

# Cómo el poder y las políticas públicas influyen en el cuidado cotidiano en salud mental

Gubernamentalidad, moral y resistencia en salud mental:  
aportes desde la antropología política

**How power and public policy shape everyday mental health care**  
Governmentality, morality, and resistance in mental health: insights from  
political anthropology

Rafael Sepúlveda<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**E**ste artículo analiza críticamente cómo el poder, las políticas públicas y los dispositivos institucionales configuran el cuidado en salud mental en Chile. Desde la antropología política, se exploran las nociones de gubernamentalidad, subjetivación y resistencia, integrando autores como Michel Foucault, Didier Fassin, Veena Das, João Biehl, James C. Scott, Pierre Bourdieu, Sandra Caponi y Vicente Sisto. El foco está en la experiencia de equipos clínicos de la red pública, mostrando cómo su trabajo cotidiano se tensiona por lógicas burocráticas, exigencias de eficiencia y jerarquías morales del sufrimiento. Con ejemplos situados y análisis crítico, se visibilizan formas de cuidado como resistencia ética dentro de restricciones institucionales, y se proponen implicancias prácticas para fortalecer el vínculo terapéutico y el horizonte comunitario.

*Palabras clave: Gubernamentalidad, Economía moral del sufrimiento, Gerencialismo en salud, Cuidado como resistencia, Salud mental comunitaria.*

## ABSTRACT

---

This article critically examines how power, public policies, and institutional devices shape mental health care in Chile. Drawing on political anthropology, it explores governmentality, subjectivation, and resistance through the works of Michel Foucault, Didier Fassin, Veena Das, João Biehl, James C. Scott, Pierre Bourdieu, Sandra Caponi, and Vicente Sisto. The focus lies on the lived experience of public mental health teams, showing how daily practices are constrained by bureaucratic logics, efficiency demands, and moral hierarchies of suffering. Through situated examples and critical analysis, the article highlights forms of care-as-ethical-resistance within institutional constraints and offers practice-oriented implications for community-based services.

*Key words: Governmentality, Moral economy of suffering, Managerialism in health, Care as resistance, Community mental health.*

---

Recibido el 1 de noviembre de 2025. Aceptado el 30 de abril de 2026.

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

## **1. EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL COMO TERRENO DE DISPUTA POLÍTICA**

---

La salud mental pública en Chile ha sido, históricamente, un campo de disputa no solo técnica o administrativa, sino política en sentido profundo. Se disputan definiciones de normalidad y sufrimiento, la ciudadanía de quienes reciben atención, y el papel del Estado en la producción de subjetividades tratables. La perspectiva de antropología política permite leer este campo como un espacio donde se juegan relaciones de poder, se definen sentidos del cuidado y se articulan formas de dominación y resistencia.

Tras el retorno a la democracia, la reforma orientada al modelo comunitario buscó desinstitucionalizar, territorializar y ampliar el componente psicosocial. Sin embargo, su despliegue ha sido fragmentado y tensionado por lógicas biomédicas, eficientistas y de control. La hegemonía —en sentido gramsciano— opera como dirección intelectual y moral que produce sentido común; aplicado al campo de la salud mental, ello ayuda a explicar la naturalización de que la atención “correcta” prioriza diagnosticar, tratar y medir (Gramsci, 1971). Esta gramática se refuerza mediante habitus y jerarquías profesionales, reproduciendo autoridad clínica y lenguaje técnico que pueden eclipsar otros saberes y formas de cuidado (Bourdieu, 1994).

En la práctica, decisiones aparentemente rutinarias —qué se considera crisis, cuándo derivar a hospital, cómo registrar un relato— reenvían a disputas sobre qué vidas merecen cuidado prioritario, qué subjetividades son aceptables y qué sufrimientos resultan inteligibles para el sistema. Esta politicidad del quehacer se vuelve visible cuando los equipos sostienen el vínculo con usuarios que “no calzan” con el protocolo, o cuando negocian el tiempo clínico para escuchar aquello que no cabe en el formulario.

Medina y Carrasco (2018) muestran, desde una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario, cómo tecnologías de gestión (p. ej., SIGGES) reordenan prioridades y consolidan un control que se articula con desigualdades de género, clase y etnia, generando trayectorias de cuidado marcadas por estigmatización y exclusión.

## **2. GUBERNAMENTALIDAD Y GESTIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO**

---

Con Foucault (2006), la gubernamentalidad nombra la racionalidad por la que el Estado no solo disciplina, sino produce sujetos mediante

prácticas, discursos y tecnologías de gestión. En salud mental, esto se expresa en dispositivos que clasifican y priorizan el sufrimiento según criterios administrativos: metas, trazabilidad, indicadores, Registro Clínico Electrónico (RCE). La pregunta implícita deja de ser únicamente “¿qué necesita esta persona?” y pasa a ser “¿cómo se gestiona esto en el sistema?”

Esta racionalidad gerencial reconfigura la práctica, despojándola de parte de su dimensión ética y relacional (Sisto & Zelaya, 2013). Caponi (2015) muestra que dichas tecnologías de gobierno producen un sujeto responsabilizado de sí: se espera que autogestione su malestar, se adhiera y rinda. De este modo, la figura del “paciente cumplidor” opera como un criterio moral que condiciona el acceso y la calidad del cuidado.

Fassin (2009; 2012) aporta la noción de economía moral del sufrimiento: el Estado jerarquiza vidas, distribuye selectivamente escucha y cuidado. En salud mental, el sufrimiento “difícil” —cronicidad, consumo, migración, calle— es con frecuencia derivado, rebotado o silenciado. Para los equipos, esto produce dilemas morales cotidianos: ¿cómo sostener el cuidado cuando el tiempo no alcanza?, ¿cómo escuchar lo que no cabe en la ficha?, ¿cómo acompañar cuando los recursos están atados a indicadores? Estas tensiones atraviesan la subjetividad profesional. Sumado a ello, la burocratización puede generar malestar e incluso daño moral (moral injury) en quienes trabajan en salud, cuando deben actuar en contra de sus convicciones clínicas o éticas (Litz et al., 2009).

En este marco, existen comunicaciones recientes sobre cómo el managerialismo y los dispositivos de gestión producen tensiones éticas concretas en la clínica cotidiana —por ejemplo, la primacía de prestaciones “contables” por sobre intervenciones relacionales— y descripciones de micro-resistencias clínicas (reorganización de tiempos, ajustes de flujos, decisiones discrecionales orientadas a proteger el vínculo) que funcionan como cuidado contra-hegemonico (Sepúlveda, 2025)

## **3. DISPOSITIVOS, FORMULARIOS Y EL “IDIOMA” DEL SISTEMA: UNA ETNOGRAFÍA DEL PODER**

---

El dispositivo (Foucault, 1998) es un entramado donde se articulan discursos, normas, espacios, registros y tecnologías que orientan el ver, pensar y actuar. En salud mental, Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC/COSAM), protocolos, RCE, comités técnicos, formatos de categorización, entrevistas estructuradas y rutas

de derivación operan como mallas que canalizan práctica y experiencia.

La etnografía del dispositivo (Sisto & Zelaya, 2013) permite observar cómo estos artefactos definen tiempos (15, 30, 45 minutos), jerarquías (quién habla, quién decide), elegibilidad (qué es atendible), y efectos de verdad (qué cuenta como intervención válida). Por ejemplo, RCE habilita la trazabilidad pero excluye relatos complejos; lo que no se codifica no existe en el orden del informe. Ese “idioma del sistema” —checklists, casillas, códigos— fabrica caso, configurando la realidad clínica.

Esta lectura no demoniza la gestión: reconoce su utilidad sanitaria, a la vez que muestra cómo estrecha el campo de lo pensable. El punto es distinguir cuándo el dispositivo facilita cuidado y cuándo lo anula. La pregunta clínica-política se vuelve concreta: ¿cómo conservar márgenes de flexibilidad para sostener el vínculo, reconocer itinerarios y valorar saberes locales?

#### **4. SUBJETIVACIÓN, VIDA COTIDIANA Y LA POLÍTICA DE LA VIDA**

La subjetivación —cómo nos convertimos en ciertos tipos de sujetos— ocurre en la vida cotidiana del vínculo clínico. Das (2007) muestra que allí se inscriben traumas, duelos y violencias de baja intensidad; el daño no siempre es espectacular, muchas veces es silencioso. La consulta puede reparar o herir. La presencia del Estado se hace tangible en la trama de esa relación, aun cuando nadie nombre “el Estado”.

Con Fassin (2009; 2012), podemos pensar una política de la vida: cómo se valora, jerarquiza y salva la vida de forma diferencial. En salud mental, ciertos sufrimientos obtienen atención preferente, otros reciben pedagogía de la obediencia (adhesión, responsabilidad individual). Se trata de una moral pública que organiza la compasión, el reproche y la distribución de recursos, midiendo méritos y culpas. En el extremo, Biehl (2005) documenta zonas de abandono social: vidas expulsadas de la inteligibilidad institucional. Aunque su etnografía es brasileña, resuena en Chile cuando vemos trayectorias que “quedan fuera” del circuito comunitario: discontinuidades de atención, puertas giratorias entre urgencia, hospital y calle.

#### **5. RESISTENCIAS PROFESIONALES: CUIDADO COMO POLÍTICA COTIDIANA**

La resistencia no ocurre solo en la protesta abierta. Scott (1990) llama infrapolítica a esas prácticas pequeñas —desvíos, silencios, gestos— que

desacralizan el orden sin declararlo. En los equipos de salud mental, esto aparece como “trampitas clínicas” (Andrade, 2015): reacomodos de agenda para seguir a un usuario grave por teléfono, extender una sesión cuando hay riesgo, inventar un sobrecupo, añadir una visita domiciliaria no programada, proteger el vínculo cuando el protocolo no ayuda.

Estas micro-decisiones no son negligencia; son ética en acción. No romantizan la desobediencia: muestran un criterio profesional que, ante marcos demasiado estrechos, rescata lo esencial del cuidado. La etnografía del dispositivo permite reflexionar colectivamente sobre estas estrategias, distinguiendo cuándo habilitan justicia y cuándo generan sobrecarga o riesgo institucional.

En la literatura hispanoamericana, Desviat (2014) articula esta defensa de una clínica ampliada, en diálogo con la salud colectiva, contra la reducción del síntoma a signo biomédico. Esta perspectiva resuena con hallazgos locales que reposicionan el vínculo como eje del cuidado en contextos de alta presión por resultados (Sepúlveda, 2023; 2025).

#### **6. IMPLICANCIAS PRÁCTICAS PARA EQUIPOS DE LA RED**

A partir del análisis, proponemos herramientas aplicables que no requieren recursos extraordinarios y pueden implementarse por equipos:

1. Anotar lo no codificable (minuto ético). Reservar 1–2 minutos de cada sesión para registrar en texto libre (en los espacios de texto libre del RCE, en bitácora interna del equipo) lo clínicamente significativo que no tiene casilla: duelos, violencias, cuidados informales. Esta práctica construye continuidad narrativa y protege el criterio clínico (Das, 2007).
2. Acordar semáforo de flexibilidad. Acordar como equipo criterios explícitos para flexibilizar tiempo/agenda en casos con riesgo psicosocial, comorbilidades o barreras de acceso. La decisión deja de ser “personal” y pasa a ser colectiva y trazable (Sisto & Zelaya, 2013).
3. Explicitar metas con sentido clínico. Reescribir al inicio del mes 1–2 metas propias del equipo (p. ej., “contacto proactivo con usuarios en abandono reciente”), compatibles con las metas institucionales, para alinear gestión y cuidado (Foucault, 2006).
4. Dar fluidez a los circuitos de cuidado.

- Identificar y simplificar 2–3 cuellos de botella (derivaciones, entrega de fármacos, coordinación con APS). Pequeños acuerdos interdispositivos o interservicios reducen desgaste del usuario y del equipo (Bourdieu, 1994).
5. Revisión moral de casos. Incorporar mensualmente una instancia corta para revisar 2 casos con foco en dilemas morales: ¿quiénes están quedando “fuera”? ¿cómo lo sabemos? ¿qué alternativa es posible? (Fassin, 2012; Litz et al., 2009).
  6. Mapa de cuidado comunitario. Actualizar trimestralmente un mapa de recursos barriales no sanitarios (comedores, clubes, grupos). El anclaje comunitario disminuye recaídas y renueva la identidad del servicio.
  7. Acompañamiento entre pares del equipo. Rotar a duplas breves de observación/feedback para evitar el aislamiento del clínico, mejorar criterio, y cuidar al cuidador (Das, 2007).

Estas acciones no sustituyen políticas ni presupuestos; son políticas del cuidado en escala micro, que despresurizan al equipo, protegen el vínculo y reencantan la práctica.

## **7. DISCUSIÓN: ENTRE LA GERENCIA Y EL CUIDADO, ¿QUÉ MODELO DEFENDEMOS?**

El modelo comunitario chileno ha sido reencuadrado por lógicas gerenciales. No se trata de oponer “gestión mala” versus “clínica buena”, sino de repolitizar qué gestionamos y para qué. Si lo medible desplaza lo valioso, la gestión termina anulando la comunidad que dice promover. Con Foucault (2006), vemos que el poder circula y se resiste en el mismo movimiento: los equipos no son ejecutores ciegos; reinterpretan, negocian y reinventan. Con Fassin (2009; 2012), comprendemos que el sufrimiento se jerarquiza moralmente; los equipos pueden desobedecer compasivamente esa jerarquía seleccionando alianzas: priorizar trayectorias invisibles y devolver inteligibilidad a quien fue expulsado del lenguaje del sistema. Con Das (2007), recordamos que la cita clínica es un lugar de mundo: allí se decide si la palabra del usuario encuentra casa.

## **8. CONCLUSIONES**

1. La salud mental pública en Chile es un campo político donde se definen vidas y posibilidades.

2. La gubernamentalidad y los dispositivos ordenan la práctica, pero estrechan la escuela; reconocerlo permite abrir márgenes de flexibilidad justa.
3. Existen jerarquías morales del sufrimiento; los equipos las resisten cuando reconocen historias que el formulario no capta y producen cuidado a pesar de la fricción institucional.
4. El cuidado es una forma de resistencia: para a usuarios, sostiene equipos y reencanta el sentido del servicio público.
5. Las pistas aplicables propuestas son modestas pero acumulativas; su fuerza está en hacer colectivo lo que muchas veces se vive en soledad.

## **REFERENCIAS**

- Andrade, G. (2015). Hacer trampita para sobrevivir: significaciones sobre el tratamiento de la depresión en atención primaria. *Psicoperspectivas*, 14(3), 117–127. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol14-issue3-fulltext-603>
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. University of California Press.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Seuil.
- Caponi, S. (2015). Biopolítica y medicalización: notas para un debate contemporáneo. *Revista Sociedad y Equidad*, (8), 45–66. <https://doi.org/10.5354/0718-8462.2015.37858>
- Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. University of California Press.
- Desviat, M. (2014). Clínica, reforma psiquiátrica y salud colectiva. *Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales*, (42), 13–26. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/733>
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1237–1266. <https://doi.org/10.1017/S0395264900007876>
- Fassin, D. (2012). *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Éditions Hautes Études.
- Foucault, M. (1998). *Microfísica del poder* (2.ª ed.). La Piqueta.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica.

- Gramsci, A. (1971). *Selections from the Prison Notebooks*. International Publishers.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- Medina, S., & Carrasco, J. (2018). El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: Una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario. *Physis*, 28(4), e280424. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280424>
- Scott, J. C. (1990). *Domination and the Arts of Resistance: Hidden Transcripts*. Yale University Press.
- Sepúlveda, R. (2023). Desafíos y perspectivas en la política pública de salud mental en Chile: comprender el proceso de salud/enfermedad/atención-prevención desde la mirada de las personas. *Intervención*, 13(1), 1–17. <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.177>
- Sepúlveda, R. (2025). Cuando cuidar se vuelve difícil: gestión, dispositivos y tensiones éticas en salud mental. *Cuadernos Médico-Sociales*, 65(2), 5–9. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n.2.2025.2285>
- Sisto, V., & Zelaya, V. (2013). La etnografía de dispositivos como herramienta de análisis y el estudio del managerialismo como práctica local. *Universitas Psychologica*, 12(2), 439–450. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-2.eddh>