

# Resistencias profesionales en el marco del programa de reparación a víctimas de las violaciones de derechos humanos ocurridas durante la dictadura en Chile<sup>1</sup>

<https://doi.org/10.25058/20112742.n56.02>

CARLA CUBILLOS-VEGA<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-3306-8787>

Universidad Complutense de Madrid,<sup>3</sup> España

carlacub@ucm.es

JUAN BUSTAMANTE DONOSO<sup>4</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5899-3207>

Universidad de Valparaíso<sup>5</sup>, Chile

juan.bustamante.donos@gmail.com

GIANNINA MUÑOZ ARCE<sup>6</sup>,

<https://orcid.org/0000-0003-4582-0507>

Universidad de Chile<sup>7</sup>

gianinna.munoz@uchile.cl

Cómo citar este artículo: Cubillos-Vega, C., Bustamante Donoso, J. & Muñoz Arce, G. (2025). Resistencias profesionales en el marco del programa de reparación a víctimas de las violaciones de derechos humanos ocurridas durante la dictadura en Chile. *Tabula Rasa*, 56, 23-47. <https://doi.org/10.25058/20112742.n56.02>

Recibido: 26 de julio de 2023

Aceptado: 20 de agosto de 2024

<sup>1</sup> Financiación: este artículo producto de investigación, se enmarca en los siguientes proyectos:

- Proyecto PIA/Conicyt Anillo SOC 180007. "Political culture and post-dictatorship: Memories of the past, struggles of the present and challenges of the future".
- ANID/REC Convocatoria Nacional Subvención a Instalación en la Academia, Año 2020, PAI77200019, «Los derechos humanos como guion: políticas públicas de reparación, justicia social y educación superior crítica».
- ANID- Fondecyt Regular 1201685 «Resistencias profesionales en la primera línea de implementación de programas sociales».
- Beca Doctorado Nacional Conicyt-ANID Programa Formación de Capital Humano Avanzado.

<sup>2</sup> Doctora en trabajo social de la Universidad Complutense de Madrid.

<sup>3</sup> Profesora en la Facultad de Trabajo Social.

<sup>4</sup> Magister en psicología clínica, Universidad de Valparaíso.

<sup>5</sup> Escuela de Psicología.

<sup>6</sup> PhD in Social Work, University of Bristol.

<sup>7</sup> Profesora titular del Departamento de Trabajo Social.

*Resumen:*

Abordamos la implementación de la política chilena de reparación a las víctimas de los crímenes de lesa humanidad ocurridos durante la dictadura cívico-militar de 1973-1990. El objetivo es analizar la dimensión subjetiva de la implementación del programa de reparación a las víctimas de las violaciones de derechos humanos ocurridas durante la dictadura, explorando los discursos de profesionales de atención directa o primera línea. Para ello se ha realizado un estudio cualitativo consistente en la realización de diez entrevistas abiertas con profesionales que implementan el programa en la región de Valparaíso. Los hallazgos sugieren que el programa se basa en un modelo de gobernanza terapéutica que tiene una serie de implicancias en la implementación del programa. En consecuencia, los/las profesionales articulan prácticas de resistencia como respuesta a las lagunas de la política formal y el modelo en que se inserta.

*Palabras clave:* derechos humanos; reparaciones; implementación de programas; resistencias profesionales, gobernanza terapéutica.

## **Professional Resistances in the Program of Reparation for Victims of Human Rights Violations During Chile's Dictatorship**

*Abstract:*

The implementation of the Chilean reparations policy for victims of crimes against humanity committed during the 1973–1990 civil-military dictatorship is dealt with here. We aim to analyze the subjective dimension in the implementation of the reparations program for victims of human rights violations occurred during the dictatorship, by exploring the discourses of frontline care professionals. To this end, a qualitative study was conducted, consisting of ten open interviews with practitioners in charge of implementing the program in the Valparaíso region. Findings suggest that the program is based on a therapeutic governance approach carrying a series of implications in its implementation. In response, practitioners engage in resistance practices to counter the gaps in formal policy and the approach within which it operates.

*Keywords:* human rights; reparations; program implementation; professional resistance, therapeutic governance.

## **Resistências profissionais no contexto do programa de reparação de vítimas de violações de direitos humanos ocorridas na ditadura no Chile**

*Resumo:*

Abordamos a implementação da política chilena de reparação de vítimas dos crimes de lesa humanidade ocorridos durante a ditadura cívico-militar de 1973-1990. O objetivo é analisar a dimensão subjetiva da implementação do programa de reparação para as vítimas das violações de direitos humanos acontecidas na ditadura, estudando os discursos de profissionais de atenção direta ou primeira linha. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo que supôs a elaboração de dez entrevistas abertas com profissionais que implementam o programa na região de Valparaíso. Os achados sugerem que o programa

se baseia em um modelo de governança terapêutica que tem uma série de implicações na implementação do programa. Em consequência, as/os profissionais articulam práticas de resistência como resposta às lacunas da política formal e o modelo em que se insere.

*Palavras-chave:* direitos humanos; reparações; implementação de programas; resistências profissionais; governança terapêutica.

## Introducción

El Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) es una política de reparación que contempla la atención médica reparadora e integral en el ámbito físico y mental, como respuesta a las secuelas sufridas por un importante segmento de la sociedad, tras los crímenes de lesa humanidad sufridos durante la dictadura cívico-militar desarrollada en Chile entre 1973-1990. Esta política nace al inicio del período de transición en la década de los 90, junto con una serie de medidas de justicia transicional (JT) dirigidas a las víctimas directas de la represión del Estado.

Los mecanismos de JT suelen ser la justicia penal; iniciativas para el establecimiento de la verdad o esclarecimiento de hechos; medidas de reparación para las víctimas; reformas institucionales orientadas a la democratización de la sociedad; y políticas de memoria (Duggan, 2005; ICTJ, 2020). De Greiff (2011) distingue dos acepciones de las medidas de reparación: (I) la jurídica, apreciada tradicionalmente en el campo del derecho internacional, donde las reparaciones, en un sentido muy amplio, adoptan diversas formas: restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición; y (II) en un sentido más restringido, aquella utilizada en el ámbito local, en el diseño de programas de reparación cuyo objeto es ofrecer beneficios a las víctimas directamente, como es el caso del programa PRAIS. Atendiendo a la primera acepción (más amplia), el PRAIS sería una medida de *rehabilitación*, aunque incompleta, pues de acuerdo con el marco del derecho internacional, las medidas de rehabilitación suponen la atención médica, psicológica y servicios sociales y jurídicos (Van Boven 1993; De Greiff, 2011).

Tras el fin de la dictadura en Chile, la respuesta a las violaciones de DD. HH. se materializó en un modelo de JT basado principalmente en la aspiración a la reconciliación nacional, caracterizado por una política orientada principalmente al esclarecimiento de la verdad, materializada en la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (CNVR), de la cual se derivaron una serie de sugerencias en materia de reparación material y simbólica. Entre las políticas de reparación en su dimensión rehabilitadora, el Informe de la CNVR recomendó una serie de medidas en materia de salud, entre ellas, desarrollar uno o varios programas de

atención especializada en salud dirigidos a personas que hubiesen sido sometidas a traumatización extrema física y mental, así como también a quienes hubiesen intervenido en prácticas de tortura en recintos de detención o colaborado en los graves actos objeto de la Comisión (CNVR, 1991). Dicha atención en salud se concretó con la implementación del Programa PRAIS en 1992, en el marco del cual se brindaría a sus destinatarias/os asistencia gratuita en el sistema público de salud, seleccionando a aquellas personas que requiriesen atención especializada en salud mental a través de terapia individual, grupal o familiar (Hails, 2009).

El contexto en el que se enmarcó —y se enmarca— el PRAIS ha sido de especial relevancia para dificultar su cometido. La Constitución vigente incapacita al aparato político para la toma de decisiones que transformen el modelo social, económico y político neoliberal impuesto durante la dictadura. En lo que respecta al derecho social a la salud, el Estado solo satisface el contenido mínimo de este, de modo subsidiario y en el marco de un servicio carente de recursos humanos, técnicos y materiales idóneos para garantizar su calidad. En ese marco, el PRAIS surgió como una política sectorializada, dependiente del Ministerio de Salud —más en concreto de la Unidad de Salud Mental— (Bustamante-Danilo & Carreño-Calderón, 2020). Por tanto, no integró la dimensión de atención jurídica (los servicios jurídicos se han omitido del programa) y social (los servicios sociales prestados son mínimos) que toda política rehabilitadora debiera contener, en un marco de reparaciones por violaciones de DD. HH. (Cubillos-Vega, 2023).

De su análisis programático se ha podido concluir que el PRAIS no se diseñó desde un inicio como una política integral, sino que se ha ido improvisando con los años, no conteniendo una lógica que garantice el cumplimiento de sus objetivos, a la vez que la gratuidad de sus prestaciones se ha sustentado en una política sanitaria general preexistente (Cubillos-Vega, 2023). Asimismo, varias/os autores coinciden en la necesidad de un mayor compromiso del Gobierno mediante una mayor dotación presupuestaria y de recursos humanos; la implementación de mecanismos de coordinación internos con todo el servicio público de salud; y mecanismos de coordinación externos, para una actuación intersectorial que efectivamente se oriente a la prevención de la retraumatización y la revictimización (Lira, 1996; Hails, 2009; Madariaga, 2018; Bustamante-Danilo & Carreño-Calderón, 2020).

El objetivo de este trabajo es analizar la implementación del programa PRAIS desde la primera línea, es decir, a través de la labor de sus profesionales de atención directa, centrándonos en el caso del programa PRAIS de la Región de Valparaíso. Analizar esta dimensión micro o subjetiva de la implementación es importante porque estos factores dan forma, adaptan y transforman las orientaciones de la política pública, teniendo consecuencias directas en las vidas de las personas destinatarias de sus programas o servicios (Strier & Bershtling, 2016; Weinberg & Banks, 2019; Evans & Hupe, 2020).

La relevancia del estudio radica en que exploramos un ámbito no abordado en el campo de la JT, pues, en general, son poco abundantes las investigaciones en materia de análisis de la implementación de la política reparatoria, tanto en el caso chileno como en otros a escala global. Por otra parte, no existen estudios previos sobre la implementación de este tipo de políticas en la primera línea de la intervención social o estudios que analicen el uso de la discreción profesional y eventuales prácticas de resistencia profesional en el campo de la JT. Por último, este trabajo también representa una oportunidad, ya que las recientes violaciones de DD. HH. ocurridas en el marco del reciente estallido social de 2018 (O-18) interpelan indudablemente nuevos enfoques reparatorios.

A continuación, ofrecemos una breve reseña del encuadre teórico conceptual que ha servido de referencia para el análisis de la información obtenida tras el trabajo de campo: el marco generado para las políticas de reparación en el ámbito de la salud en un contexto de observancia de los DD. HH., la gobernanza terapéutica y el manejo social del riesgo; y la noción de micro resistencias profesionales en el campo de la implementación de políticas públicas.

### **Políticas de reparación en salud y derechos humanos: gobernanza terapéutica y manejo social del riesgo**

En la actualidad, la reparación de las secuelas traumáticas, desde el abordaje en salud, parece casi natural y una respuesta «humanitaria». Sin embargo, en el periodo de finalización de la Guerra Fría y en el marco de los procesos de democratización que siguieron a continuación, Chile desarrolló un tipo de respuesta única a nivel mundial (De Greif, 2006) enfocada en el abordaje de las secuelas en la salud tanto física como mental, movilizando procesos reparatorios pecuniarios, pero negando el acceso a la justicia tradicional, en un marco de impunidad y transición pactada (Lira & Loveman, 2005). En esta sección, argumentaremos que este tipo de respuesta tiene sus raíces en una mirada bastante específica de comprender cómo abordar y lidiar con las sociedades postconflicto (Lasch, 1995).

Entre la escasa literatura que aborda la diversidad de respuestas (en comparación con la abundante literatura legal<sup>8</sup>), en el contexto internacional, Chile figura como un ejemplo de buenas prácticas que emergen desde el Estado tras un proceso

<sup>8</sup> Para un análisis comprensivo de la justicia transicional a partir de 1945, véase Elster (2006).

de represión política y terrorismo de Estado (Lykes & Mersky, 2006) dado que, entre la mayoría de las experiencias en el campo de la JT, la rehabilitación —particularmente en salud— ha sido una expectativa inaccesible para las víctimas.

Para nuestro análisis resulta importante detenernos en el abordaje específico de la reparación a través de la salud, pues la política delegada en Chile en dicha materia concuerda con los estándares internacionales sobre el abordaje del terrorismo de

Estado, que imponen condiciones específicas a los países. La política internacional en esta materia pone el foco en el estado psicológico de la población afectada por las secuelas del terrorismo de Estado, su sufrimiento, cicatrices emocionales y su sensación de desesperación e indefensión (Pupavac, 2005). Ver las experiencias a través de un lente terapéutico, del abordaje y estudio del trauma y, por tanto, de la intervención psicosocial se ha vuelto una parte integral de la respuesta humanitaria que implementan los Estados y que los sistemas internacionales de derecho exigen a los mismos.

Sin embargo, pese a que esta intervención psicosocial se ha vuelto un componente clave en la política, aún persiste confusión sobre su definición y el concepto en el ámbito académico aún se encuentra subestudiado. Por ello, a continuación, exploramos el concepto de gobernanza terapéutica como una nueva forma de gobernanza internacional basada en el manejo del riesgo social a través de la intervención psicosocial y sus efectos en la transformación de lo político en administrativo.

En la actualidad, el modelo psicosocial se encarna y materializa en la política internacional del manejo del riesgo social. La perspectiva psicosocial tiene sus raíces en la psicología social, en el marco de su valoración posterior a la Segunda Guerra Mundial. Su influencia puede ser leída en la constitución de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) que plantea en 1945 que las guerras se inician en la mente de las personas, por tanto, es allí donde debe ser construida la defensa de la paz (1993). Con ello se comenzó a prestar atención al manejo del conflicto y a los caminos tomados por los nuevos países en vías de desarrollo. Sin embargo, las aproximaciones psicosociales fueron relativamente marginales durante la Guerra Fría, pues el bloque soviético y los países no alineados rechazaron la mirada angloamericana de funcionalismo psicológico: tratar la guerra como disfuncionalidad psicológica fue visto como un intento de deslegitimar los movimientos de liberación en contra de la dominación colonial, por lo que se primó el foco en las desigualdades entre el norte-sur global y las aproximaciones estructurales para abordar el conflicto y el desarrollo (Gunder, 1967).

Con la caída del bloque soviético, la aproximación angloamericana del manejo del conflicto ha dominado las políticas internacionales, por lo que encontramos, a partir de los años noventa, una explosión de iniciativas internacionales basadas en las estrategias de manejo del riesgo psicosocial. A nivel de los Estados, la perspectiva de la psicología social se ha vuelto central para sus políticas internas, en cómo se relacionan con sus ciudadanos/as e incluso cómo los individuos se comprenden a sí mismos (Pupavac, 2001).

Estas perspectivas terapéuticas no están confinadas exclusivamente al ámbito de la salud mental, sino que informan el espectro completo de la política pública, fundada a su vez en una mirada contemporánea de los sujetos de derechos humanos concebidos como frágiles, apolíticos, víctimas vulnerables que deben ser protegidas

a través de intervenciones terapéuticas psicosociales (Shoshana, 2016). Al concebir al individuo como inseguro, la política social como manejo del riesgo social le asume como susceptible de disfuncionalidad psicológica y social, siendo un imperativo la contención de su disfuncionalidad; aumentando los servicios terapéuticos que acompañen a las/los ciudadanos desde la cuna hasta la tumba. A pesar de que el modelo de manejo de riesgo social implica la privatización de la provisión del bienestar, también involucra una mayor regulación de las relaciones en la esfera privada para asegurar la funcionalidad social y psicológica (Pollack, 2005).

Este paradigma se ha vuelto hegemónico en la relación de las instituciones con los individuos; por ejemplo, en la vida pública con las nuevas políticas de las emociones, en la economía con el apoyo psicosocial para el desempleo, o en la ley, con el giro de un sistema confrontacional hacia la mediación y las salidas alternativas que recurren a programas psicosociales. La consecuencia de este nuevo modelo terapéutico de control social (Lasch, 1984) es que la política convierte en objetivo la regulación y la atención del sujeto vulnerable. Bajo la gobernanza terapéutica, los derechos están siendo reconceptualizados en términos de reconocimiento y tutoría por el Estado (Pupavac, 2005). La comprensión terapéutica de la ciudadanía considera la autoestima como un prerequisite para ser un buen ciudadano/a, lo cual se vuelve un asunto público, propiedad pública. La resocialización y la estabilidad emocional se alcanza a través de programas que desarrollan habilidades, elaboran experiencias; cualquier fallo del Estado y los programas psicosociales en la provisión de este apoyo es visto como una falta grave, una irresponsabilidad social y, en último lugar, un incumplimiento de los compromisos internacionales en materia de garantía de DD. HH.

En el ámbito específico de las secuelas en la población con relación al terrorismo de Estado, el modelo psicosocial plantea que las experiencias que generan estrés desencadenan la aparición de síntomas traumáticos que causan disfuncionalidad, lo que a su vez lleva a la transmisión de la violencia, la repetición de patrones transgeneracionales. Ciertos autores/as que rescatan la aproximación a la reparación de los equipos de profesionales de organizaciones no gubernamentales que funcionaron durante dictadura (Lira, 2011) y que participaron de la creación de la norma técnica del programa PRAIS (Ministerio de Salud, 2006) plantean, por ejemplo, que la violencia hacia la familia, las/los profesionales u otras personas, respondería a la identificación inicial de las víctimas con sus torturadores, recurriendo a explicaciones internalizantes desde la teoría psicoanalítica. Desde esta posición se plantea la intervención en reparación con una mirada psicosocial para rehabilitar a las víctimas y romper los ciclos de trauma y violencia.

A la luz de un análisis de la producción de subjetividades y su cruce con la mirada biopolítica (Foucault, 2007) la imposición del paradigma terapéutico a las sociedades en postconflicto implica efectos preocupantes. La gobernanza

terapéutica reduce la democracia a un asunto de autoestima (Lasch, 1995). Los derechos, bajo la gobernanza terapéutica, generan la competencia por el estatus de víctima; situación ampliamente debatida y cotidiana para quienes trabajan en los programas de reparación, distanciando a quienes ejercen en áreas diferentes o atendiendo a diversos derechos. Esta situación se agrava por la impunidad judicial que, en la práctica, niega la sustancia de los derechos políticos. De otro lado, en vez de ser la sociedad la que formula la política, la política es formulada para ella (lógica *top-down*), pues los programas locales y las instituciones simplemente administran e imparten políticas diseñadas en el exterior. En consecuencia, se despolitiza a las personas destinatarias y a quienes trabajan más directamente en la reparación. Es en este escenario de gobernanza terapéutica donde nos interrogamos sobre la capacidad de agencia y/o uso de la discreción profesional con el ánimo de comprender los aspectos subjetivos que operan en las/los profesionales.

### **Las micro resistencias profesionales**

Los/as profesionales que implementan los programas sociales (*frontline professionals*), juegan un rol central en el ciclo de vida de las políticas públicas, siendo reconocidos en la literatura como quienes median y traducen los mensajes del Estado de cara a las/os ciudadanas (Lipsky, 1980). En este sentido, el proceso de implementación corresponde siempre a una adaptación realizada por estas/os profesionales de primera línea (Derthick, 1972; Pressman & Wildavsky, 1973) en la cual se concilian y/o entran en disputa diversos valores y enfoques, intereses y racionalidades (Ollaik & Medeiros, 2011) que además cambian en el tiempo y son sensibles al contexto sociopolítico en que los programas sociales son implementados (Martínez, 1998; Alfaro, 2013; Leyton, 2020; Elorza *et al.*, 2019). Desde esta perspectiva, la implementación es siempre un acto humano (Ollaik & Medeiros 2011) por tanto, adquiere forma dependiendo de «múltiples racionalidades y sistemas simbólicos, opciones políticas, ideológicas, técnicas y disciplinares, que se materializan en actores diversos entrelazados en procesos de interacción y negociación a distintos niveles» (Alfaro, 2013, p.6).

Hay acuerdo en la literatura respecto a que tanto el diseño como la implementación de los programas sociales no son eventos puramente técnicos sino también políticos, pues se producen en un marco de contradicciones (Schuttenberg, 2008; Peroni & Palma, 2013; Peroni, 2016; Alfaro, 2013; Muñoz Arce, 2020; Muñoz Arce & Pantazis, 2019), en el que distintos actores entrarían en una serie de negociaciones y disputas: «un juego de fuerzas entre múltiples actores y redes comunitarias que intentan influir en las acciones y decisiones según sus propios intereses» (Schuttenberg, 2008, p.159). Se asume, desde esta perspectiva, que la intervención del Estado encarna en sus programas sociales lógicas contradictorias y conflictivas, donde «los aparatos estatales, sus instituciones e intervenciones [operan] como cristalización de una determinada correlación de fuerzas entre



diferentes actores en pugna» (Elorza *et al.*, 2019, p.52). También donde las/os profesionales de primera línea tienen capacidad de agencia y usan su discreción o margen de maniobra (Lipsky, 1980) para tomar decisiones en una escala microfísica de la implementación (Mik-Meyer & Villadsen, 2013).

En este espacio microfísico de la implementación, las/os profesionales tienen la capacidad de añadir y omitir procedimientos de acuerdo con sus propias convicciones e intereses. Este asunto cobra especial relevancia cuando las/os profesionales no están de acuerdo con la racionalidad de la política que les corresponde implementar, o la consideran inapropiada o injusta (Strier & Bershtling, 2016). Esta dimensión contestataria frente a la política «ya sea implícita o explícitamente contestataria» es abordada en la sociología del trabajo bajo la noción de prácticas de resistencia profesional (Mumby *et al.*, 2017), siendo definida como la actitud desafiante que adoptan las/os profesionales en primera línea frente al mandato de los programas sociales, producida debido a su incomodidad o tensión frente al diseño de dichos programas y/o frente a la arquitectura político-institucional que los sustenta (Weinberg & Banks, 2019).

El uso de la discreción profesional, la capacidad de agencia de las/os profesionales que implementan programas desde una perspectiva crítica y sus actos de resistencia en el proceso de implementación no siempre son observados como aspectos favorables. La lógica de la fidelidad al diseño, de la necesidad de control jerárquico de la implementación ante los riesgos de desvío y debilitamiento de los valores institucionales ha sido ampliamente discutida en la literatura (Aguilar Villanueva, 1993; Martínez, 1998). Desde el análisis crítico de los estudios de implementación, la resistencia profesional es vista como un potencial que puede no solo poner en tensión los diseños de los programas sino también desafiar las lógicas *top-down* de política pública (Mota, 2020), generar discrepancias productivas o que permiten movilizar el conocimiento en los espacios de interfaz (Long, 2007) e interpretar reglas y gestar nuevas soluciones ante los nudos de la implementación (Roberts, 2001).

### ***Tipos de resistencia profesional***

«Resistencia» tiene su origen etimológico en el verbo en latín *resistere*, que indica mantenerse firme, persistir, oponerse sin perder el puesto. La palabra está compuesta por el prefijo *re*, aludiendo a la intensificación o reiteración de la acción (Corominas, 1954). La idea de resistencia alude a la posibilidad de desafiar el orden hegemónico a partir del uso de la discreción profesional, a través de la realización de acciones u omisiones que permiten reformular el sentido —en otras palabras, construir un «contrasentido»— frente a los diseños de los programas sociales (Strier & Bershtling, 2016). Se trata de actos que tienen lugar en el quehacer cotidiano: omitir información, contravenir reglas menores, añadir actividades no solicitadas en los diseños de los programas (Prior & Baines, 2009).

En este sentido, ejercer resistencia obedece a un intento por parte de las/os profesionales que implementan programas de cambiar el curso de lo establecido, ya sea sutilmente o de manera radical, ya sea individual, espontánea y silenciosamente, o ejerciendo resistencias colectivas, orquestadas y difundidas de manera pública (Muñoz Arce, 2020; Muñoz Arce & Pantazis, 2019).

Existen numerosos estudios sobre prácticas de resistencia profesional producidos en el marco de la implementación de programas sociales en el mundo anglosajón, por ejemplo la compilación de Mumby *et al.* (2017) o las tipologías de Strier & Bershtling (2016), que ejemplifican el abanico de posibilidades de resistencia que van desde las «resistencias sutiles», como las transgresiones menores a ciertas normas o disposiciones de política y las omisiones, retrasos o adelanto de procesos y procedimientos para beneficiar a las/os usuarios de programa, hasta las «resistencias radicales», como la renuncia bullada y las prácticas de *wistleblowing* (llamar a la prensa para dejar en evidencia malas prácticas de los programas sociales). Baines (2011) agrupó los actos de resistencia profesional en dos categorías: (1) la resistencia pasiva: el silencio, la marginación frente a una acción de política, el rechazo o no consentimiento de una orientación; y (2) la resistencia activa: la desobediencia civil, el activismo social organizado, la participación en movimientos sociales, la construcción de coaliciones, el uso del arte como una estrategia disruptiva y las manifestaciones públicas (protestas, huelgas y otros actos de expresión pública).

En otra línea, la generación de información clave (diseño de orientaciones ante los vacíos metodológicos de los diseños programáticos) o la difusión de ideas, constituyen actos de «resistencia creativa o productiva» (Courpasson *et al.*, 2012), incluyendo aquí la difusión de ideas a través de redes sociales y otros medios de comunicación, también conocida como *e-resistance* (Courpasson, 2017). Dependiendo del tenor y alcance de la información difundida, estas acciones pueden comprenderse como actos de resistencia sutiles o radicales (Prior & Barnes, 2011).

## Método

Este trabajo se enmarca en un proyecto de investigación más amplio sobre cultura política y postdictadura en Chile y, dentro de este, en un subproyecto realizado entre 2020 y 2021 sobre la política en materia de JT en su modalidad reparatoria. En concreto, aquí presentamos los resultados de un estudio exploratorio cuyo objetivo fue obtener información sobre (y comprender) aspectos subjetivos que operan en las/os profesionales, en un marco de gobernanza terapéutica, respecto de sus eventuales prácticas de resistencia. Además de la observación directa del desempeño profesional en la implementación del programa PRAIS, seleccionamos como técnica de recogida de información la entrevista abierta o en profundidad, por ser la más idónea para la comprensión de los aspectos arriba señalados, en tanto nos permite contextualizar, explicar y matizar las prácticas

identificadas mediante la observación. Para ello, se diseñó un guion de entrevistas semiestructuradas en profundidad, compuesto de dos bloques temáticos: el primero, dirigido a obtener información sobre la caracterización del programa y la labor de los equipos profesionales, con el propósito de identificar el marco cultural organizacional y, el segundo, enfocado a obtener el discurso de las/los profesionales en torno a sus prácticas de resistencia.

La población estuvo constituida por los profesionales que integran los equipos PRAIS de la V región, que se desempeñan en los equipos especializados de Valparaíso y San Antonio (ambos dependientes del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio) y de Viña del Mar y Quilpué (dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota). La selección se realizó siguiendo criterios de muestreo intencionado, de conveniencia y teórico, donde la selección se fundamentó en la profundidad y riqueza de los datos que las/los participantes podrían entregar (Patton, 1990), con base en un atributo esencial identificado en el objeto de nuestro estudio: la adscripción profesional a un equipo PRAIS de la V región.

El proyecto en el que se enmarca este trabajo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad de Valparaíso (Chile). Los potenciales participantes fueron contactados vía e-mail por un integrante del equipo. Quienes aceptaron participar firmaron un consentimiento informado donde se explicitaba la confidencialidad de sus respuestas y el resguardo de su identidad mediante el uso de pseudónimos. De un total de veinticinco profesionales, accedimos a entrevistar a diez, de manera online, dadas las restricciones que impuso el contexto de pandemia covid-19 a las interacciones personales (Tabla 1). Hemos usado seudónimos para presentar sus relatos/discursos de manera de resguardar su anonimato.

**Tabla 1.** *Muestra de informantes según perfil*

Nº	Sexo	Profesión/Rol	Trayectoria
1	Mujer	Psicóloga	3 años
2	Mujer	Trabajadora social	28 años
3	Mujer	Psicóloga	2 años
4	Mujer	Trabajadora social	5 años
5	Mujer	Psicóloga	3 años
6	Mujer	Administrativa	7 años
7	Mujer	Médica	3 años
8	Mujer	Técnica enfermería	4 años
9	Hombre	Médico	3 años
10	Hombre	Médico psiquiatra	30 años

*Fuente:* elaboración propia.

El análisis de los datos se basó en el análisis del discurso (Ruiz, 2009) organizando la información según las categorías expuestas en nuestro marco teórico y, posteriormente, interpretándolos y extrayendo sus significaciones. Tras el proceso de codificación temática y categorización de la información, mediante sesiones de análisis en equipo, identificamos una serie de dimensiones en las cuales se han establecido ciertas prácticas de resistencia que presentamos, a continuación, en los resultados, vinculadas, de un lado al déficit del Programa, en tanto política formal y, de otro, al funcionamiento del mismo, es decir, lo que ocurre durante su implementación en el marco de la intervención profesional.

## **Resultados**

El programa PRAIS de Valparaíso fue formalmente articulado junto a otros seis equipos de los Servicios de Salud correspondientes a Iquique; Antofagasta, Concepción- Arauco, Temuco, Metropolitano Sur y Metropolitano Occidente (MINSAL, 2006). Más adelante, con el reconocimiento del programa mediante la promulgación de la ley 19.992, del año 2004, las funciones de las/los profesionales y personal técnico se comenzaron a orientar exclusivamente al cumplimiento del mandato de su Norma Técnica (en adelante la Norma). Es en torno a dicho mandato donde encontramos los principales conflictos que emergen en los discursos de las/los informantes, quienes articulan sus prácticas de resistencia profesional como respuesta a las lagunas de la política formal, inserta en un modelo de gobernanza terapéutica de manejo de riesgo social.

En concreto, pudimos identificar las carencias del programa en torno a una serie de dimensiones como: la ambigua definición de quiénes son las/los sujetos del derecho; las limitaciones en la concepción del abordaje integral del trauma social; la falta de articulación de la política en el propio servicio donde ha sido implementada, cuya máxima expresión es el desconocimiento del Programa por parte de un elevado segmento del personal; la consecuente desigualdad entre las distintas unidades y zonas donde se desarrolla, así como entre el tipo de personas usuarias; las limitaciones del enfoque biomédico; la escasa dotación de personal y cobertura de prestaciones; y el deficitario abordaje de las orientaciones intersectoriales de la política.

Algunos de estos problemas, que tienen su fundamento en el diseño del Programa, pueden ser enfrentados gracias al alto grado de discrecionalidad que tienen los equipos, derivado en gran medida de la propia ambigüedad de la Norma y de la autonomía que disfrutaban las/los profesionales para ejercer sus criterios, por ejemplo, a la hora de realizar valoraciones diagnósticas en el ámbito de la salud mental. Otros, en cambio, son enfrentados a través de diferentes estrategias de resistencia sutiles que, a su vez, transitan desde las resistencias pasivas a las activas.

Uno de los efectos perversos —e imprevistos— del programa ha sido la estigmatización que sufren las personas usuarias dentro del sistema de salud, a quienes se les ha llegado a clasificar como «usuario complicado, demandante o exigente» (Tatiana, psicóloga) generándose, en ocasiones, una etiqueta en una alerta del sistema informático donde se les identifica como «paciente conflictivo PRAIS».

En la misma red de salud vuelven a dañar a la gente que ya viene con un daño, ya viene con un dolor. Yo entiendo que es difícil comprender la situación de nuestros usuarios PRAIS porque muchas veces la gente no sabe por qué ellos llegan tan molestos, porque de verdad nuestros pacientes están etiquetados como pacientes conflictivos, peleadores [...] entonces el paciente no se entera, pero el funcionario, cualquier funcionario se entera. (Zoe, técnico en enfermería)

La desinformación dentro de la Red ha sido combatida mediante intervenciones de capacitación o talleres, organizados por los equipos PRAIS y dirigidos al personal de los hospitales con el objeto de que conozcan el programa y, sobre todo, los derechos de las personas usuarias del mismo.

Entonces cuando uno conoce, cuando uno ve, yo creo que eso es la educación, por eso es tan importante en estos procesos y creo que PRAIS Valparaíso lo ha hecho, o sea el poder acercarnos al Hospital Van Buren que es nuestro Hospital de referencia a dar charlas de qué somos, quiénes somos, cómo son nuestros usuarios, qué nos gustaría que nos ayudarán. El poder mostrar un poco de la historia, uno, para que la historia, al conocerse, no se repita, y dos, para también ser un poco más empáticos. (Ignacio, médico)

Aunque el problema persiste, estos talleres han incidido en un mayor conocimiento de la realidad de las/los pacientes PRAIS. En ese sentido, el apelar a la empatía es un factor clave en la intervención con este perfil de personas. Conseguir que las/los funcionarios comprendan que no son personas más complicadas, sino que el estigma que hay sobre ellas, como actores políticos, es muy potente.

Quizá el hecho de que se les perciba con una identidad de grupo (como exogrupo) producto del empoderamiento y conocimiento de sus derechos, con más argumentos legales, o conocimiento de la Norma, sea lo que descoloque —e incluso incomode— a las/los funcionarios. De otro lado, también cabe reconocer que el Estado ha sido lento en la respuesta y parece no cumplir con la promesa de atención oportuna, por tanto, ello ha generado una gran frustración en las personas usuarias. Por su parte, quien está al mesón de atención, en la primera línea, representa la personalización del Estado y, por tanto, una instancia de revictimización.

Yo me pongo desde el otro lugar e igual es como raro, es como un poco disonante y eso hay que entenderlo también para ellos, siempre están a la defensiva en términos de la demanda de sus derechos y uno tiene que

entenderlo así también porque no es que el problema lo tengan con los profesionales del PRAIS, es porque finalmente nosotros somos lo más cercano al Estado que ellos tienen y este Estado vulnerador, o sea, que los vulneró... y que sigue existiendo una ley que, en teoría busca la reparación, muchas veces los sigue vulnerando. (Daniela, psicóloga)

Asimismo, como señala una técnica de enfermería, las posibilidades de moverse, de formar o de informar «dependen del momento de turno». En otros equipos estas capacitaciones son posibles gracias a las buenas relaciones con otros actores institucionales y políticos. Esas posibilidades también van en la línea de aquello que no dice la norma técnica: la norma técnica no dice que se tengan que hacer capacitaciones, solo dice que se debe contribuir a la cultura de los DD. HH., pero sin señalar cómo. Por tanto, esta actuación supone una práctica de resistencia sutil que, pese a la discrecionalidad profesional, desplegará —o no— cada equipo. En el caso de Valparaíso, no obstante, los/las profesionales de todas las unidades territoriales han sido enfáticas al destacar esta actividad con orgullo.

Otro aspecto conflictivo surgido sobre el diseño de la política es la ambigüedad en la definición de la integralidad. Desde la perspectiva de uno de los profesionales de medicina, dicho concepto es un ideal difícil de alcanzar: de un lado, porque lo integral debería abordar todos los tipos de necesidades que tiene la persona y las necesidades son infinitas; de otro lado, porque muchas personas, desafortunadamente, ya tenían una historia de maltrato o de violencia, de carencias o de injusticias previas, que se van nutriendo de —y agravando con— nuevos factores estresores que van apareciendo en el curso de su vida; el malestar se va agudizando ante diversas situaciones sociales que provocan retrocesos en los procesos, por ejemplo, la violencia policial desplegada durante el estallido social de octubre de 2019.

Sin embargo, desde una perspectiva normativa (entendiendo que la atención integral deberá incorporar una atención digna en la esfera social, de salud física y mental, y judicial), la integralidad es construida a través de una serie de innovaciones en el programa. Una de ellas fue la búsqueda (autónoma) de capacitación para la elaboración de informes de daño de acuerdo al Protocolo de Estambul<sup>9</sup>, para poder presentar informes de daño en el ámbito biopsicosocial, de personas usuarias que se estuviesen querellando contra el Estado por tortura y secuestro. En esta línea, también destaca la implementación de un Programa de acompañamiento a las víctimas que presentaran querellas.

<sup>9</sup> El Protocolo de Estambul fue aprobado por Naciones Unidas en 1999. Es un manual para la investigación y documentación de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, cuyas directrices permiten tanto a médicas/os y abogadas/os determinar, de manera eficaz, cuándo una persona ha sido torturada, así como documentar una serie de síntomas/signos que sirvan de evidencia para futuros procesos judiciales.

Cabe subrayar que ninguna de estas actuaciones estaba prevista en la Norma, tampoco son prestaciones reconocidas en la Ley, sino que se han organizado como respuesta a la necesidad de un abordaje judicial que garantice la integralidad de la intervención profesional, desmarcándose de la concepción del manejo del riesgo social a través de la intervención psicosocial en que se basa la Norma. En la actualidad, la movilización de las/los profesionales de la unidad territorial de Valparaíso, ha logrado la coordinación con el ministro de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, encargado de todas las causas de DD. HH. de la Región, y convenios de colaboración con la Universidad de Valparaíso, a través de la Escuela de Derecho —en concreto con la Clínica de Derechos Humanos—, y con el Instituto Médico Legal de la región. Estas actuaciones persiguen avanzar en los procesos judiciales y evitar la retraumatización de las personas.

A nosotros nos interesa trabajar fundamentalmente con demandas o con querellas que buscan verdad y justicia, que eso sí lo hemos comprobado que es reparador para las personas. Que sus torturadores o sus captores reciban una sanción, aunque sea simbólica o, por lo menos, quede inscrito como verdad judicial que ocurrió lo que les pasó, y eso es un paso para acercarse un poquito a la reparación. (Pablo, médico psiquiatra)

Evitar preguntar lo mismo en las distintas instancias, y el acompañamiento también en los momentos en que hay careos con los torturadores, con sus torturadores y en donde ellos, nuestros usuarios no vayan solos, vayan con los profesionales que estamos a cargo y se sientan acompañados y acogidos, porque muchos de ellos han terminado con infartos, algunos en el camino han fallecido, se han agudizado enfermedades. Si bien es cierto, es un proceso muy valiente y liberador, pero también que si la persona, el usuario, no está bien empoderado o a lo mejor un poco sanado de estas heridas, puede jugar en contra. (Delia, trabajadora social)

Toda la estructura, inexistente en el diseño del programa, ha sido construida, en la práctica, dando respuesta a modalidades de prestación y necesidades no contempladas en la Norma.

Ahora vamos a pelear, este año, porque se nombre como Prestación Informe de Daños, lo vamos a pelear. Ya hay algunos PRAIS que lo tienen. Nosotros vamos adelantados en ese sentido porque tenemos redes con el Poder Judicial, con la PDI [Policía de Investigaciones], con el Servicio Médico Legal, con el INDH [Instituto Nacional de Derechos Humanos], con instituciones educativas [...] Es que imagínate tú, que logramos que la Universidad de Valparaíso, la Escuela de Derecho, los estudiantes de quinto año sean los abogados patrocinantes de las causas. O sea, ya se está formando una cantidad de estudiantes de derecho en temáticas de derechos humanos, ya están conociendo esta otra mirada que no está en la malla curricular. (Delia, trabajadora social)

Eso lo hacemos porque se nos ocurrió y lo pusimos como prestación. Incluso con rendimiento y al hospital, como te digo, lo pasamos [...] lo reconocieron. Sí. Está en la programación y dice «Acompañamiento Psicosocial», que hace la psicóloga o hago yo, dependiendo del caso. (Fernanda, trabajadora social)

Los equipos se han saltado la estructura normativa para responder a una necesidad de justicia. Si bien estas innovaciones, situadas ya en el campo de las resistencias activas, deben ser justificadas en el Servicio de Salud siguiendo la lógica del programa (por ejemplo, como «acompañamiento psicosocial»), el alcance o impacto de estas actuaciones, habla por sí solo.

Otra innovación en el ámbito del acompañamiento judicial, ha sido la edición del Manual para iniciar una acción judicial por delitos de lesa humanidad, elaborado por las/los integrantes del Taller de Memoria Histórica del PRAIS Valparaíso, con base en sus experiencias como querellantes, donde se recogen una serie de posibles escenarios que se pueden presentar durante la interposición de una querrela judicial y cuyo objeto es disminuir el temor e incertidumbre al que se enfrentan las personas al iniciar dichos procesos (dado el grado de revictimización que se suele sufrir), al tiempo que traducir los procedimientos a un lenguaje más cercano.

Entre las barreras a la integralidad en la atención, las/los profesionales sitúan también la concepción biomédica del programa, pues al estar centrado en la salud se desconocen otro tipo de necesidades cuya atención incluso ha de ser prioritaria antes de abordar el trauma, como, por ejemplo, la alimentación o el trabajo. Se interpela al Estado para brindar una respuesta integral a la vulneración que vivieron los sujetos.

Vemos así, que, en un contexto de gobernanza terapéutica, el mero hecho de que una comunidad o grupo de la población haya experimentado conflicto es suficiente para plantear que deben estar sufriendo trastorno de estrés postraumático y se encuentran en necesidad de apoyo psicosocial. Un efecto de ello ha sido ser el etiquetamiento de grupos completos de la población como traumatizados, resultando, para las agencias nacionales y las políticas locales, el proceso diagnóstico incluso irrelevante y el tratamiento psicosocial como lo universalmente requerido.

Si bien las secuelas de estas vulneraciones se manifiestan en aspectos físicos y psicológicos, también lo hacen en el ámbito social, y esto último se ha quedado al margen del diseño del PRAIS. Se denuncia, por ejemplo, la existencia de una diferencia abismante entre las prestaciones o las prioridades que tienen las personas que están acreditadas como *Valech* (reconocidas como víctimas de prisión política y tortura) y quienes están acreditadas como personas exoneradas políticas (Daniela, psicóloga); un claro ejemplo de cómo los derechos, bajo la gobernanza



terapéutica, generan la competencia por el estatus de víctima. También se cuestiona que, dentro de este enfoque biomédico, se priorice únicamente la salud mental y, en concreto, la atención psicológica.

La Norma está enfocada principalmente a la reparación en términos de salud mental, a asegurar la funcionalidad social y psicológica (Pollack, 2005) y no contempla otras reparaciones; faltan profesionales en muchas áreas en que las personas requieren una intervención reparadora.

La reparación no se ha hecho tampoco a nivel físico, porque se entiende que ahora nuestros usuarios, que en ese momento fueron dañados, ahora son adultos mayores y tampoco existe un kinesiólogo experto en, por darte un ejemplo, en piso pélvico o en alguna patología asociada, producto de la tortura. (Zoe, técnico en enfermería)

Por otro lado, la ausencia de un enfoque social también impide una atención integral. En ese marco, la voluntad de ir más allá de una atención meramente biomédica y terapéutica, pasando a un enfoque más social, es otra constante en los equipos entrevistados. En este ámbito, también encontramos como prácticas de resistencia, la (re)construcción de la política en la implementación, a través de las actuaciones fuera de protocolo, dado que la Norma —paradójicamente— no contempla la intervención social por parte de este perfil profesional, el que ha quedado configurado en la mayoría de los equipos como un perfil de coordinación de los mismos.

El trabajo social está limitado en la norma, está limitado y eso te limita por lo tanto te puedes quedar en lo básico y fácilmente descansar en que no hay que hacerlo, pero muchas lo hacemos. Si uno de los valores que tiene PRAIS, los equipos PRAIS, son su gente [...] el compromiso de la gente. Yo este año he hecho visitas más que cualquier otro año, pero como había covid tenía prohibido hacerlas, por plata [no había presupuesto]. No me pagan mi asignación, pero las tengo que hacer igual porque ¿quién las hace? (Fernanda, trabajadora social)

Programa va a cumplir treinta años y en la medida conforme pasan los años ha experimentado bastantes cambios. No cambios desde la estructura, sino cambios desde los actores, desde los profesionales y desde los usuarios, que en la medida que ven que efectivamente el programa no cumple con las necesidades y los requerimientos que salen en la norma técnica, han ido problematizando las distintas demandas, en conjunto con los trabajadores, con nosotros [...] la norma técnica hoy en día está muy cuestionada y, además, la necesidad ha sobrepasado a la ley, al derecho. Estamos trabajando siempre, en conjunto con las organizaciones, con las instituciones públicas. Hemos ido creando redes de apoyo para poder desarrollar este trabajo, porque en la forma en que está, si nosotros nos

quedáramos sólo con esta estructura institucional, no podríamos cumplir con todos los objetivos y con todas las necesidades y carencias que tiene el programa a nivel nacional. (Delia, trabajadora social)

También aparece la manifestación pública de las/los profesionales sobre los déficits del programa, como política integral, en torno a la urgente necesidad de su intersectorialidad.

Unos colegas del PRAIS de Valparaíso escribieron una columna creo que fue, una carta al diario, que hablaba de la necesidad de un nuevo Programa de reparación actual a las víctimas de violaciones a los derechos humanos en este periodo del estallido social. Hablaban de la necesidad de que los costos de este Programa surgieran del Ministerio de, no sé si Interior o de Justicia, por el rol importante que tenían estos ministerios en este espacio [...] Las políticas de reparación no pueden ser tan sectorizadas, porque al final la reparación o lo integral de todo esto es mucho más grande. No lo podemos limitar solamente al espacio salud, porque al final yo creo que las personas que han sentido algún efecto reparatorio más grande son aquellas que han tenido una reparación judicial, que han podido ganar su causa, y han sido reconocidas como víctimas. (Berta, médica)

Como se ha podido apreciar, la alta discrecionalidad profesional en la ejecución de la política ha favorecido el despliegue de la agencia profesional dirigida a la consecución de mayores cuotas de justicia y bienestar para las personas usuarias del programa, el cual, en todo caso, debiera ser el cometido de toda política de justicia transicional (Laplante, 2014).

Las iniciativas al margen de lo normado, que tienen por objeto ofrecer un mejor servicio, van desde agilizar los tiempos de espera para la atención médica y cirugía, hasta detalles como proporcionar un espacio cálido y acogedor que brinden un mayor bienestar a las/los pacientes. Este abordaje se aleja de la visión de la salud desde la perspectiva de la enfermedad. Se abre a la posibilidad de vivir otras experiencias que puedan ser también beneficiosas para la salud, desmarcándose del rol tradicional de funcionaria/o que está instalado en funciones burocráticas rígidas, para ahora situarse como agentes de cambio.

Durante la pandemia, ahora, hemos tenido virtualmente contacto con nuestros talleres, mandándoles videos por WhatsApp a todos los adultos mayores para que instalen aplicaciones. «Mire, baje aquí, apriete aquí», como cosas muy chistosas que yo creo que no pensamos que podíamos hacer, pero las hicimos y ahora tenemos viejitas de 70 y tantos que se conectan a una reunión de Zoom, a una reunión de Google meet. Por ejemplo, durante la pandemia fuimos a dejar medicamentos a las casas a los que estaban solos, cuando estábamos en cuarentena y no podían salir.

Nos turnábamos. Siento que esas cosas son al final las que fortalecen los equipos. Siento que eso es participar, no solamente prestando tu atención para la que fuiste contratado, sino que también buscar cosas en común que a todos nos hacen sentido. (Úrsula, psicóloga)

La injusticia no solo atañe a la impunidad, en términos judiciales que, como vimos arriba, no fue prevista en el diseño del programa, sino que también se manifiesta en la propia incapacidad del programa para cumplir con el objetivo de reparación integral, que no es capaz de proporcionar y que, como se mencionó, genera una gran frustración en las personas usuarias. Desde una lógica de gobernanza terapéutica, las/los profesionales interpretan cualquier reclamo u objeción a sus acciones como otra manifestación más del daño, de la sospecha y mantenimiento de una relación con los agentes estatales que no corresponde con los tiempos actuales y que debe ser a su vez tratada de manera reparatoria. Como contrapartida a dicha lógica, se anima a las personas usuarias a interponer reclamaciones formales ante determinadas situaciones que les generen malestar, con el objeto de que obtengan una respuesta formal que valide su molestia, e incluso a interponer acciones legales ante el incumplimiento de la Ley de reparación. Se ha procurado revertir la mirada de los sujetos como frágiles, apolíticos y víctimas vulnerables que han de ser protegidas mediante intervenciones terapéuticas psicosociales (Shoshana, 2016). Estas acciones son estrategias de empoderamiento insertas en una lógica institucional que devuelven una mirada distinta a la persona, pues le reposicionan como sujeto de derecho.

Por ejemplo, he tratado de instalar hartos con los usuarios el tema de cómo poder a ellos empoderarlos en el tema de sus derechos y los he ayudado por ejemplo en generar también reclamos ante la OIRS [Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias]. Hemos trabajado eso porque, por ejemplo, hay usuarios que su reclamo era desde la confrontación hacia los profesionales: ir y reclamar, y gritar, y hacer como ese tipo de cosas. Entonces hemos ido orientando, el cómo puedo hacer valer mis derechos sin tener que actuar transgrediendo a los otros. (Tatiana, psicóloga)

Aquí, les digo, a mis usuarios, «mire la ley, el artículo 10 de la ley de los presos políticos, dice que a usted le deben reparar todo lo que tiene que ver con secuelas de la tortura y la detención». Hay un procedimiento, hay un reglamento, que generalmente nadie lo hace [...] y con eso el Estado tiene que repararle, y como no la ha hecho, les digo yo a los usuarios «pueden demandar [judicialmente] al Servicio, pueden demandar al Ministerio». (Fernanda, trabajadora social)

Por último, otra de las preocupaciones, en el ámbito de la vindicación de las personas usuarias como sujetos de derechos, aparece vinculada al fomento de su participación. El PRAIS es un programa que, a lo largo de su historia, se ha ido implementando

y ganando presencia gracias a la implicación de las personas usuarias en el marco de agrupaciones de sociedad civil organizada. No obstante, la escasa dotación de personal, la frecuente rotación de los equipos y el envejecimiento de las/los pacientes ha provocado que estos espacios de organización desaparezcan. Las generaciones más jóvenes, al estar ajenas a los diversos grupos políticos, no se han implicado con el programa, incluso, se percibe que desconocen sus lineamientos. Surge entonces la limitación de intervenir con el grupo etario de las terceras generaciones; aun asumiendo la lógica de la transmisión generacional del daño, se realiza un esfuerzo por generar espacios que posibiliten la participación y una labor de repolitización, narrando a las terceras generaciones lo que sucedió y lo que significó.

Nos dimos cuenta de que, en el fondo, la base técnica no nos obligaba a que las reuniones tenían que ser sólo con las personas de la Agrupación. Fue un cambio importante, porque nos permitió ir instalando temas que fueran transversales para todos los usuarios. Subió mucho la participación, el interés. Empezaron también entre ellos a dialogar de otros temas y que se fueron instalando en la agenda. Entonces esos son cambios que uno va haciendo, así como desde la práctica y que, claro, quizás no están hoy día materializados, ni sistematizados y esperamos que esos cambios vayan, en el fondo, después materializándose en el cambio de la normativa. (Tatiana, psicóloga)

## **Conclusiones**

El programa PRAIS fue implementado en la década de los noventa, en un marco de gobernanza terapéutica siguiendo un modelo del manejo del riesgo social a través de la intervención psicosocial, centrada prioritariamente en la terapia psicológica. No obstante, a la luz del análisis de los discursos de las/los profesionales entrevistados pertenecientes a los equipos PRAIS de la región de Valparaíso, se puede apreciar que en la mayoría de sus actuaciones subyace la búsqueda de modificar la estructura y la lógica de la política, como una forma de resistencia.

Esa modificación de la estructura responde, además, a una búsqueda constante de mayores cuotas de justicia en la reparación de las víctimas de violaciones de derechos humanos, lo cual es señal de una significativa implicación personal, de compromiso y componente vocacional. En términos del trabajo específico, la innovación y la tensión con las formas clínicas tradicionales insertas en el marco de la gobernanza terapéutica, implican que surjan nuevas prácticas.

Ello no es menor si consideramos que estas actividades tienen en las/los profesionales un alto coste personal: de tiempo, pues se realizan en muchas ocasiones en momentos y espacios fuera del horario habitual de trabajo; así como emocional, pues al ejercerlas asumen el riesgo de recibir amonestaciones por parte de sus superiores, e incluso de ver afectada la permanencia en su puesto de

trabajo. En ese sentido, el realizar actividades no normadas, que no se pueden contabilizar, evaluar o justificar en base a las prestaciones del sistema, se suele traducir como un bajo rendimiento laboral que, eventualmente, puede afectar a la renovación anual de los contratos.

De otro lado, así como se suele dar cuenta de un fenómeno de transmisión transgeneracional del daño, de los resultados obtenidos también podemos concluir una transmisión de prácticas de resistencia entre compañeras/os de equipo, incluso de manera transversal entre técnicos/as y profesionales en los diversos espacios, lo que también a su vez construye una subjetividad propia y una forma de relacionarse propia de quienes se desempeñan en estos equipos especializados. Este es un tema que sugiere una mayor profundización y la apertura de nuevas líneas de investigación en el campo de las resistencias profesionales.

Consideramos que este trabajo permite reflexionar sobre la existencia de distintas formas de intervención desplegadas por equipos diversos que trabajan en torno al mismo objetivo rehabilitador en el marco de una política de justicia transicional que, en principio, fue configurada bajo la lógica de la gobernanza terapéutica pero que, con el paso de los años, en el día a día de su implementación por parte de los equipos profesionales, de la primera línea, ha ido mutando. La discrecionalidad profesional en cada equipo y la escasa socialización o comunicación entre los diversos perfiles profesionales que componen el sistema de salud requiere que estas prácticas innovadoras o de resistencia, llevadas a cabo por «otros» equipos, sean socializadas, sean experimentadas como como «buenas prácticas» y eventualmente se sistematicen e incorporen en la implementación de una política vertebrada a nivel estatal. Sin embargo, ello no será posible si no se pone sobre la mesa, también, la necesidad de fortalecer los equipos profesionales, a la vista de la fragilidad de sus condiciones laborales.

## Referencias

Aguilar Villanueva, L. (1993). Estudio Introductorio. En L. Aguilar Villanueva (Ed.), *La implementación de las políticas* (pp. 15-94). Ed. Miguel Ángel Porrúa.

Alfaro, J. (2013). Psicología comunitaria y políticas sociales: institucionalidad y dinámicas de actores. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 4(2), 1-10. <https://www.gjcpc.org/pdfs/alfaro-v4i2-20130613.pdf>

Baines, D. (2011). Resistance as emotional work: The Australian and Canadian non-profit social services. *Industrial Relations Journal*, 42(2), 139-156. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2338.2011.00616.x>

Bustamante-Danilo, J. & Carreño-Calderón, A. (2020). Reparación simbólica, trauma y victimización: la respuesta del Estado chileno a las violaciones de derechos humanos (1973-1990). *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 67(XXI), 39-59. <https://doi.org/10.17141/iconos.67.2020.4231>

CNVR, Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (1991). *Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación*. Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación.

Corominas, J. (1954). *Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana*. Editorial Gredos.

Courpasson, D. (2017). Beyond the hidden/public resistance divide: How bloggers defeated a big company. *Organization Studies*, 38, 1277–1302. <https://doi.org/10.1177/0170840616685363>

Courpasson, D., Dany, F., & Clegg, S. (2012). Resisters at work: Generating productive resistance in the workplace. *Organization Science*, 23, 801–819. <https://doi.org/10.1287/orsc.1110.0657>

Cubillos-Vega, C. (2023). La reparación del trauma social por crímenes de lesa humanidad en Chile: el caso del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud analizado bajo el Enfoque de derechos humanos. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 1-28. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.21338>

De Greiff, P. (2011). Justicia y reparaciones. En F. Reátegui (Ed.), *Justicia transicional: manual para América Latina* (pp. 407-440). Ministerio de Justicia. Comisión de Amnistía y Centro Internacional para la Justicia transicional.

Derthick, M. (1972). *New Towns in Town: Why a Federal Program Failed*. The Urban Institute.

Duggan, C. (2005). Prólogo. En A. Rettberg (Comp.), *Entre el perdón y el paredón: preguntas y dilemas de la justicia transicional* (pp. vii-xii). Ediciones Uniandes; Canadá e International Development Research Centre.

Elorza, A., Alvarado, M. & Monayar, V. (2019). ¿Concesión estatal o conquista social? El Registro Nacional de Barrios Populares como política social frente a la cuestión habitacional en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Cuaderno Urbano. Espacio, Cultura, Sociedad*, 26, 49-68. <https://doi.org/10.30972/crn.26263790>

Elster, J. (2006). *Retribution and Reparation in the transition to democracy*. Cambridge University Press.

Evans, T. & Hupe, P. (2020). *Discretion and the Quest for Controlled Freedom*. Palgrave Macmillan.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica.

Gunder, A. (1967). *Capitalismo y subdesarrollo en América Latina*. Siglo Veintiuno.

Hails K. (2009). *Las secuelas psicológicas y las necesidades en salud mental para las víctimas de la dictadura: una mirada crítica a los servicios de PRAIS*. Independent Study Project (ISP), Collection 714.

ICTJ, International Center for Transitional Justice (2020). What is Transitional Justice? <https://www.ictj.org/about/transitional-justice>

Laplante, L. (2014). The plural justice aims of reparations. En S. Buckley-Zistel (ed.), *Transitional Justice Theories* (pp. 66-84). Routledge.

Lasch, Ch. (1984). *The Minimal Self: Psychic Survival in Troubled Times*. W.W. Norton & Co.

Lasch, Ch. (1995). *The Revolt of the Elites: And the Betrayal of Democracy*. W.W. Norton & Co.

Leyton, C. (2020). Profesionales a nivel de calle. Tensiones y desafíos en el proceso de implementación de las políticas sociales. *Revista TS Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 37-54. <https://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/173>

Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: The Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage Foundation.

Lira, E. (1996). El legado de las violaciones de derechos humanos y la transición política. En E. Lira & I. Piper (Eds.), *Reparación, Derechos Humanos y Salud mental* (pp. 11-20). ILAS y Ediciones ChileAmérica CESOC.

Lira E. (2011). Verdad, reparación y justicia: el pasado que sigue vivo en el presente. En IIDH (Ed.), *Contribución de las políticas de verdad, justicia y reparación a las democracias en América Latina* (pp. 86-127). Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

Lira, E. & Loveman, B. (2005). *Políticas de reparación: Chile 1990-2004*. LOM Ediciones.

Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. Ciesas.

Lykes, B. & Mersky, M. (2006). Reparations and Mental Health: Psychosocial Interventions Towards Healing, Human Agency, and Rethreading Social Realities. En P. De Greiff (Ed.), *The Handbook of Reparations* (pp. 589-621). Oxford University Press

Madariaga, C. (2018). El trauma social como problema de salud pública en Chile ¿es «reparable» la reparación? *Revista Chilena de Salud Pública*, 22 (1),75-86. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.51045>

Martínez, R. (1998). *Los proyectos sociales: de la certeza omnipotente al comportamiento estratégico*. Cepal.

Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2013). *Power and Welfare: Understanding Citizens' Encounters with State Welfare*. Routledge.

MINSAL, Ministerio de Salud (2006). *Norma Técnica N°88 para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Periodo 1973-1990*. Ministerio de Salud, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental.

Mota, L. (2020). Estudos de implementação de políticas públicas: uma revisão de literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 92, 133-150. <https://journals.openedition.org/spp/7161>

Mumby, D., Thomas, R., Martí, I., & Seidl, D. (2017). Resistance Redux. *Organization Studies*, 38(9), 1157-83. <https://doi.org/10.1177/0170840617717554>

Muñoz Arce, G. (2020). Intervención social en la encrucijada neoliberal: transformación social en clave de resistencia. En: B. Castro-Serrano, A. Cea & N. Arellano-Escudero (eds.), *Materiales (de)Construcción. Crítica, Neoliberalismo e Intervención Social* (pp. 31-60). Nadar Ediciones.

Muñoz Arce, G., & Pantazis, C. (2019). Social exclusion, neoliberalism and resistance: The role of social workers in implementing social policies in Chile. *Critical Social Policy*, 39(1), 127- 146. <https://doi.org/10.1177/0261018318766509>

Ollaik, L. & Medeiros, J. (2011). Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisas sobre implementação de políticas públicas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 45, 1943-1967. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000600015>

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Sage.

Peroni, A. (2016). Implementación de la política social: espacio de intermediación clientelar. Análisis de caso, La Plata, Argentina. *Revista de Sociología*, 31, 89-116. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2016.47320>

Peroni, A. & Palma, C. (2013). La implementación de los programas sociales y de empleo: racionalidades y perspectivas de los funcionarios públicos en Argentina. *Revista Latina de Sociología*, 3, 114-132. <https://ruc.udc.es/entities/publication/aaf7e206-6e14-4d7b-824f-608155fbb4f4>

Pollack, S. (2005). Taming the Shrew: Regulating Prisoners through Women-Centered Mental Health Programming. *Critical Criminology*, 13(1), 71–87. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10612-004-6168-5>

Pressman, J. L. & Wildavsky, A. B. (1973). *Implementation, How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. University of California Press.

Pupavac, V. (2001). Therapeutic Governance: Psych-Social Intervention and Trauma Risk Management. *Disasters*, 25(4), 358–72. <https://doi.org/10.1111/1467-7717.00184>

Pupavac, V. (2005). Human security and the rise of global therapeutic governance. *Conflict, Security & Development*, 5(2), 161-181. <https://doi.org/10.1080/14678800500170076>

Prior, D. & Barnes, M. (2011). Subverting Social Policy on the Front Line: Agencies of Resistance in the Delivery of Services. *Social Policy & Administration*, 45(3), 264-279. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2011.00768.x>

Roberts, B. (2001). *Las nuevas políticas sociales en América Latina y el Desarrollo de Ciudadanía: Una perspectiva de Interfaz*. University of Texas at Austin.

Ruiz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), 1-32. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1298/2776?inline=1>



Schuttenberg, M. (2008). *Las políticas sociales en los barrios: Relaciones y actores del Plan Más Vida en el Gran La Plata*. Edulp.

Shoshana, A. (2016). Ethnographies of Maintenance of a New Self. *Qualitative Sociology Review*, 12(1), 60-77. <https://doi.org/10.18778/1733-8077.12.1.03>

Strier, R. & Bershtling, O. (2016). Professional resistance in social work: Counterpractice assemblages. *Social Work*, 61(2), 111-118. <https://www.jstor.org/stable/24881319>

Unesco (1993). *Action Programme to Promote a Culture of Peace*. Unesco Executive Board 141 EX/16. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000094611\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000094611_spa)

Van Boven, T. (1993). *Estudio relativo al derecho de restitución, indemnización y rehabilitación a las víctimas de violaciones flagrantes de los derechos humanos y las libertades fundamentales*. Informe definitivo presentado por el Sr. Theo Van Boven, Relator Especial, EE/CN.4/Sub.2/1993/8, 2 de julio de 1993. Ginebra: Comisión de Derechos Humanos, Naciones Unidas.

Weinberg, M. & Banks, S. (2019). Practising Ethically in Unethical Times: Everyday Resistance in Social Work. *Journal Ethics and Social Welfare*, 13(4), 361-376. <https://doi.org/10.1080/17496535.2019.1597141>