

<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.2.2.2016.67.231-248>

MARCO TEÓRICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD: UNA PROPUESTA DE NARRATIVAS DESDE JEROME BRUNER

Alejandro Perdomo-Rubio, Gilbero Hernández-Zinzún y Diana del Rosario Izquierdo-Mora
Facultad de Odontología, Universidad El Bosque
Colombia

RESUMEN

Las narrativas en salud se han ido limitando tras la búsqueda de mayor productividad en el proceso de trabajo en salud. Tal eficiencia contribuye al sufrimiento de los trabajadores porque no encuentran sentido a una actividad compleja que por un lado está llena de incertidumbre, y por otro lado se realiza mecánica y rutinariamente; mientras los pacientes cuyas necesidades de salud, crecientemente asociadas a problemas crónicos, requieren de abordajes que incluyan lo extrabiológico. En el artículo se propone y justifica devolver 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 acerca de la condición humana, su relación con la salud-enfermedad y con el trabajo de los profesionales del sector, que puede transformar de manera profunda 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.

Palabras Clave:

Narrativa, humanización, atención en salud, transformación de los servicios

THEORETICAL FRAMEWORK FOR THE HUMANIZATION OF THE WORK PROCESS IN HEALTH: A NARRATIVE PROPOSAL BY JEROME BRUNER

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

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 4 de Febrero de 2016 | Aceptado: 4 de Marzo de 2016 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2017 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

MARCO TEÓRICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD: UNA PROPUESTA DE NARRATIVAS DESDE JEROME BRUNER

Alejandro Perdomo-Rubio, Gilbero Hernández-Zinzún y Diana del Rosario Izquierdo-Mora



Alejandro Perdomo-Rubio
Facultad de Odontología, Universidad El Bosque
Correo: alperdo77@yahoo.com

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, maestro en Estudios Sociales y Políticos Latinoamericanos, especialista en Política Social, y odontólogo. Con preparación para analizar los procesos de trabajo que realizan los profesionales de la salud, las redes integradas de servicios de salud y los modelos de atención y cuidado.

[Ver más...](#)



Gilberto Hernández-Zinzún
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
Correo: zinzun@unam.mx

Doctor en Antropología por la Facultad de Filosofía y Letras y el Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. 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. Actualmente es profesor titular en la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, UNAM.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

El primer autor, Alejandro Perdomo-Rubio concibió, coordinó y desarrolló la propuesta metodológica. | Gilberto Hernández-Zinzún contribuyó en el análisis de la estructura teórica del artículo y de su enlace histórico-social a la coyuntura neoliberal actual. | Diana del Rosario Izquierdo-Mora participó en el análisis de los componentes psicossociales de la propuesta.

AGRADECIMIENTOS

[Nota del autor (agradecimiento a instituciones y/o colaboradores que facilitaron la realización de la investigación)]

DATOS DE FILIACIÓN DE LS AUTORES

El primer autor, Alejandro Perdomo-Rubio se desempeña como profesor asociado, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. | Gilberto Hernández-Zinzún labora como profesor titular en la carrera de Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. | Diana del Rosario Izquierdo-Mora participa como maestranda en Estudios Culturales en la Universidad Autónoma del Estado de Chiapas



Copyright: © 2016 Perdomo, A., Hernández, G. & Izquierdo, D.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial -CompartirIgual 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a sus autores.



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
La ciencia y el ser humano, 4	
Humanizar el trabajo en salud, 5	
NATURALEZA DEL MÉTODO	5
¿Qué es la narrativa?, 5	
CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO	6
¿Qué y cómo se entiende por narrativa, y por qué?, 6	
¿Sirve la narrativa en el campo de la salud?, 7	
Alienación, autonomía y narrativas, 7	
RANGO DE APLICACIÓN DEL MÉTODO	10
Narrativa, alienación y reflexividad del proceso de trabajo en salud, 10	
Narrar en salud es problematizar y promover otros mundos posibles de la enfermedad y el trabajo en salud., 11	
Narrar en salud es una forma con la cual el profesional o la persona enferma construye su identidad., 13	
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., 14	
Narrar en salud es una forma de aprehender y dar sentido a la realidad de la enfermedad y la atención., 15	
Narrar es una actividad que modela la experiencia de enfermarse y de trabajar en salud., 16	
Narrar en salud es una actividad intersubjetiva radicalmente cultural., 16	
Narrar en salud es una actividad transformadora., 17	
DISCUSIÓN	17
REFERENCIAS	18



INTRODUCCIÓN

Me angustia cuando escucho una médica interna referir a su paciente cómo expresa Rafael Campo (2005) el cáncer de mama del cuarto 718. ¿De qué manera pueden entenderse esos tipos 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 médica 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 sólo 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 en 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 de manera eficaz las lesiones de la masa trabajadora, 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, esta-



bleciendo quiénes estaban autorizados a relatar, a quién, qué, cómo y cuándo, y sustrayendo el resto de narrativas, esto es, 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

Entre otras cosas, humanizar el trabajo en salud implica 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 relanzar 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 Woods 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 sólo como expresividad, sino también como transformativa, e incluso 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 ofrece nuevas metodologías para estudios cualitativos y cuantitativos acerca de la experiencia de la enfermedad. Finalmente, en el nivel social, menciona que la narrativa es vista por algunos como un cambio en la hegemonía de los enfoques biomédicos y naturalistas de la enfermedad, pues provee los fundamentos de una nueva ética y política del cuidado de la salud.

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

Respecto al segundo uso, no se interpreta que automáticamente la narrativa pueda ser expresiva, transformativa y terapéutica. En muchos casos tal vez los enfermos o los cuidadores no tengan ánimo de narrar su padecer, o tal vez si lo tienen la institución no conceda tiempo o importancia a la narrativa. Sobre todo cuando la atención de la salud es vista como 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 mecánicamente o automáticamente por el solo hecho de invocar la narrativa e invitar a alguien a expresarse.

En cuanto a 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 incluso 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 Woods encuentra en la narrativa, ade-



más de los retomados de su principal autor de referencia, Strawson (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 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 Woods. El texto y el contexto de lo narrado y del modo de narrar, son significados personales porque sólo tienen sentido y efectos para quien narra; y en ello se incluyen las narrativas de salud y enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO

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

Una narración puede definirse como lo hace Trigos (2003: 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 o no lingüísticas; las primeras son aquellas que utilizan como medio de expresión el lenguaje articulado, oral o escrito, mientras las segundas serían las 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 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: 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. Dichos acontecimientos están mediados por una infracción o nudo que justifica que se cuente esa historia, además de por la acción, el resultado y la coda. La coda es una valoración retrospectiva de lo que puede significar un relato, siendo explícita como la moraleja de una fábula, pero también puede ser implícita.

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

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

Para desarrollar y comprender la narrativa se deben incorporar elementos como el contexto social en el cual se relata la narrativa, las razones del narrador para contarla, la competencia narrativa del narrador y la índole de la audiencia. Entendida como una actividad social (Maynard y Heritage, 2005), las narrativas y sus significados dependen del contexto donde emergen: en la apertura de la relación profesional-usuario, en el desarrollo, en el cierre; en la presentación del 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 y Maynard, 2006). En salud estas narrativas construidas de manera conjunta 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 de 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 acerca de temas administrativos, como los turnos de trabajo o la última reunión donde se tomaron decisiones laborales, o diálogos de los usuarios respecto a 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 narran acontecimientos; sin embargo, ¿cuál es su uso en el campo de la salud? Bruner (2003: 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, a la enfermedad, a la atención y al 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 tengan acerca de 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 las 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 o del familiar del paciente. Además favorece la comunicación de calidad entre trabajadores de la salud y de éstos 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 tanto, debe orientarse como un proceso con propósitos comunicativos y creativos, en el que se destaque la manera de enfrentar 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 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 De Sousa (2001). En el siguiente apartado se aborda cómo se debe entender ese proceso de trabajo en salud y su relación con las narrativas.

Como señalan Gomes y Schraiber (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 e infraestructura; con el objetivo 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. Dicha alienación se refiere aquí a las objetivaciones del ser humano respecto a 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 sólo 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 sobre todo 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 respecto a las relaciones sociales hegemónicas, sino determinadas por ellas. Así, los avances tecnocientíficos 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 sufrimien-

to 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, etcétera, 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 éstos 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 generan 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 impuesta. En las reflexiones de los trabajadores de la salud prima el sentido común, la espontaneidad, el pragmatismo, la sobregeneralización y la falta de creatividad en las alternativas que proponen.

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

Cabe señalar un matiz en cuanto a cómo se entiende aquí la autonomía médica. Ésta ha sido señalada desde posiciones críticas (Schraiber, 1993) y desde las hegemónicas (BM, 1993) como fuente de problemas para la atención, por los intereses gremiales y de las industrias médicas que conlleva. Desde un punto de vista ético-político, Levinas —como lo presenta Bárcena



(2000)— sugiere incorporar previamente al otro para generar una autonomía no problemática, mediante la responsabilización del trabajador de la salud por el sufrimiento del sujeto enfermo. Así, antes de pensar en la autonomía del profesional, éste debe hacerse responsable por el sufrimiento del usuario de los servicios. Esto sugiere tanto la creación de un vínculo estrecho entre usuario y trabajador como también un cambio en las relaciones de poder entre ellos. Es decir, antes de la autonomía debe haber heteronomía por el otro que tiene un rostro, un sujeto concreto, particular e histórico que sufre y necesita la atención, y que el trabajador debe desvelarse y cuidar de él o ella, de su padecimiento y dolencia, no limitado a los aspectos biológicos de la enfermedad, sino incluyendo su punto de vista en busca de la democratización de la atención. El otro que sufre debe estar antes de mi autonomía como trabajador de la salud, y esa es una posición ética.

En este marco las apuestas teóricas para evitar la alienación desde una perspectiva ética se dirigen a fortalecer las tecnologías relacionales y dialógicas, a que el trabajo vivo en acto, como lo señala Merhy (2006), sea el centro de la atención. En este sentido, Texeira (2003) propone que la sustancia del trabajo en salud es la conversación. Esta perspectiva coincide con la de Gadamer (1997), quien había planteado, desde el terreno de la discusión entre mito y razón, que la esencia humana se realiza precisamente en la conversación. Ésta ayuda al enfermo a mitigar la exclusión que él mismo se impone debido a su propia enfermedad (Gadamer, 2001). Lo que más se realiza al interior de una unidad de salud son conversaciones, y cuando no son exclusivamente conversaciones, acompañan durante, antes o después otros procedimientos que se realizan en el servicio. Dichas conversaciones pueden ser individuales o en grupo. Para Texeira, afirmar que la conversación es la sustancia de la atención es reconocer desde un principio que el trabajo sobre el padecimiento es conjunto entre trabajador y usuario, y que la enfermedad desborda sus aspectos biológicos e incluye la complejidad del sufrimiento. Por tanto, busca la simetría en las relaciones de poder entre ambos, permitiendo la responsabilización del primero al escuchar activamente y crear vínculos con el usuario.

En la interacción de los profesionales con los usuarios se ponen en juego la posición de poder del profesional y la agencia del usuario; de ello emerge una narrativa conjunta. Por momentos el profesional puede o no ceder el control de la relación permitiendo al usuario significar, en mayor o en menor medida, aspectos del problema que lo ha llevado a la consulta. Por su parte, el usuario puede o no ejercer su competencia comunicativa para aportar

elementos a la narrativa conjunta. Vickers, Goble y Lindfelt (2012) demuestran que en ese juego dinámico la narrativa conjunta puede conducir hacia una información u otra, y a su vez establecer 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. Sin embargo, los investigadores observaron una mayor precisión cuando el médico ejerce más control de la narrativa. Ambas posibilidades, finalmente, ofrecen ventajas y desventajas. Por obvias razones, en este artículo se destacan 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, de la enfermedad, del cuidado, de la salud por parte de gestores, de los trabajadores y de los usuarios. Para Maynard y 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 acerca del 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, éstas 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 utilizan los usuarios para hablar de su enfermedad o los trabajadores de su cotidianidad laboral.

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 acerca del objeto de trabajo —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 puede hacer uso adecuado o no a las necesidades de los usuarios. Por tanto, la narrativa puede producir reflexiones en el profesional y en los enfermos respecto al rol de las tecnologías en salud, llámense equipamientos, medicamentos o pruebas complementarias, y cómo deben ser utilizadas para los acontecimientos concretos y singulares en 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 en la especialización del trabajo, las formas como se expresan en el día a día, y cómo puede afectar la atención, en especial 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, sociocultural 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 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 siempre hay alguien que es un intérprete, situado entre nuestras experiencias y nuestros esfuerzos por entenderlas y describirlas. Quien escucha de manera 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. Del mismo modo, el trabajar en equipos interdisciplinarios y avanzar en la democratización de la gestión de la atención implica ejercicios de interpretación de este tipo. Por tanto, la narrativa aporta 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, en especial el radicalmente otro, el que produce narrativas antagónicas a las propias poniendo en jaque los marcos perceptivos, apreciativos y valorativos con que se vive, se enferma o se trabaja. Su solución dependerá sobre todo de la función que dichos relatos cumplan 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 cuál 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 tal forma que permiten o bloquean la expresión del punto de vista del otro, por lo general el que detenta un menor ejercicio del poder (Heritage y 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; esto es, 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 relatan sus experiencias unos a otros, oralmente o por escrito. Lo relatado por el trabajador de la salud al usuario, y viceversa, puede ser consentido o refutado por el otro, y eso es considerado por quien relata en el momento de construcción de su narración para garantizar el logro de su intención.

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

Narrar en salud es problematizar y promover otros mundos posibles de la enfermedad y el trabajo en salud.

La narrativa no sólo tiene una intencionalidad, sino que transforma el mundo. La narrativa en salud es el relato de proyectos de usuarios y profesionales sobre su enfermedad y sobre la atención y la gestión que han fracasado, y por tanto abren posibilidades de acción. En parte estos fracasos en la atención o en la gestión, o en el autocuidado de los usuarios, se dan porque en las situaciones rutinarias de la enfermedad o el trabajo ya no se perciben los problemas, se rutinizan, y sólo se convierten en tales cuando explotan y ya es muy tarde. Al hacerse rutina, se naturalizan, se hacen parte del paisaje y no pueden reconocerse los problemas. Por otra parte, las narrativas tratan sobre la incertidumbre, el riesgo, los sentimientos y emociones que le rodean, que en muchas ocasiones bloquean la acción de quien los padece; por tanto, abordarlas desde los relatos permite acotarlos a sus dimensiones y destrabar el pensamiento y la acción sobre ellos. Heritage y Maynard (2006) señalan que las experiencias, sensibilidades, entendimientos y objetivos de los usuarios, esa subjetividad sobre su enfermedad, reside como un iceberg sobre todo 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, 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 y 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 y aumentaba su insatisfacción, entre otras situaciones; o al revés, se intensificaban sus relatos sobre su enfermedad. Siguiendo a Heritage y Robinson (2006), se puede señalar que las narraciones de las preocupaciones de los usuarios son importantes porque pueden afectar los resultados de salud mediante la mejora del diagnóstico y el tratamiento, y porque con frecuencia los pacientes tienen múltiples preocupaciones que pueden ser de carácter biomédico, psicosocial, o de ambas naturalezas, que sólo 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, lo 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 enfermo, del usuario que se queja ante el médico porque no hay medicamentos, de las respuestas ofensivas de los especialistas a los médicos generales por las referencias que hacen. Eso que sucede día tras día y que se hizo costumbre, eso que es lo que siempre se ha hecho y se asume que no vale la pena pensarlo. Muchas veces los problemas que se naturalizan, se normalizan, se hacen rutina, dejan de valorarse como problemas; por ello las narrativas sirven para exotizar lo común y lo que se hacía por inercia, ponerse en cuestión. De acuerdo con Bruner, la misión de la narrativa es subjuntivizar la realidad, pasar del modo indicativo al subjuntivo, que significa dotar de extrañeza a lo familiar, ir de lo que es a lo que podría ser, considerar posibles lecturas y no certidumbres.

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

En un relato sobre acontecimientos y experiencias del proceso salud-enfermedad-atención se identifican problemas; eso lleva a buscar sus constituyentes relevantes, sus determinantes y sus relaciones complejas. Lo banal de la atención o el padecimiento se llena de relaciones muy ricas que muestran la complejidad del problema y lo que se requiere considerar cuando se busca modificarlo. De esta forma los participantes de la atención conocerán mejor los problemas del trabajo y las condiciones laborales de los demás, o de la situación familiar o social del paciente, y con ello comprenderán el porqué de sus prácticas en el trabajo o frente al tratamiento o autocuidado.

Las narraciones estimulan la capacidad de ver el mundo cotidiano como algo que se puede explorar infinitamente. Esto es posible al llenarse los relatos de detalles, de descripciones densas, de los personajes de la trama, de las emociones, de las sensaciones, de los problemas, del escenario, de hacer sentir los olores del quirófano, de describir un dolor punzante que su personaje reclama, de comprender el tedio que siente el médico ante las pilas de documentos administrativos que debe llenar, o la angustia ante circunstancias de la gestión o de la vida de su

paciente que quedan más allá de su alcance. Para ello el profesional o el usuario deberán generar una aguda capacidad descriptiva para hablar de lo que parece intrascendente en la enfermedad, en la atención y el cuidado.

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

De la misma forma, a la par que tratan sobre la cotidianidad, las narrativas tratan sobre la incertidumbre. El incremento de esa incertidumbre, exponenciada en la modernidad líquida actual (Bauman, 2002), el fracaso y la frustración, miedos y enojos que la conllevan, son tratados en las narrativas. Éstas abordan las formas como profesionales o usuarios manejan la zozobra ante lo inesperado de la enfermedad, de un tratamiento sin cura a corto plazo, de acuerdos de gestión que no se cumplen. Se dirigen a apaciguar esa ansiedad y la angustia de lo incontrolable de enfrentarse a la muerte, al error en el trabajo, a trabajar con otros que desconozco y que pienso me quieren hacer daño o no les importa continuar con el trabajo conjunto. Aprender a jugar con posibilidades, a hacer apuestas, puede ser orientado a través de la narración de historias posibles, pues contar historias y compartirlas adiestra a profesionales y pacientes para imaginar qué podría ocurrir si... (Bruner, 2003: 51-52).

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

No es un imaginario desbordado sino una tensión profunda y permanente entre lo familiar y lo posible. La articulación entre realidad e imaginación que promueve



pensar mundos de la enfermedad y la atención posibles, tiene distintos equilibrios en la crónica, el cuento, la novela, etcétera (Siciliani, 2014). Bruner habla de la dialéctica de lo consolidado y lo posible. Aunque se comporte como lo familiar, la ficción literaria tiene el objetivo de superarlo para adentrarse en el reino de lo posible, de lo que podría ser/haber sido/acaso ser en el futuro. En la narrativa hay una dialéctica entre las normas y lo humanamente posible.

El relato al iluminar los problemas de la incertidumbre o de lo 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, etcétera, 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 abrir 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, etcétera, 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 por lo común 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 permite comprender el mundo, la

atención, la enfermedad de nuevas maneras, tanto para quien crea la narrativa como para quien la escucha. También sirve 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 sustancia que 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 que se encuentra, con la guía de sus recuerdos del pasado, de sus experiencias y miedos, y proyectos para el futuro. Bruner (2003: 122) afirma que sin la capacidad de contar historias sobre nosotros mismos no existiría una cosa como la identidad. La identidad profesional en salud se construye al relatar historias sobre el aprendizaje, el trabajo diario, los casos vistos, 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 de 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. Más que un ejercicio terminado, cerrado, la identidad sería el acto mismo de tejer (Dreier, 2005) —mediante la narración— la multiplicidad de experiencias que se viven, para dar sentido a preguntas como quién es el sujeto y quién quiere ser. El profesional no es sólo profesional, sino también es padre, es ciudadano, etcétera, 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: 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, etcétera, que haya en una sociedad concreta y de las 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 comenta.

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 impone al pensamiento o si el pensamiento se 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: 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 describir y le prepara para darle sentido a lo que quiere decir. Así, las personas dan forma a su pensamiento a través de las maneras como construyen sus narrativas. Por tanto, las narrativas no sólo 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 narrativo no sólo 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 qué 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, etcétera. El segundo, más hermenéutico, gira en torno a los pensamientos, los sentimientos, los afectos, la intimidad de los protagonistas del relato (Bruner, 2003: 46). Alude a los sentidos con 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 despierta en ellos temores, esperanzas, ilusiones. Para Bruner (2003: 47) las buenas historias nunca separan esos dos paisajes. Mantener estos dos paisajes imbricados forma parte de las historias bien construidas, de modo que no se pueda separar quién conoce y lo conocido.

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 emplee 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 pretende 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 enfermos haya una postura distinta respecto a su enfermedad y su tratamiento, que los médicos comprendan de otra forma sus relaciones con sus compañeros de trabajo y con las tecnologías que emplean. Mediante esta negociación horizontal de conocimientos se esboza toda una ética narrativa. Así, en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Escuela de Medicina de Nueva York se hizo un programa que distinguió entre historia clínica factual (temperatura, presión arterial, etcétera) e historia de vida (problemas existenciales de los pacientes, angustias, temores, etcétera) para que no las siguieran confundiendo. Mediante este tipo de experiencias se intenta hacer a los estudiantes de medicina más conscientes, conocer el entramado que se teje de la una para la otra, y recono-



cer sus implicaciones para su práctica, para tomar mejores decisiones clínicas, para comprometerse más con los pacientes, para evitar la enajenación del producto de su trabajo. Obviamente esto aplica no sólo a médicos, sino a cualquiera que trabaje con pacientes.

Asimismo la narrativa requiere complementarse con las ciencias sociales y humanas, que permiten darle nuevos contenidos y complejizar el problema de la enfermedad y del trabajo en salud. La historia, la antropología, la sociología, la psicología social y la filosofía de la salud pueden aportar muchos elementos para reflexionar antes, durante o después del acto narrativo sobre la salud o el trabajo en salud, darle nuevas entradas al problema, nuevas aristas, nuevas alternativas de solución. Dichas ciencias podrían aportar para sacar al profesional o al sujeto enfermo de su rutina y ver desde otra perspectiva su situación.

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

Narrar en salud es una forma de aprehender y dar sentido a la realidad de la enfermedad y la atención.

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

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

Las narrativas simbolizan el mundo más allá de las cosas específicas a las que se refieren de manera directa, sobre todo a través de la metáfora. El relato crea sentido

de la enfermedad y del trabajo en salud al simbolizar metafóricamente la realidad para transfigurarla: es el obsesivo poder de la metáfora el que da al relato su impulso más allá de lo específico, su impulso metafórico (Bruner, 2003: 46). Por otra parte, los sucesos de la experiencia no tienen por sí mismos una conexión inmediata y sistemática con lo que se piensa de ellos; se ubican uno detrás de otro en una secuencia temporal, y sólo a través de esta estructura narrativa las reflexiones adquieren sentido y empiezan a asumir la forma de un relato.

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

Narrar es una actividad que modela la experiencia de enfermarse y de trabajar en salud.

Por medio del relato es que la experiencia de padecer una enfermedad como la diabetes o de trabajar en promoción de la salud llega a ser experiencia; es decir, al ser contada permite no sólo recordar esa realidad pasada, sino definir las cualidades de ese recuerdo y la potencial reflexión para la vida, para enfrentar el devenir de la enfermedad o el trabajo.

Además de recordar la vivencia, la experiencia permite reflexionar acerca de ella y actuar para enfrentar nuevas situaciones en el futuro. A partir de la experiencia la narrativa da un orden razonable a los acontecimientos que se viven. Las narrativas en salud permiten asignar un sentido a los acontecimientos de la atención o de su padecimiento invistiéndolas de coherencia, integridad, amplitud y conclusión. Además, en la misma narración de las decepciones pasadas, sus cualidades y efectos, también da pistas respecto a qué hacer cuando se enfrenta una situación similar, qué elementos tener en cuenta para aproximarse a ella, qué no hacer, qué hacer 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 con su cuerpo y sufrimiento, sobre el proceso de trabajo en salud, con 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 en ocasiones narraciones estructuradas por una narrativa médica muy estandarizada, pero también pueden ser narrativas caóticas, impredecibles y multidimensionales, que permiten aproximarse desde otros puntos de vista a la incertidumbre y mostrar la luz en las sombras que produce la rutina. En 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 entretejerlas con otras más caóticas, pero multidimensionales, permite hacer interpretaciones insospechadas que pueden generar soluciones novedosas, y con ello 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 reglas establecidas y en colusión con disposiciones de los sujetos incorporadas por su trayectoria individual y social (Martínez y 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, en el campo social de la salud los relatos dominantes son los contruidos desde la biomedicina, con un fuerte componente individual, ahistórico y 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, y sus relaciones sociales, entre otros; son reducidos, en el diálogo con los profesionales de la salud, a lo 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 pretende 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 atrapar fácilmente; 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 (2003: 33) la intersubjetividad trata sobre cierta capacidad de los humanos para leer las recíprocas intenciones y los estados mentales ajenos. Dicha capacidad es en sí 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 determinado 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 la 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 la perspectiva del paciente, requiere que ponga en paréntesis su ceguera narrativa y escuche y relate la vivencia desde otro lado: desde la ubicación del paciente.

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 contruidas a partir de las diferencias —educativas, socioeconómicas, étnicas, de género y otras— entre los usuarios y los clínicos. Expandir las narrativas, su construcción conjunta entre los participantes de la atención y el cuidado, puede llevar a transgredir esas asimetrías e inequidades (Heritage y Maynard, 2006) del campo de la salud.



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

DISCUSIÓN

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

Así, el conocimiento científico de la enfermedad es referido en especial al volumen del cuerpo. Dicho conocimiento de la visibilidad de la enfermedad pone sobre la mesa la lesión del órgano y funda en ella la explicación de la enfermedad. De este modo, con el cuerpo lesionado como prueba y explicación de la enfermedad un discurso se vuelve superfluo, una narrativa, ajeno a la visibilidad de las lesiones de los órganos. Dicho de otro modo, la enfermedad se torna un discurso acerca de la lesión de los órganos, expresado anatomopatológicamente. De modo que aparentemente cualquier discurso ajeno a la visibilidad del órgano o tejido alterados se vuelve innecesario, ilegítimo.

Por otra parte, con frecuencia suele referirse a la tecnología, o al uso de la tecnología, como una fuente de deshumanización. Al hacer visible la enfermedad, la tecnología también hace superfluo el discurso vital y existencial del paciente. En su búsqueda por la productividad del trabajo, la administración en salud encuentra estorbo o ineficiente las narrativas en salud que no curen en el corto plazo, y con el uso de tecnologías la enfermedad biológica. Tal vez en lo anterior emergieron los principales rostros de la deshumanización.

Lo que hoy habría que indicar es que la deshumanización asociable al uso y abuso de la tecnología y la

administración en salud se encuentra históricamente prefigurada en el nacimiento de la racionalidad científica; cuando la visibilidad material de los objetos de la ciencia apartó de un golpe las creencias míticas asociadas a la interpretación del acontecer de la realidad.

Las decisiones clínicas y los procedimientos realizados por los profesionales se ven afectados por estas situaciones, sobre todo cuando las enfermedades crónicas requieren de abordajes extrabiológicos y la complejidad del trabajo en salud implica incluir la subjetividad y la cultura de los profesionales sanitarios para coordinarlos. Como consecuencia, se presentan errores o problemas de oportunidad en la detección temprana, el diagnóstico o el tratamiento. La eficacia que potencialmente puede lograr la atención se ve reducida de manera sustancial. Todo esto trae aparejadas dificultades para la integralidad de la atención, conflictos al interior del trabajo en equipo, resistencia al uso de servicios, falta de adherencia a terapéuticas y fracasos en las estrategias de promoción de la salud y de autocuidado. Además, los profesionales de la salud encuentran una pérdida de sentido en el trabajo que realizan, que en ocasiones se expresa en apatía y en la reproducción de prácticas de violencia de todo tipo. La atención produce sufrimiento en el trabajo para los profesionales y no logra abordar de manera amplia el sufrimiento de los usuarios.

¿Cómo hacer para que el trabajo en salud recobre sentido para los profesionales? ¿Cómo lograr que el trabajo en salud sea una herramienta humana, de calidad, comprometida con las necesidades en salud y acorde a las realidades e historias de usuarios y profesionales? Esto es, ¿cómo humanizar el trabajo en salud? El trabajo en salud está alienándose de manera creciente debido a las incapacidades de los participantes en el campo para narrar sus vivencias como profesionales en su trabajo y como pacientes en su padecimiento. Se propone el uso de narrativas como herramienta para reflexionar, aprender y transformar las prácticas del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado de profesionales, gestores y usuarios de los servicios. La narrativa en salud es una profunda reflexión acerca de 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.



REFERENCIAS

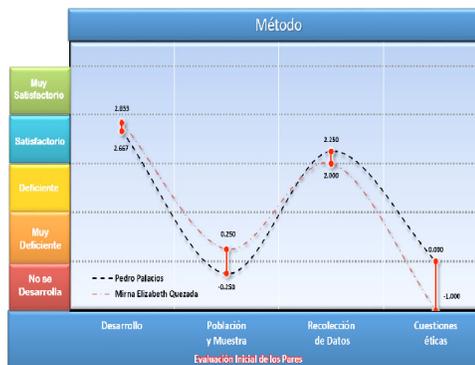
- Bárcena, F. & Mélich, J.C. (2000) La educación como acontecimiento ético. Natalidad, narración y hospitalidad. Barcelona, Paidós Ibérica.
- Banco Mundial (1993). Informe mundial de desarrollo humano, 1993: Invertir en salud, Washington.
- Bauman, Z. (2002). Modernidad líquida, Buenos Aires, FCE.
- Bruner, J. S. (2003). La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida, Buenos Aires, FCE.
- Campo, R. (2005). "The Medical Humanities" for Lack of a Better term. *JAMA*, 294(9), 1009-1011.
- Dreier, O. (2005). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social. En Pérez, G., Alarcón, I. de L., Yoseff, J. J. & Salguero, M. A. (eds.), *Psicología Cultural*, México, UNAM, pp. 30-51.
- Foucault, M. (2012). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, México, Siglo XXI.
- Gadamer, H. (1997). Mito y razón, Barcelona, Paidós Ibérica.
- Gadamer, H. (2001). El estado oculto de la salud, Barcelona, Gedisa.
- Gadamer, H. (2012). Verdad y método, vol. I, Salamanca, Sígueme.
- Gergen, K. J. (2007). Construcción social, aportes para el debate y la práctica, Bogotá, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes/ CESO.
- Gomes, M. & Schraiber, L. (2011). A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface*. Botucatu, 15(37), 336-50.
- Heritage, J. & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health communication*, 19(2), 89-102.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351-374.
- Martínez, P. & Perdomo, A. (2014). La cultura en las organizaciones y servicios de salud: Una aproximación teórica a sus implicaciones. *Salud Problema*, segunda época, año 8, pp. 75-87.
- Marx, K. (2006). El trabajo enajenado, en Marx, K., *Manuscritos económicos-filosóficos de 1844*, Buenos Aires, Colihue, pp. 99-103.
- Maynard, D. W. & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical education*, 39(4), 428-435.
- Melich, J. C. & Bárcena, F. (2000). La educación como acontecimiento ético, Buenos Aires, Paidós.
- Merhy, E. E. (2006). Salud: Cartografía del trabajo vivo, Buenos Aires, Lugar.
- Morey, M. (1988). Los presocráticos. Del mito al logos, Barcelona, Montesinos.
- Morin, E. (2009). El método, vol. IV, La humanidad de la humanidad, Madrid, Cátedra.
- Schraiber, L. B. (1993). O médico e seu trabalho: limites da liberdade, Sao Paulo, Hucitec.
- Siciliani, J. M. (2014). Contar según Jerome Bruner. *Itinerario Educativo*, xxviii (63), 31-59.
- Sousa-Campos, G. W. (2001). Gestión en salud: En defensa de la vida, Buenos Aires, Lugar.
- Strawson, G. (2004). Against narrativity. *Ratio*, 17 (4), 428-52.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações, en Pinheiro, R. & Araujo de Matos, R. (eds.), *Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ/ABRASCO, pp. 89-111.
- Trigos, C. R. (2003). Visión panorámica de los estudios sobre la narración. *Revista de Humanidades, Tecnológico de Monterrey*, (15), 95-119.
- Vegetti, M. (1981). Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma, Barcelona, Península.
- Vickers, C. H., Goble, R. & Lindfelt, C. (2012). Narrative Co-Construction in the Medical Consultation: How Agency and Control Affect the Diagnosis, Communication & medicine, 9(2), 159-171.
- Woods, A. (2011). The Limits of Narrative: Provocations for the Medical Humanities. *Journal of Medical Humanities*, 100(45), 0-6.



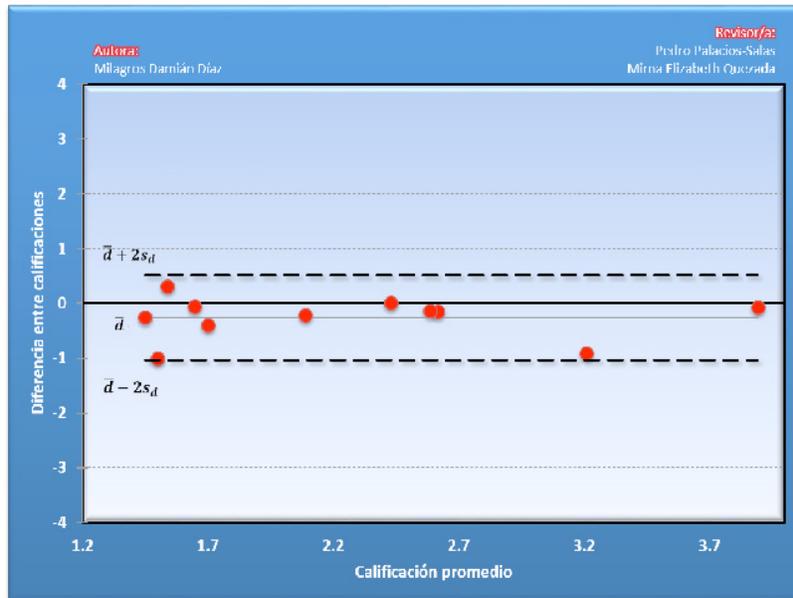


DIMENSIÓN CUANTITATIVA

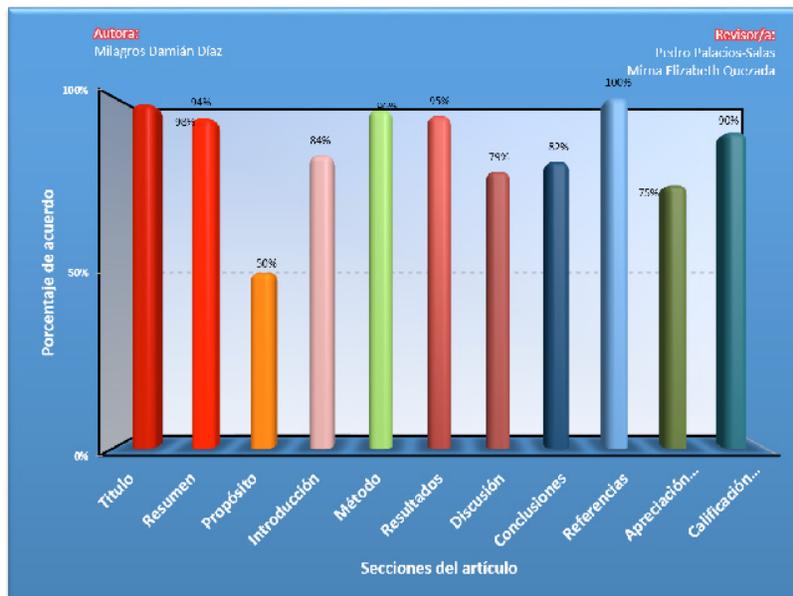
Perfil de Evaluación entre pares



Índice de Concordancia



Índice de Acuerdo



DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Analia Veronica Losada	Marcelo Del la Mora
Título/Autoría	
Es correcto.	Los autores toman aportes que no son exclusivamente de Bruner. Sería interesante hacer más foco en las narrativas.
Resumen	
El resumen es correcto.	Se observan definiciones teóricas de las narrativas pero no se destacan las producidas en el trabajo de los autores.
Próposito del Estudio	
El trabajo persigue un proposito claro y en linea con investigaciones actuales.	La propuesta es muy interesante. Sugiero que se agreguen las narrativas que fueron más significativas escuchadas en el día-a-día laboral de los autores, y las articulen con los aportes teóricos; enriquecería mucho más el manuscrito.
Introducción	
Es de vital importancia para su publicacion el quitar las negrillas, comillas el uso de parentesis para aclaraciones. Revisar muy bien las referencias ya que algunas estan en negro y otras en gris. Ademas en las referencias no se respetan las cursivas de Normas APA.	Revisar el Manual de Estilo de la American Psychological Association (APA) para referenciar adecuadamente todas las fuentes consultadas



Revisor 1	Revisor 2
Método	
No aplica.	Evidentemente los autores han sido interrogados/convocados por la propuesta de articular las narrativas de sus prácticas con los aportes teóricos de algunos estudios de campo; sería muy valorado que puedan incluir algunas narrativas ilustrativas. Por ejemplo, comienzan con una narrativa “Me llena de angustia cuando escucho una médica interna referir a su paciente como el cáncer de mama del cuarto 718” tomada de Campo (2005), que invita a una lectura en esa línea de trabajo.
Resultados	
No aplica por tratarse de una publicación del tipo ensayo.	Considerados en el punto anterior.
Discusión	
Debe retirarse la palabra conclusiones y colocar Discusión. También retirarse el subtítulo coda.	No aplica, pero sería importante agregar una articulación práctico(narrativas)-teórica
Conclusiones	
Por el tipo de artículo más del tipo ensayo las características del mismo son diferentes. Pero el trabajo es muy bueno y relevante.	Las conclusiones parecen desarticuladas con el cuerpo del trabajo
Referencias	
Es de vital importancia para su publicación el quitar las negrillas, comillas el uso de parentesis para aclaraciones. Revisar muy bien las referencias ya que algunas están en negro y otras en gris. Además en las referencias no se respetan las cursivas de Normas APA.	Muy deficiente. Se mezclan autores citados por apellido y por nombre; se alternan mayúsculas y minúsculas; se observan citas incompletas. Revisar el Manual de Estilo de la American Psychological Association (APA) para referenciar adecuadamente todas las fuentes consultadas



