alienación y reflexividad del proceso de trabajo en salud**

Las narrativas pueden propiciar reflexiones sobre la complejidad del trabajo médico cuando aparece tan fragmentado y aplanado por un solo punto de vista hegemónico, el del médico que se sujeta a su rol. Las narrativas pueden ayudar a reflexionar y aprender sobre el objeto de trabajo, o sea, la enfermedad, el padecimiento, el sufrimiento, pues aborda otros aspectos extra biológicos que son parte de la vivencia del enfermo y del contexto en donde se enfermó. Esto puede llevar a reflexiones profundas del sujeto con su enfermedad y del profesional en su relación y responsabilidad con el enfermo, sea individual o un sujeto colectivo.

Las narrativas pueden transformar las tecnologías: es el sujeto quien utiliza las tecnologías a partir del sentido que le da en situaciones concretas y por tanto, puede hacer un uso adecuado o no a las necesidades de los usuarios. Por tanto, la narrativa puede producir reflexiones en el profesional y en los enfermos, sobre el rol de las tecnologías en salud, llámense equipamientos, medicamentos, o pruebas complementarias, y cómo deben ser utilizadas para los acontecimientos concretos y singulares en el que se da la enfermedad y la atención. De la misma forma, puede generar reflexiones en los profesionales sobre las normas, protocolos, estandarizaciones, evaluaciones, supervisiones y otras formas de control de su trabajo, para su ajuste a las necesidades concretas de los pacientes singulares.

Las narrativas pueden transformar las formas de relación e interacción entre los trabajadores. La narrativa permite poner sobre el tapete las relaciones de poder que se ejercen en las organizaciones de salud, las fragmentaciones y sobre especialización del trabajo, las formas como se expresan en el día a día y cómo puede afectar la atención, especialmente a través del trabajo en equipo infructuoso.

Además, las narrativas a la par que transforman el proceso de trabajo en salud, transforman a los sujetos participantes de la atención y el cuidado. Como se verá más adelante las narrativas construyen la identidad de los sujetos. Cambiar los relatos sobre el trabajo o la enfermedad puede modificar la construcción que hago de mi yo, por tanto mi identidad como trabajador o como enfermo.

A continuación, se presentan algunos usos que pueden tener las narrativas en salud con base en lo propuesto por Bruner (Bruner, 2003; Siciliani, 2014):

- Narrar en salud es un acto interpretativo que hace del relato una versión de una práctica de la atención o la enfermedad:

En las narraciones hay una imposibilidad de la neutralidad: siempre se narra desde un punto de vista específico, desde una ubicación temporal, socio cultural y espacial de quien construye la narración. La experiencia del enfermo o del trabajador siempre la narra desde su perspectiva, no es objetiva o neutral. De esta forma, en salud nunca se narra teniendo el punto de vista de dios, llámese usuario, profesional o gestor, uno que abarque la totalidad, sino desde perspectivas alternativas que dan la libertad de crear una visión correctamente pragmática de la realidad en salud. Es decir, el relato les permite crear y recrear los acontecimientos a los enfermos sobre el padecimiento o a los profesionales sobre el procedimiento clínico que realiza, para darle un sentido más cercano a sus propósitos, al contexto y a la situación que viven, en el momento de narrarlos.

La narrativa es de utilidad en salud si se reconocen las limitaciones de la información objetiva, de los datos, ampliándola al aprehender la complejidad del proceso salud, enfermedad, atención y cuidado, sus dimensiones sociales y culturales, sus aspectos históricos y del aquí y el

ahora. La objetividad deja por fuera una serie de dimensiones del fenómeno de la enfermedad y del proceso de trabajo en salud que deben ser abordadas incorporando la subjetividad y la experiencia. El relato favorece la interpretación en vez de una búsqueda por extraer datos sobre la normalidad biológica o enfatizar en el léxico de la hegemonía médica o en el acatamiento o no por parte del paciente de los tratamientos dictados desde el poder médico. Los relatos son interpretaciones, no son un develamiento de lo real y objetivo de la enfermedad o del trabajo médico, no son meras copias del mundo.

En la construcción y el relato de una narrativa hay siempre alguien que es un intérprete, situado entre nuestras experiencias y nuestros esfuerzos por entenderlas y describirlas. Quien escucha de forma comprometida y responsable la interpretación de quien narra su acontecimiento intenta colocarse en su lugar, en su perspectiva. Hacer el esfuerzo por interpretar desde la ubicación del otro, de forma comprometida y responsable, es una posición ética que debe extenderse entre los profesionales de la salud. A pesar de la imposibilidad de ubicarse exactamente en la posición del otro, cuando se trabaja con el sufrimiento de los pacientes se debe hacer un inmenso esfuerzo por tener un punto de vista similar, para comprender su experiencia y subjetividad. De la misma forma, el trabajar en equipos interdisciplinarios y avanzar en la democratización de la gestión de la atención, implica ejercicios de interpretación de este tipo. La narrativa aporta por lo tanto a concretar una posición ética del profesional de la salud, pues entrena en la escucha del otro, su historia, su sufrimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, el conflicto de interpretaciones aparece entre los participantes de la atención y el cuidado, como aparece cuando el otro irrumpe, especialmente el radicalmente otro, el que produce narrativas antagónicas a las propias poniendo en jaque los marcos perceptivos, apreciativos y valorativos con los que se vive, se enferma o se trabaja. Su

solución dependerá sobre todo de la función que dichos relatos cumplan con respecto a la persona y a la cultura de la salud, a las relaciones de poder, a las reglas de juego del campo social de la salud y las prácticas concretas. Un camino, es reconocer los múltiples puntos de vista, interpretaciones sobre el mismo fenómeno y que son las relaciones de poder las que establecen cual es el legítimo en un momento histórico determinado, y en paralelo facilita la legitimidad de otros que están en la sombra. Además, reconocer las formas como la construcción conjunta de narrativas entre los participantes del cuidado se estructuran de formas tales que permiten o bloquean la expresión del punto de vista del otro, generalmente el que detenta un menor ejercicio del poder (Heritage & Robinson 2006).

- Narrar en salud es un acto intencionado que orienta la acción del enfrentamiento del usuario con su padecimiento o del trabajador con su trabajo:

En la narrativa siempre hay indicios que dejan entrever la intencionalidad del relato para quien lo narra. La narración puede tener una intención estética pero también pragmática, o sea, el relato que hace un profesional o un usuario sobre la atención o su enfermedad, tiene un objetivo, aquello que pretendía al contar tal historia a tal oyente en tal circunstancia. Una narración tiene fuerza ilocutoria.

Se debe reconocer la intencionalidad de la narración en salud para comprender la complejidad del acto narrativo, situando la narración en el horizonte pragmático y así considerarlo como una oferta de mundo, de la atención, de la salud, que quien escucha puede acoger o rechazar. En este sentido, narrar es un acto intersubjetivo que se sitúa en el entrecruce de la comunicación entre el hablante y el receptor, el escribiente y el lector, y en salud entre todos los participantes de la atención y el cuidado, gestores, profesionales y usuarios, quienes

611 relatan sus experiencias unos a otros, oralmente o por escrito. Lo relatado por el trabajador de la
612 salud al usuario y viceversa puede ser consentido o refutado por el otro y eso es considerado por
613 quien relata en el momento de construcción de su narración para garantizar el logro de su
614 intención.

615 Como efecto, esa narración siempre intencionada puede producir nuevos significados
616 sobre quien escucha, pero también sobre quién relata. Así, en el acto de narrar reflexionado, el
617 usuario o el profesional al relatar, puede percatarse de los significados ocultos de su historia, las
618 aristas encubiertas del problema que aborda su relato, los vacíos y saltos mortales para entender
619 la complejidad de lo narrado. Quien escucha puede asimilar nuevas interpretaciones de un
620 mundo que asumía como dado, completo, cerrado. El relato puede suscitar en el oyente esa
621 apertura hacia los mundos narrativos que podrían revolucionarle su vida, su perspectiva sobre su
622 padecimiento, sobre su forma de hacer la clínica, sobre su trabajo administrativo.

623

- 624 • Narrar en salud es problematizar y promover otros mundos posibles de la
625 enfermedad y el trabajo en salud:

626 La narrativa no solo tiene una intencionalidad, sino que transforma el mundo. La narrativa en
627 salud es el relato de proyectos de usuarios y profesionales sobre su enfermedad y sobre la
628 atención y la gestión que han fracasado y por tanto, abren posibilidades de acción. En parte, estos
629 fracasos en la atención o en la gestión o en el autocuidado de los usuarios se dan porque en las
630 situaciones rutinarias de la enfermedad o el trabajo, ya no se perciben los problemas, se
631 rutinizan, y solo se convierten en tales cuando explotan y ya es muy tarde. Al hacerse rutina, se
632 naturalizan, se hacen parte del paisaje y no pueden reconocerse los problemas. Por otra, las
633 narrativas tratan sobre la incertidumbre, el riesgo, los sentimientos y emociones que le rodean,

que en muchas ocasiones bloquean la acción de quien los sufre, por tanto, abordarlas desde los relatos permite acotarlos a sus dimensiones y destrabar el pensamiento y la acción sobre ellos. Heritage, & Maynard (2006) señalan que las experiencias, sensibilidades, entendimientos y objetivos de los usuarios, esa subjetividad sobre su enfermedad reside, como un iceberg, principalmente por debajo de la superficie del diálogo fuertemente instituido. Se mantiene en esta condición sumergida por una combinación de falta de confianza del paciente y la autocensura y desatención y ofuscación del clínico y esto se naturaliza, no se vive con extrañeza sino como una situación obvia propia de la interacción entre los participantes de la atención.

Según Heritage, & Maynard (2006) en los estudios de la interacción entre profesionales y usuarios, se ha encontrado que dependiendo de la conversación que allí se establece los usuarios de los servicios en muchas ocasiones no mencionan sus principales preocupaciones, reducen la adherencia a tratamientos, aumentaba su insatisfacción, entre otras situaciones, o al revés, se intensificaban sus relatos sobre su enfermedad. Siguiendo a Heritage & Robinson (2006) se puede señalar que las narraciones de las preocupaciones de los usuarios son importantes porque puede afectar a los resultados de salud mediante la mejora del diagnóstico y el tratamiento y porque los pacientes con frecuencia tienen múltiples preocupaciones, que pueden ser de carácter biomédico, psicosocial, o de ambas naturalezas que solo pueden ser comprendidas en los relatos sobre su enfermedad.

Narrar en salud es el arte de transgredir lo banal, lo rutinario de la atención o el padecimiento, para exotizarlo. O sea, aquello que se hace rutina, paisaje, que ya no llama la atención, al narrarlo, al describirlo en su detalle y en su contexto se torna relevante, se ilumina, brilla, se destaca de todo lo demás. Haciéndose exótico se antepone al paisaje y puede problematizarse en su singularidad. Las narrativas tratan de lo cotidiano, del dolor diario del

657 enfermo, del usuario que se queja ante el medico porque no hay medicamentos, de las respuestas
658 ofensivas de los especialistas a los médicos generales por las referencias que hacen. Eso que
659 sucede día tras día y que se hizo costumbre, eso que es lo que siempre se ha hecho y se asume
660 que no vale la pena pensarlo. Muchas veces los problemas que se naturalizan, se normalizan, se
661 hacen rutina, dejan de valorarse como problemas, por ello las narrativas sirven para exotizar lo
662 común y lo que se hacía por inercia, ponerse en cuestión. Siguiendo a Bruner la misión de la
663 narrativa es subjuntivizar la realidad, pasar del modo indicativo al subjuntivo, que significa dotar
664 de extrañeza a lo familiar, ir de lo que es a lo que podría, considerar posibles lecturas y no
665 certidumbres.

666 Con la inercia los sujetos observan y narran los acontecimientos desde perspectivas
667 estereotipadas y generalizaciones que no permiten comprender la complejidad y las aristas de los
668 problemas. Están dominados por el ajetreo de la vida y el trabajo, donde se ven presionados por
669 el consumismo y la eficiencia de sus actos, y por tanto cada vez son menos capaces de que algo,
670 una historia, un suceso en el centro de salud o en su enfermedad, sea absolutamente nuevo, que
671 quede más allá de sus impresiones estereotipadas que solo producen soluciones también
672 estereotipadas e ineficaces. La narrativa alumbra aspectos inusuales a lo que se lee como familiar
673 y a lo habitual.

674 En un relato sobre acontecimientos y experiencias del proceso salud enfermedad
675 atención, se identifican problemas; eso lleva a buscar sus constituyentes relevantes, sus
676 determinantes y sus relaciones complejas. Lo banal de la atención o el padecimiento se llena de
677 relaciones muy ricas que muestran la complejidad del problema y lo que se requiere considerar
678 cuando se busca modificarlo. De esta forma, los participantes de la atención conocerán mejor los
679 problemas del trabajo y las condiciones laborales de los demás, o de la situación familiar o social

680 del paciente, y con ello comprenderán el porqué de sus prácticas en el trabajo o frente al
681 tratamiento o autocuidado.

682 Las narraciones estimulan la capacidad de ver el mundo cotidiano como algo que se
683 puede explorar infinitamente. Esto es posible al llenarse los relatos de detalles, de descripciones
684 densas, de los personajes de la trama, de las emociones, las sensaciones, de los problemas, del
685 escenario, de hacer sentir los olores del quirófano, de describir un dolor punzante que su
686 personaje reclama, de comprender el tedio que siente el médico ante las pilas de documentos
687 administrativos que debe llenar o la angustia ante circunstancias de la gestión o de la vida de su
688 paciente que quedan más allá de su alcance. Para ello el profesional o el usuario deberá generar
689 una aguda capacidad descriptiva para hablar de lo que parece intrascendente en la enfermedad,
690 en la atención y el cuidado.

691 A partir de esa densidad narrativa del detalle, de los acontecimientos, de la descripción
692 fina de los personajes, el relato permite también reflexionar sobre eso cotidiano, y explorarlo
693 desde distintas perspectivas, darle otras interpretaciones, y así problematizarlo. Narrar sobre la
694 rutina nos permite estar atentos a sus desviaciones y no acostumbrarnos a la inercia. De esta
695 forma, allí donde surge el adormecimiento ante la monotonía, la atención se especializa en
696 mantener la alerta frente a las desviaciones de lo que es usanza, a la emergencia de lo inesperado
697 y no dejarlo escapar. Es transformar la realidad cotidiana en algo novedoso, hacerlo exótico y
698 repleto de misterio.

699 De la misma forma, a la par que tratan sobre la cotidianidad, las narrativas tratan sobre la
700 incertidumbre. El incremento de esa incertidumbre, exponenciada en la modernidad líquida
701 actual (Bauman, 2002), el fracaso, y la frustración, miedos y enojos que la conllevan, son
702 tratados en las narrativas. Las narrativas abordan las formas como profesionales o usuarios

703 manejan la zozobra ante lo inesperado de la enfermedad, de un tratamiento sin cura a corto plazo,
704 de acuerdos de gestión que no se cumplen. Se dirigen a apaciguar esa ansiedad y la angustia de
705 lo incontrolable de enfrentarse a la muerte, al error en el trabajo, a trabajar con otros que
706 desconozco y que pienso me quieren hacer daño o no les importa continuar con el trabajo
707 conjunto. Aprender a jugar con posibilidades, a hacer apuestas, puede ser orientado a través de la
708 narración de historias posibles, pues, contar historias y compartirlas adiestra a profesionales y
709 pacientes para imaginar qué podría ocurrir si... (Bruner, 2003, pp. 51-52).

710 A pesar de la importancia de lo real, familiar y cotidiano, el relato no puede permanecer
711 allí, pues su sitio es lo posible. Narrar es sobre todo imaginar, transgredir el orden normalizado
712 de las cosas, es trascender la irresistible tiranía de lo obvio o lo evidente (Siciliani, 2014). La
713 herramienta clave del proceso de subjuntivizar es la imaginación. Así, el narrador, por un lado,
714 está anclado en la realidad, y, por otro, se desapega de ella y piensa que las cosas no tienen que
715 ser así, que se puede vivir su enfermedad o atender al paciente crónico o gestionar los servicios
716 de otro modo, que el pasado que nos determina no es inexorable y que hay margen para la
717 libertad. Para Bruner (2003) la imaginación es, la sustancia del arte connotativo del relato.

718 No es un imaginario desbordado sino una tensión profunda y permanente entre lo familiar
719 y lo posible. La articulación entre realidad e imaginación, que promueve pensar mundos de la
720 enfermedad y la atención posibles, tiene distintos equilibrios en la crónica, el cuento, la novela,
721 etc. (Siciliani, 2014). Bruner habla de la dialéctica de lo consolidado y lo posible. La ficción
722 literaria, aunque se comporte como lo familiar, tiene el objetivo de superarlo para adentrarse en
723 el reino de lo posible, de lo que podría ser/haber sido/acaso ser en el futuro. En la narrativa hay
724 una dialéctica entre las normas y lo humanamente posible.

El relato al iluminar los problemas de la incertidumbre o del cotidiano ofrece el modo de domeñar su error y la sorpresa. Al convertir la rutina de la enfermedad o la atención o la incertidumbre de un tratamiento o de una acción del equipo de trabajo, en géneros como la comedia, la crónica, la tragedia, la novela de aventuras, la ironía, etc. aligera lo punzante de lo fortuito y pueden reafirmar una especie de sabiduría convencional respecto de aquello cuyo fracaso se puede prever y de lo que se podría hacer para volverlo a sus cauces o para dominarlo.

La habilidad narrativa consistirá en lograr esa magia de abrirle al oyente y al narrador esas nuevas perspectivas, a través del impulso metafórico del relato y el encanto de sus tramas, de los aspectos literarios de la narrativa, capaces de producir nuevos significados. Es decir, al introducir en un relato metáforas sobre la situación, las cosas o los personajes, se logra complejizarla, verla en una multitud de dimensiones que no se consideraban mediante relatos más planos, los meramente técnicos u objetivos. Es basar la transformación en avanzar desde una historia incompleta hasta otra más compleja y exigente, que se gana estableciendo la relación o coherencia entre los hechos, los personajes, sus intenciones, etc. que hace avanzar la historia en el tiempo.

La narrativa es un entramado de ciencia y arte, por tanto, da lugar a la creatividad y la imaginación tan caros para abordar los problemas de la rutina y cotidianidad de las instituciones de salud que repiten hasta el cansancio los mismos diagnósticos situacionales como sus soluciones.

Además, la narración influye en el desarrollo de capacidades intelectuales como la imaginación. De esta forma, capacita a usuarios, profesionales y gestores a construir alternativas ante los fracasos de su experiencia de enfermarse, de su práctica clínica o de la gestión de un servicio. Contar historias y compartirlas adiestra para imaginar qué podría ocurrir si... La

imaginación se debe cultivar porque ayuda a vivir e interpretar la cotidianidad y a enfrentarla con maniobras alternativas a las que comúnmente se realizan y han fracasado. Cuando se permite expresar todo esto se fomenta el pensamiento divergente, la imaginación, la fantasía y la creatividad.

Por tanto, las narrativas son un valioso instrumento transformador que permiten comprender el mundo, la atención, la enfermedad de nuevas maneras, tanto para quien crea la narrativa como para quien la escucha. También sirven para reflexionar a quien escribe sobre la intención y el sentido de sus prácticas y por tanto de abrirle la posibilidad de narrar otras, de nuevas orientaciones y significados acerca de la situación que narra.

- Narrar en salud es una forma con la cual el profesional o la persona enferma construye su identidad:

Desde una perspectiva construccionista (Gergen, 2007) el yo no tiene una esencia, una substancia la cual el lenguaje simplemente expresaría, sino que es a través del lenguaje que el yo entra en un proceso constante de construcción. La identidad se construye a partir de lo que el sujeto narra acerca de sí a los otros y a sí mismo. Construye y reconstruye continuamente al yo a través de narrativas, según lo requieren las situaciones en la que se encuentra, con la guía de sus recuerdos del pasado, de sus experiencias y miedos, y proyectos para el futuro. Bruner afirma que sin la capacidad de contar historias sobre nosotros mismos no existiría una cosa como la identidad (Bruner, 2003, p. 122). La identidad profesional en salud se construye al relatar historias sobre el aprendizaje, sobre el trabajo diario, sobre los casos vistos, sobre los fracasos y los éxitos clínicos. De la misma forma, un sujeto con una enfermedad crónica construye también su identidad a partir de las historias que cuenta sobre sí mismo en su relación con su

padecimiento, con su experiencia vivida del dolor, del conocimiento sobre su enfermedad, y de historias que escucha de otros similares a él.

Como se vive y experimenta la vida en múltiples contextos y en tiempos distintos, la experiencia también puede ser confusa y fragmentada. La narración buscaría entretejer esa fragmentación, darle coherencia. La identidad más que un ejercicio terminado, cerrado, sería pues el acto mismo de tejer (Dreier, 2005) mediante la narración la multiplicidad de experiencias que se viven para darles sentido a preguntas como quién es el sujeto y quién quiere ser. El profesional no es solo profesional, sino también es padre, es ciudadano, etc. de la misma forma el sujeto enfermo. Y ambos tejen quiénes son o quiénes quieren ser al relatar historias sobre su trabajo o su padecimiento.

El Yo, no es una realidad monolítica, definida de una vez por todas, sino un incesante proceso mediante infinitas formas de narración de cada una de nuestras historias, dados los lazos que la memoria y la cultura nos imponen y nos limitan, lazos de los que muchas veces no somos conscientes (Bruner, 2003, p. 93). El Yo se construye considerando las limitaciones de la cultura, del lenguaje, de las narrativas. La identidad profesional se construye a partir de la cultura médica o de enfermería etc. que haya en una sociedad concreta y de sus formas de narrar que le son permitidas. Lo mismo podría decirse de la identidad de un sujeto que la construye considerando la enfermedad que padece y de las limitaciones de los relatos que cuenta.

- Narrar en salud es una actividad que modela la mente del ser humano y el conocimiento sobre la salud la enfermedad, la atención y el cuidado:

Siguiendo una línea de reflexión sobre la narración y el pensamiento, cabe preguntarse si la narración se le impone al pensamiento o si el pensamiento se le impone a la narración. Se

puede afirmar que la narrativa modela el pensamiento como instrumento de percepción, valoración en el mundo. La forma como se narran los episodios de la salud y la enfermedad, del cuerpo o el cuidado, define al mismo tiempo la percepción y valoraciones que se les asigna. Como nos aclara (Bruner, 2003, p. 48) la etimología de narrar deriva del narrare latino, y de gnarus, que es aquel que sabe de un modo particular; lo que nos hace pensar que relatar implica inmediatamente un modo de conocer, en una mezcla inextricable.

Cuando se enfrenta una situación se domina su sentido contando historias que la hacen razonable. Las estructuras narrativas son usadas cotidianamente para pensar sobre los padecimientos o las dietas que emprenden las personas o los fracasos clínicos que enfrentan. Al escribir una narración sobre estos temas, se exige al sujeto tener la representación mental de lo que desea comunicar, que le permite como narrador visualizar lo que va a narrar y le prepara para darle sentido a aquello que quiere decir. Así, las personas dan forma a su pensamiento a través de las maneras como construyen sus narrativas. Por lo tanto, las narrativas no solo cuentan una realidad externa de la salud-atención sino que la modelan, determinan flexiblemente sus pensamientos sobre la enfermedad o su trabajo en salud. El arte, no solo observa la salud, enfermedad, atención y cuidado, sino que modela los pensamientos, las percepciones, apreciaciones y valoraciones sobre ellas.

De esta forma, cambiar la narrativa o su estructura puede conllevar a un cambio en la forma como se conoce, se percibe, se valora la enfermedad o el trabajo en salud. Modificar la narrativa cambia el punto de vista, lo hace más complejo y por ende más rico para actuar con mayor contundencia sobre él.

La narrativa en salud se puede distinguir en dos registros. El primero más descriptivo, más factual, más de la acción. Es una parte crucial, pues sin ella no habría que contar. El inicio

de la enfermedad, lo que se hizo, quién participó, qué se dijo, cómo se desarrolló, las visitas al médico, los tratamientos, medicamentos, los problemas de acceso, las esperas, las consecuencias, etc. El segundo más hermenéutico, gira en torno a los pensamientos, los sentimientos, los afectos, la intimidad de los protagonistas del relato (Bruner, 2003, p. 46). Alude a los sentidos con los que los actores viven esas acciones: cómo sienten la enfermedad, cómo viven el sufrimiento, cómo piensan las causas o los malestares, cómo estar enfermo o ser tratado despiertan en ellos temores, esperanzas, ilusiones. Para Bruner, las buenas historias nunca separan esos dos paisajes. Forma parte de las historias bien construidas mantener estos dos paisajes imbricados, de modo que no se puedan separar quien conoce y lo conocido (Bruner, 2003, p. 47).

Asimismo, narrar en salud es uno de los modos de conocimiento que necesita complementación, tanto de las ciencias médicas como de las ciencias sociales en salud. El conocimiento narrativo no es suficiente, pues también necesita de conocimientos que se ocupen de verificar las proposiciones bien formuladas acerca de cómo son las cosas, más pragmática en un momento, más científica en otro. Es decir, la narrativa en salud puede complementarse con el conocimiento científico, que se encargue de las causas generales de la enfermedad o la atención dirigida por hipótesis de sus principios, que emplea categorización, un lenguaje regulado por requisitos de coherencia y no contradicción, conexiones formales y referencias verificables; con este tipo de pensamiento se resuelve la mayoría de los problemas prácticos de la vida diaria del enfermo y del profesional de la salud. El problema es que para muchas personas el conocimiento científico es el único válido para acercarse al proceso salud enfermedad atención cuidado.

Lo que se busca es articular esos dos modos de conocimiento. Se busca que entre los médicos se propicie una actitud diferente hacia las historias de sus pacientes, que entre los

840 enfermos haya una postura distinta sobre su enfermedad y su tratamiento, que los médicos
841 comprendan de otra forma sus relaciones con sus compañeros de trabajo y con las tecnologías
842 que emplean. Mediante esta negociación horizontal de conocimientos se esboza toda una ética
843 narrativa. Así por ejemplo, en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Escuela de Medicina de
844 Nueva York se hizo un programa que distinguió entre historia clínica factual: temperatura,
845 presión arterial, etcétera, e historia de vida: problemas existenciales de los pacientes, angustias,
846 temores, etcétera, para que no las siguieran confundiendo. Mediante este tipo de experiencias se
847 busca hacer a los estudiantes de medicina más conscientes, saber el entramado que se teje de una
848 para la otra y reconocer sus implicaciones para su práctica, para tomar mejores decisiones
849 clínicas, para comprometerse más con los pacientes, para evitar la enajenación del producto de su
850 trabajo. Obviamente esto aplica no solamente a médicos sino cualquiera que trabaje con
851 pacientes.

852 De la misma forma, la narrativa requiere complementarse con las ciencias sociales y
853 humanas, que permiten darle nuevos contenidos y complejizar el problema de la enfermedad y
854 del trabajo en salud. La historia, la antropología, la sociología, la psicología social, la filosofía de
855 la salud, puede aportar muchos elementos para reflexionar antes, durante o después del acto
856 narrativo, sobre la salud o el trabajo en salud, darle nuevas entradas al problema, nuevas aristas,
857 nuevas alternativas de solución. Estas ciencias podrían aportar para sacar al profesional o al
858 sujeto enfermo de su rutina y ver desde otro lado su situación.

859 El cuento, la crónica y la autobiografía, dentro de las creaciones literarias, presentan
860 varias ventajas tales como ofrecer elementos artísticos, reales, contextuales y científicos, lo que
861 facilita su uso para distintos fines, como el estético, el psicosocial y el didáctico, como también
862 favorecería cambios en el proceso de trabajo de los profesionales de la salud.

863

- 864 • Narrar en salud es una forma de aprehender y dar sentido a la realidad de la
865 enfermedad y la atención:

866 ¿Cuál es la relación de la narración con la realidad? Siguiendo a Bruner, se consideran
867 dos elementos: el poder que tiene el relato para referirse a ciertas realidades concretas de la
868 enfermedad o del trabajo en las unidades de salud, y, el segundo, el relato tiene el poder de
869 concretizar, vía la metáfora, esas realidades que de otra forma quedarían en la penumbra, como
870 esa experiencia misma de enfermarse, el dolor, el sufrimiento que se entiende mejor a través de
871 una metáfora.

872 Narrar en salud es un arte connotativo-simbólico cultural, el cual más que describir la
873 realidad, lo que busca es otorgarle un sentido. En este sentido, el relato no es un simple
874 entretijamiento de circunstancias, sino que refleja una forma básica y poderosa de dar sentido al
875 mundo y a la experiencia. La narración en salud es una forma de expresión humana que no busca
876 describir el padecimiento, sus consecuencias o sus causas, en cuanto tal, sino el significado, la
877 connotación, que pueden tener para las personas, llámense enfermo o cuidador, o familiar o
878 profesional de la salud, en una cultura determinada.

879 Las narrativas simbolizan el mundo más allá de las cosas específicas a las que se refieren
880 directamente, especialmente a través de la metáfora. El relato crea sentido de la enfermedad y del
881 trabajo en salud al simbolizar metafóricamente la realidad para transfigurarla: es el obsesivo
882 poder de la metáfora el que da al relato su impulso más allá de lo específico, su impulso
883 metafórico (Bruner, 2003, p. 46). Por otra parte, los sucesos de la experiencia no tienen por sí
884 mismos una conexión inmediata y sistemática con lo que se piensa de ellos, se ubican uno detrás

885 de otro en una secuencia temporal y solo a través de esta estructura narrativa las reflexiones
886 adquieren sentido y empiezan a asumir la forma de un relato.

887 El cambio de sentido de una narración es una posible solución a los problemas de la
888 atención o la enfermedad. La gran narrativa es una invitación a encontrar problemas, no una
889 lección acerca de cómo resolverlos. Sin embargo, modificar el sentido de una historia puede ser
890 en sí mismo la solución a un problema. Es el talento narrativo el que nos da la capacidad de
891 encontrar un sentido en las cosas cuando no lo tienen y por tanto debe promoverse.

892

- 893 • Narrar es una actividad que modela la experiencia de enfermarse y de trabajar en
894 salud:

895 Es por el relato que la experiencia de padecer una enfermedad como la diabetes o de
896 trabajar en promoción de la salud llega a ser experiencia, es decir, al ser contada, permite no solo
897 recordar esa realidad pasada sino definir las cualidades de ese recuerdo y la potencial reflexión
898 para la vida, para enfrentar el devenir de la enfermedad o el trabajo.

899 La experiencia además de recordar la vivencia permite reflexionar sobre ella y actuar para
900 enfrentar nuevas situaciones en el futuro. A partir de la experiencia la narrativa le da un orden
901 razonable a los acontecimientos que se viven. Las narrativas en salud permiten asignarles un
902 sentido a los acontecimientos de la atención o de su padecimiento invistiéndolas de coherencia,
903 integridad, amplitud y conclusión. Además, en la misma narración sobre las decepciones
904 pasadas, sus cualidades y efectos, también da pistas sobre qué hacer cuando se enfrenta una
905 situación similar, qué elementos tener en cuenta para aproximarse a ella, qué no hacer, qué hacer
906 para sortear con más éxito sus dificultades.

A través de un diálogo narrativo entre reflexión e interpretación de la experiencia dicha, la experiencia se transforma en saber para la salud, para enfrentar los nuevos acontecimientos y situaciones que suceden sobre su cuerpo y sufrimiento, sobre el proceso de trabajo en salud, sobre sus objetos, sus tecnologías, sus relaciones sociales y de poder, sus productos, con toda su variedad y riqueza. El conocimiento en salud basado en la experiencia es un conocimiento que se relata.

Por un lado, los profesionales de la salud, que trabajan con gente suelen codificar sus experiencias en forma narrativa. Con frecuencia utilizan historias de caso y explicaciones narrativas, sobre su relación con los pacientes, con los compañeros de trabajo o con los gestores, siendo a veces narraciones estructuradas por una narrativa médica muy estandarizada, pero también pueden ser narrativas caóticas, impredecibles y multidimensionales, las cuales permiten aproximarse desde otros puntos de vista a la incertidumbre y mostrar la luz en las sombras que produce la rutina. Bajo ambas formas narrativas los profesionales al representar logran poner cierto orden en el caos y proyectan un determinado nivel de saber práctico que informa sus acciones. Así, producir narraciones estructuradas y entretrejerlas con otras más caóticas pero multidimensionales permite hacer interpretaciones insospechadas, que pueden generar soluciones novedosas y con ellos ganar en experiencia de las vivencias cotidianas.

- Narrar en salud es una actividad intersubjetiva radicalmente cultural:

Se entiende la cultura como las prácticas sociales ejercidas por un colectivo, en un campo social determinado, que tiene unas reglas de juego establecidas y en colusión con unas disposiciones de los sujetos incorporadas por su trayectoria individual y social (Martínez & Perdomo, 2014). De la misma forma se considera que la narración es en sí misma una práctica

social. En ese sentido entendemos en los colectivos por medio de relatos proponen modos de convencionalización, reglas de juego y al mismo tiempo los sujetos usan los relatos como estrategias para enfrentar los desequilibrios y los conflictos de poder e intereses que hay en los campos sociales. Cada campo social tiene su forma hegemónica de construir relatos, que permiten tener una cierta perspectiva sobre la realidad. Como práctica social, la narrativa es estructurada por el campo social de la salud, pero a la vez le da estructura al campo. Así por ejemplo, en el campo social de la salud, los relatos dominantes son los contruidos desde la biomedicina, con un fuerte componente individual, ahistórico, biologicista, y como se ha señalado son más estandarizados y racionales en términos instrumentales. Los otros relatos, dados por los legos, se componen de un abanico más amplio de relaciones entre la enfermedad, el cuerpo, su trayectoria y proyectos de vida, sus relaciones sociales, entre otros, son reducidos en el diálogo con los profesionales de la salud al biomédico. Los relatos de los pacientes son menospreciados y no entran en el mundo narrativo del campo. Los profesionales de la salud tienen una ceguera narrativa. Y cuando ambos relatos se cuentan, pueden reproducir la estructura del campo de la salud o transformarla.

El relato biomédico trata de controlar la experiencia del enfermo al reducirla a los ámbitos biológicos que domina, sin embargo, el enfermo resiste a ese relato con mayor o menor éxito y construye su propio sentido. El control social es imperfecto, y el individuo no se deja fácilmente atrapar, el sujeto sujetado siempre es un mal sujeto. La cultura deja siempre ciertos márgenes de libertad, más allá de las reglas del campo de los habitus inculcados, que permiten construir la unicidad individual.

Para Bruner la intersubjetividad trata sobre cierta capacidad de los humanos para leer las recíprocas intenciones y los estados mentales ajenos (2003, p. 33). Esa capacidad es en si misma

una disposición para leer en los signos la subjetividad de los otros y se incorpora en los sujetos a través de hacer carne los campos sociales. En otras palabras, la intersubjetividad implica haber vivido en un campo social, haber incorporado sus reglas sociales y con ellas crear un esquema de percepción, valoración, apreciación del campo social. Esto se construye a partir de compartir los mismos relatos, las mismas estructuras narrativas.

Participar de una cultura equivale a conocer y usar una amplia gama de sentidos, acumulados y compartidos, presentes en el acervo de narrativas que se han construido en dado campo social. Sin embargo, esos sentidos compartidos no son estáticos, sino que están en constante revisión.

Teniendo en cuenta la intersubjetividad, interpretar al otro significa tener una capacidad de salirse de los sentidos hegemónicos que produce una narrativa y desde otro lugar, otorgarle un nuevo punto de vista. Interpretar al otro, que un médico se ponga en el punto de vista del paciente, requiere que ponga en paréntesis su ceguera narrativa y escuche y relate desde otro lado, desde la ubicación del paciente la vivencia.

- Narrar en salud es una actividad transformadora:

Siguiendo a (Siciliani, 2014) la narrativa es peligrosa porque puede orientarse hacia la praxis, hacia la transformación de la realidad del campo de la salud. La supresión de la experiencia del usuario por parte del clínico en las narrativas que juntos construyen, es debida según los investigadores, al estatus y la autoridad, construidas a partir de las diferencias educativas, socioeconómicas, étnicas, de género y otras entre los usuarios y clínicos. Expandir las narrativas, su construcción conjunta entre los participantes de la atención y el cuidado, puede llevar a trasgredir esas asimetrías e inequidades (Heritage, & Maynard 2006) del campo de la salud.

976 Por una parte, transforma porque genera procesos de reflexividad, es decir, hace que se empiece
977 a discutir si la vida, el trabajo, la enfermedad, la atención, tiene que ser así o si podría ser de otra
978 manera, cómo se ha venido haciendo y si se podría hacer de otra forma, y este es el germen de la
979 subversión. De esta forma, pone fin a la inocencia, re-examina lo obvio, pone sobre la mesa
980 tensiones éticas, deja el mensaje normativo implícito y evita así la confrontación estéril (Bruner,
981 2003, p. 19), es un arte de lo posible que tienta con alternativas trascendentes (Bruner, 2003, p.
982 131). Pero sobretodo porque tiene el poder de modificar las prácticas sociales, las reglas de
983 juego, la hegemonía en las relaciones sociales, las cegueras existenciales y narrativas. Puede
984 socavar los dictámenes de la ley acerca de lo que constituye una realidad canónica del campo de
985 la salud y generar nuevas reglas de juego, la narración es instituyente.

986 987 988 989 990 **Discusión**

991 En los servicios de salud se muestran problemas de comunicación entre los profesionales
992 y entre ellos y los usuarios. Esto es debido a que en el campo de la salud el ser humano es
993 reducido a sus aspectos biológicos. Sin embargo, este se compone de múltiples dimensiones
994 interactuantes que difieren dependiendo del contexto donde interactúa el propio ser humano.

995 Así, el conocimiento científico de la enfermedad, es referido especialmente al volumen
996 del cuerpo. Este conocimiento de la visibilidad de la enfermedad, pone sobre la mesa la lesión
997 del órgano y funda en ella la explicación de la enfermedad. De este modo, con el cuerpo
998 lesionado como prueba y explicación de la enfermedad se vuelve superfluo un discurso, una
999 narrativa, ajeno a la visibilidad de las lesiones de los órganos. Dicho de otro modo, la

1000 enfermedad se vuelve un discurso acerca de la lesión de los órganos, expresado
1001 anatomopatológicamente. De tal modo que, aparentemente, cualquier discurso ajeno a la
1002 visibilidad del órgano o tejido alterados se vuelve innecesario, ilegítimo.

1003 Por otra parte, frecuentemente suele referirse, a la tecnología, o al uso de la tecnología
1004 como una fuente de deshumanización. La tecnología al hacer visible la enfermedad, también
1005 vuelve superfluo el discurso vital y existencial del paciente. La administración en salud, en su
1006 búsqueda por la productividad del trabajo, encuentra estorboso o ineficiente las narrativas en
1007 salud que no curen en el corto plazo y con el uso de tecnologías la enfermedad biológica. Tal vez
1008 en lo anterior emergieron los principales rostros de la deshumanización.

1009 Lo que habría que señalar hoy es que la deshumanización asociable al uso y abuso de la
1010 tecnología y la administración en salud se encuentra históricamente prefigurada en el nacimiento
1011 de la racionalidad científica; cuando la visibilidad material de los objetos de la ciencia apartó de
1012 un golpe las creencias míticas asociadas a la interpretación del acontecer de la realidad.

1013 Las decisiones clínicas y los procedimientos realizados por los profesionales se ven
1014 afectados por estas situaciones, especialmente cuando las enfermedades crónicas requieren de
1015 abordajes extra biológicos y la complejidad del trabajo en salud implica incluir la subjetividad y
1016 la cultura de los profesionales sanitarios para coordinarlos. Como consecuencia se presentan
1017 errores o problemas de oportunidad en la detección temprana, el diagnóstico o el tratamiento. La
1018 eficacia que potencialmente puede lograr la atención se ve sustancialmente reducida. Todo esto
1019 trae aparejadas dificultades para la integralidad de la atención, conflictos al interior del trabajo en
1020 equipo, la resistencia al uso de servicios, la falta de adherencia a terapéuticas y fracasos en las
1021 estrategias de promoción de la salud y de autocuidado. Además, los profesionales de la salud
1022 encuentran una pérdida de sentido en el trabajo que realizan, que se expresa en ocasiones en

1026 ¿Cómo hacer para que el trabajo en salud recobre sentido para los profesionales?, ¿Cómo
1027 lograr que el trabajo en salud sea una herramienta humana, de calidad, comprometida con las
1028 necesidades en salud y acorde a las realidades e historias de usuarios y profesionales? En una
1029 palabra, ¿cómo humanizar el trabajo en salud? El trabajo en salud está alienándose
1030 crecientemente por las incapacidades de los participantes en el campo para narrar sus vivencias
1031 como profesionales en su trabajo y como pacientes en su padecimiento. Se propone el uso de
1032 narrativas como herramienta para reflexionar, aprender y transformar las prácticas del proceso
1033 salud enfermedad atención y cuidado de profesionales, gestores y usuarios de los servicios. La
1034 narrativa en salud es una profunda reflexión sobre la condición humana, su relación con la salud-
1035 enfermedad y con el trabajo de los profesionales del sector, que puede transformar
1036 profundamente las prácticas de todos los participantes de la atención y el cuidado y de allí
1037 ayudaría a transformar cuestiones más estructurales de los sistemas de salud.

1038
1039

- 1040 Melich, J. C., & Barcena, F. (2000). *La educación como acontecimiento ético*. Buenos Aires:
1041 Editorial Paidós.
1042
1043 Bauman, Z.. (2002). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: FCE.
1044
1045 Bruner, J. S. (2003). *La fábrica de historias: derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: FCE.
1046
1047 Campo, R. (2005). “The medical humanities” for lack of a better term, *JAMA*, 294(9), 1009-
1048 1011.
1049

- 1050 Dreier, O. (2005). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica
1051 social. En G. Pérez I. d. L. Alarcón & J. J. Yoseff & M. A. Salguero (Eds.) *Psicología Cultural*.
1052 (30-51). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
1053
- 1054 Foucault, Michel. (2012). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*.
1055 Ciudad de México: Siglo XXI.
1056
- 1057 Gergen, K. J. (2007) *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*; Universidad
1058 de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Bogotá:
1059 Ediciones Uniandes.
1060
- 1061 Gomes, R. M., & Schraiber, L. (2011). A dialética humanização-alienação como recurso à
1062 compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais.
1063 Interface. *Botucatu*, 15(37), 336-50.
1064
- 1065 Gadamer, H (2001). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
1066
- 1067 Gadamer, H. (1997). *Mito y razón*. Barcelona: Paidós ibérica.
1068
- 1069 Gadamer, H. (2012). *Verdad y método, Vol. I*. Salamanca: Sígueme.
1070
- 1071 Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: Physicians'
1072 opening questions. *Health communication*, 19(2), 89-102.
1073
- 1074 Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient
1075 interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351-374.
1076
- 1077 Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and
1078 medical communication. *Medical education*, 39(4), 428-435.
1079
- 1080 Martínez, P. & Perdomo, A. (2014) La cultura en las organizaciones y servicios de salud: una
1081 aproximación teórica a sus implicaciones. *Salud Problema*, Segunda Época, Año 8, Págs. 75-87
1082
- 1083 Marx, K. (2006). El trabajo enajenado. En K. Marx, *Manuscritos económicos-filosóficos de 1844*
1084 (99-103) Buenos Aires: Colihue.
1085
- 1086 Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del Trabajo Vivo*. Buenos Aires: Lugar.
1087
- 1088 Morey, M. (1988). *Los presocráticos. Del mito al logos*. Barcelona: Montesinos.

- 1089
1090 Morin, E. (2009). *El método. Vol. IV. La humanidad de la humanidad*. Madrid: Cátedra.
1091
1092 Mundial, B. (1993). *Informe mundial de desarrollo humano, 1993: invertir en*
1093 *salud*. Washington, DC: Banco Mundial.
1094
1095 Schraiber, L. B. (1993). O médico e seu trabalho: limites da liberdade. Sao Paulo: Hucitec.
1096
1097 Siciliani, J.M. (2014). Contar según Jerome Bruner. *Itinerario Educativo*, xxviii (63), 31-59
1098
1099 de Sousa Campos, G. W. (2001). Gestión en salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar.
1100
1101 Strawson, G. (2004). Against narrativity. *Ratio*; 17 (4), 428-52.
1102
1103 Texeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de
1104 conversações. R. Pinheiro and R. Araujo de Matos (Eds.). En *Construção da Integralidade:*
1105 *cotidiano, saberes e práticas em saúde* (89-111). Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.
1106
1107 Trigos, C. R. (2003). Visión panorámica de los estudios sobre la narración. *Revista de*
1108 *Humanidades: Tecnológico de Monterrey*, (15), 95-119.
1109
1110 Vegetti, M. (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*.
1111 Barcelona: Península.
1112
1113 Vickers, C. H., Goble, R., & Lindfelt, C. (2012). Narrative co-construction in the medical
1114 consultation: How agency and control affect the diagnosis. *Communication & medicine*, 9(2),
1115 159-171
1116
1117 Woods, Angela (2011). The limits of narrative: provocations for the medical humanities. *Journal*
1118 *of Medical Humanities*, -100(45), 0-6.