



Universidad  
Nacional  
de Rosario

**Universidad Nacional de Rosario**  
**Facultad de Psicología**  
**Trabajo Integrador Final**

**Título: Aportes del discurso psicoanalítico a la  
salud colectiva**

Modalidad de Presentación: Investigación

Bibliográfica Autor: Díaz Verón, Nahuel Ramiro

Legajo: D-1319/6

DNI: 31.520.844

Email: [dnahuelramiro@gmail.com](mailto:dnahuelramiro@gmail.com)

Docente Responsable: Velzi Díaz, Alberto

Año 2024

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, a sus docentes y trabajadores, que día a día hacen de la formación un espacio complejo pero posible de transitar.

Agradezco a mi docente responsable Alberto, que ha sido un guía de gran ayuda durante el proceso de escritura. Y a Florencia, docente del Espacio TIF, por saber aclarar mis dudas.

Agradezco a mi familia, quienes son un pilar y sostén fundamental en este recorrido. A mi mujer Paola y mi hijo Gio, a mis padres Reyna y Camilo. Espero poder retribuir un poco de todo lo que me han dado.

## ÍNDICE

Resumen y Palabras Claves.....	1
Introducción.....	
2	
Objetivos.....	4
Desarrollo	
Cap. 1. La Producción Neoliberal.....	5
Cap. 2. Dificultades en las Prácticas de Salud.....	7
2.1. Políticas públicas. Atención no significa brindar cuidados.....	7
2.2. Gestión clásica y estrategias defensivas en los equipos de salud.....	11
Cap.3. Lazo Social y Producción Subjetiva.....	14
Conclusión.....	18
Referencias Bibliográficas.....	20

## RESUMEN

El siguiente Trabajo Integrador Final analiza mediante una tesis panorámica los aportes que el discurso psicoanalítico puede realizar al campo de la salud colectiva en las instituciones de la salud pública, tal como el hospital general. A través de una mirada crítica y compleja nos situamos en el contexto sociohistórico actual, el cual se distingue por la hegemonía del discurso neoliberal. Produciéndose una subjetividad caracterizada por la figura del individuo emprendedor de sí mismo. Ilusión que perjudica el lazo social que nos posibilita transformar el malestar sobrante que nos atraviesa. En el campo de la salud pública esta situación afecta tanto a trabajadores de la salud como a los sujetos de cuidado, dificultando las prácticas en salud mental. Por lo que resultó necesario realizar una valoración del cumplimiento de la LNSMyA 26657. Hallando como resultado una deuda de las políticas públicas con respecto a las transformaciones propuestas por la ley, como la creación de lugares alternativos. Aquí el discurso psicoanalítico puede colaborar

con la propuesta de la corriente de pensamiento de la salud colectiva para romper con el discurso de la biomedicina, agujereando esa totalidad instituida, mediante la propuesta de una salida colectiva con perspectiva integral que nos permita recuperar el derecho a apostar por un proyecto trascendente, sin perder de vista la singularidad de cada sujeto de cuidado. Ofreciendo herramientas que nos permitan tener como horizontes en la subjetividad la autonomía y emancipación, para así actuar como sujetos de derecho, previniendo de este modo el incremento del sufrimiento psíquico.

**Palabras Claves:** Discurso Psicoanalítico, Salud Colectiva, Sufrimiento Psíquico, Producción Subjetiva, Lazo Social.

## 1

### INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo integrador final se encuentra dentro de las áreas de interés de la salud colectiva y el psicoanálisis.

De acuerdo al tema y su problemática se utilizará el formato de la investigación bibliográfica como modalidad de escritura, ya que la misma permite realizar un análisis crítico de la materialidad textual seleccionada, ampliando los conocimientos sobre el estado actual del tema.

El tema elegido tratará sobre los aportes que el discurso psicoanalítico hace a la corriente de pensamiento de la salud colectiva para las prácticas en salud mental, colaborando con la producción de salud en los sectores más vulnerados de la comunidad.

Para tratar de comprender la vulneración presente en la comunidad que asiste a

un efector de salud público, necesariamente debemos hablar del contexto sociohistórico que nos toca atravesar en la vida cotidiana.

En Argentina las políticas neoliberales, sobre todo a partir de los años 90, se afianzaron con un Estado ausente que se dedicó a privatizar lo que era público, conduciendo a que grandes sectores de la población sean arrojados a la desafiliación (Castel, 1997). Es decir, a la ausencia de su participación en un proyecto colectivo que les permita aliviar su sufrimiento.

La salud pública durante estos años, no estuvo exenta de responder a la lógica neoliberal, y el modelo de atención en salud tuvo una fuerte predominancia del discurso biomédico. La fragmentación de la salud y la mercantilización fueron sólo algunas de sus características.

Ante este panorama podemos mencionar a la corriente de pensamiento de la salud colectiva como un lugar de resistencia frente a las políticas neoliberales. Una alternativa con una perspectiva integral, compleja y contextualizada más acorde para el cuidado de las comunidades vulneradas.

Los postulados sobre la salud-enfermedad-cuidado de la corriente salud colectiva han desplazado el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto. Permitiendo la emergencia de una clínica ampliada con nuevos modos de gestión, más horizontales e interdisciplinarios. (Stolkiner-Ardila, 2012)

Actualmente en la salud pública el discurso biomédico continúa presente al momento de llevarse adelante ciertas prácticas de salud mental. En parte la motivación de esta investigación ha surgido del hecho de encontrarme a diario con estas cuestiones.

En mi experiencia como enfermero de un hospital público del tercer nivel de atención de la ciudad de Rosario, pude dar cuenta a través de la práctica en una sala de internación, orientada al cuidado en salud mental de infancias y adolescencias, de que el discurso biomédico y las políticas neoliberales continúan vigentes. Obstaculizando estrategias propias de la salud colectiva que hacen al alivio del sufrimiento psíquico de la comunidad que se vincula con la institución.

Pues si bien el discurso de la salud colectiva ha sido adoptado desde la gestión de políticas en salud en la ciudad de Rosario, ciertas prácticas en salud mental continúan siendo dificultadas por el discurso biomédico o por la plasmación de políticas en salud que no son inclusivas.

En este contexto considero que el psicoanálisis puede representar una poderosa herramienta para colaborar con el alivio del sufrimiento presente en la comunidad. Entendiéndolo, además, como un discurso capaz de ir más allá del consultorio privado, colaborando con la propuesta de la salud colectiva para la producción de salud y subjetividad en la comunidad vulnerada.

Una de sus valiosas contribuciones teóricas aparece en la obra de Silvia Bleichmar. Nos referimos al concepto de producción subjetiva, aquel que emergió de la

## 2

mano con la crisis acontecida en nuestro país allá por el año 2001, la cual se caracterizó por los profundos cambios sociales, económicos y políticos.

La producción de subjetividad como componente de la socialización, ha sido regulada a lo largo de la historia por los centros de poder, adaptando al individuo a las necesidades del sistema. (Bleichmar, 2007 )

Este modo de entender las subjetividades nos va a permitir lograr una mejor comprensión de la relación existente entre las políticas neoliberales y el sufrimiento psíquico de la población vulnerada.

Con respecto a la elección de la categoría sufrimiento psíquico por sobre la de diagnóstico patológico, podemos decir que nos va a permitir tener una concepción más amplia del malestar en la población, incorporando sus contextos culturales y sociohistóricos.

Entonces el problema que esta investigación buscará desarrollar, comprenderá: ¿Puede el discurso psicoanalítico aportar herramientas en las prácticas de salud mental y colaborar con la corriente de la salud colectiva para la producción de salud y subjetividad en las comunidades vulneradas, teniendo en cuenta el contexto neoliberal y el discurso de la biomedicina en la salud pública?

Como hipótesis se sostendrá que los aportes realizados por el discurso psicoanalítico a la corriente de pensamiento de la salud colectiva, van a colaborar en la producción de salud en las prácticas de salud mental, posibilitando la producción de subjetividad como una herramienta para lograr autonomía y emancipación en los sujetos de cuidado de la comunidad vulnerada.

Conceptos psicoanalíticos como el de lazo social y producción subjetiva pueden ser útiles para llevar adelante prácticas colectivas de un modo integral, participando en la promoción y prevención del sufrimiento psíquico.

A modo de interrogantes nos surgen estas preguntas: ¿Qué aportes del discurso psicoanalítico colaboran con la salud colectiva en los espacios de la salud pública para poner en cuestionamiento el ejercicio de nuestra práctica cotidiana como trabajadores de la salud, de nuestras posiciones de poder y el sentido que le damos a las cosas? ¿Cómo interpelar las prácticas en salud mental para crear otro modo de intervenir en la salud pública?

### 3

## OBJETIVOS

Objetivo General:

- Reflexionar sobre los aportes que realiza el discurso psicoanalítico a la corriente de pensamiento de la salud colectiva en el campo de las prácticas en salud mental.

Objetivos Específicos:

- Analizar las dificultades en las prácticas en salud mental para producir salud y subjetividad.
- Identificar qué conceptos del discurso psicoanalítico colaboran con la corriente de pensamiento de la salud colectiva para brindar cuidados integrales en la comunidad.

**Cap. 1. La Producción Neoliberal**

A través de los medios masivos de comunicación, los dueños del mundo nos comunican la obligación que todos tenemos de contemplarnos en un espejo único, que refleja los valores de la cultura de consumo. Eduardo

Una de las características más determinantes que presenta el mundo actual es la hegemonía del sistema neoliberal. Este supone una ilimitada voluntad de globalización de sus valores, apropiándose de la vida y la subjetividad en su intento de apoderamiento de lo político y lo simbólico.

Según Alicia Stolkiner (2021), desde fines del siglo XX el mundo ha sufrido transformaciones, produciéndose la denominada tercer fase del proceso de internalización de los mercados. Llegando a imponerse la lógica de mercado como principio básico de organización de las sociedades, subordinando la lógica productiva a la rentabilidad financiera.

Desde entonces el neoliberalismo se ha encargado de retirar al Estado de las operaciones de los bienes públicos, tales como la educación y la salud, poniéndolos al servicio del mercado.

Cierto es que, para permanecer vigente, la estructura capitalista ha necesitado mutar a lo largo de la historia. Paula Sibila (2006), al respecto, reflexiona que desde hace tiempo la sociedad de control ha desplazado al disciplinamiento como forma de dominación. Ejerciendo un control a cielo abierto, donde ya no son necesarias las paredes, ni el encierro. El discurso del consumo se erige con tal fuerza que aparece en todos lados, en todo momento.

En este sentido, Byung Chul Han (2017) profundiza en las características de nuestra época, hablándonos de una sociedad que ha dejado de ser disciplinaria y de control, para convertirse en una sociedad de rendimiento. Ahora los sujetos se autoexplotan, persiguiendo libremente un ideal, a costa de entregar la totalidad de su existencia al capitalismo, degradando la vida a una propuesta fría y mecánica.

Por su parte, las políticas públicas de los Estados acordes con esta lógica de mercado, han conducido a que las poblaciones vulneradas pierdan sus derechos esenciales, con el consecuente riesgo de pasar a conformar la larga fila de sujetos desafiados. Dicho de otro modo, a la ausencia de un proyecto colectivo que les permita aliviar su malestar.

Robert Castel (1997) decidió reemplazar la noción de exclusión por la de desafiación. Partió de concebir al trabajo como soporte de inscripción de los sujetos en la sociedad, y de la creencia en la existencia de una fuerte correlación entre el lugar que los sujetos ocupan en la división del trabajo y su participación en las denominadas "redes de sociabilidad", tales como la participación en grupos, y los sistemas de protección social.

La desafiación es en un primer sentido una ruptura en las redes de integración primaria...Hay riesgos de desafiación cuando el conjunto de las relaciones de proximidad que mantiene un individuo sobre la base de su inscripción territorial, que es también su inscripción familiar y social, tiene una falla que le impide reproducir su existencia y asegurar su protección. (Castel, 1997, p. 31)

Este proceso desafiatorio resuena en las subjetividades de las comunidades vulneradas, incrementando aún más su sufrimiento psíquico. Emergiendo como

consecuencia sujetos con un gran grado de desubjetivación, moldeados de acuerdo a las necesidades del mercado. Subjetividades inermes y arrasadas.

Como efecto de estas políticas brotan en la vida cotidiana síntomas tales como la

desesperanza, la apatía y la pasividad en la vida cotidiana. De hecho, Byung Chun Han (2017) hace referencia a la depresión y el fracaso como síntomas de la época.

Emergen sujetos configurados por una cotidianidad que los hace relacionarse con la reproducción social de una forma instituida y potencialmente sufriente, naturalizándola en su subjetividad.

Subjetividades frágiles, precarias, violentadas y violentas (generalmente tercera generación de desocupados, con modos migratorios complejos, con territorialidades fragmentadas y sin redes o con intercambios sociales restringidos), configuran características de lo que llamamos sectores "arrasados" y fuerzan a diferenciar estrategias en múltiples planos: sanitario, clínico, político, social, productivo. (Onocko, 2008, p. 174)

Silvia Blechmar (2005), analizó el sufrimiento psíquico de la época, realizando aportes complejos y críticos, uno de ellos el concepto de malestar sobrante. Allí expone que los cambios históricos sufridos a lo largo de estos últimos años ha privado a los sujetos de llevar adelante un proyecto trascendente que les permita divisar modos para aliviar su malestar reinante. (Bleichmar, 2005)

Con este concepto enuncia que el sistema capitalista en su versión neoliberal opera incidiendo en las formas como se producen los sujetos y en cómo ellos aparecen frente al lazo social. Es decir que, se deshace el lazo social y el sujeto se ve impedido para crear lazos solidarios.

Esta sociedad de consumo propone un conformismo general y pegoteado en los sujetos (Castoriadis, 1989). Cada individuo se convierte en gestor de su propio bienestar y se obra con una lógica que consiste en gozar del consumo, allí se encuentra "la felicidad".

De acuerdo a estas características de época, damos cuenta de que el bien más codiciado por la lógica del mercado pasó a ser la subjetividad. En palabras de Jorge Alemán (2016), la subjetividad ha pasado a ser el tesoro máspreciado por la lógica neoliberal, convirtiéndose en el principal régimen histórico que intenta por todos los medios alcanzar la primera dependencia simbólica.

"Actualmente el Neoliberalismo disputa el campo del sentido, la representación y la producción biopolítica de subjetividad". ( Alemán, 2016, p.15)

En relación a esta disputa neoliberal surge el siguiente interrogante, ¿acaso el mercado lo puede controlar todo, incluso la subjetividad y los estados de ánimo? Dentro de este contexto sociohistórico, el cual fue mutando y expandiéndose, la salud pública de Argentina no ha sido la excepción y sufrió los embates de las políticas neoliberales, imponiéndose el modelo biomédico.

El modelo biomédico, o modelo médico hegemónico, cuenta en su estructura con una concepción biologicista y ahistórica de la salud, centrándose en la enfermedad de una forma evolucionista positivista. Además entre sus rasgos se destaca la mercantilización, el racionalismo científico y la medicalización progresiva de la vida cotidiana, con una relación de poder asimétrica entre el profesional y la comunidad. (Stolkiner, Ardila Gómez, 2012)

Haciendo un poco de historia, durante los años 90 en la Argentina se tuvo un Estado ausente que impulsó las privatizaciones de los bienes públicos, aplicando políticas de mercado en el campo de la salud, la educación y el trabajo.

La reforma del sistema de Salud argentino durante la década del noventa no constituyó un atenuante para la agudización del proceso de empobrecimiento creciente. Estuvo, en lo

el modelo del aseguramiento, incorporando como premisas indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la de autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva. (Stolkiner, 2021, p. 143)

Como era de prever estas políticas públicas en salud sustentadas desde un proyecto neoliberal, provocaron que el sistema de salud entrara en crisis debido a su incapacidad para dar respuesta al sufrimiento psíquico que se evidenciaban en los colectivos humanos.

Hoy en día el discurso de la biomedicina continúa vigente y amenaza con retornar aún con mayor fuerza en el sector público, concretándose en políticas de ajustes y pérdida de derechos. De hecho, recientes medidas tomadas en el sector de la salud, llevadas a cabo durante el gobierno del ex-presidente Macri, como por ejemplo el recorte del Ministerio de Salud de la Nación; o las reformas liberales que pretende imponer el presidente Milei, desfinanciado la salud pública, desmejoraron la calidad de vida de las poblaciones vulneradas. Además de pretender disminuir la responsabilidad del Estado Nacional en materia de salud, con una actitud claramente descentralizadora y desafiliatoria; se hacen recortes en el presupuesto público como respuesta a la demanda de organismos financieros internacionales, los cuales desconocen los procesos de salud enfermedad-cuidado del país.

A modo de pregunta, dado el estado actual de la salud: ¿Qué podemos aportar como representantes de la salud para que los sujetos y las comunidades vulneradas recuperen el derecho a apostar por un proyecto trascendente, que les devuelva la esperanza en un futuro posible?

## **Cap. 2. Dificultades en las Prácticas de Salud**

En estos tiempos neoliberales, los derechos públicos se reducen a favores del poder, y el poder se ocupa de la salud pública y de la educación pública, como si fueran formas de la caridad pública, en vísperas de elecciones. Eduardo Galeano

### **2.1. Políticas públicas. Atención no significa brindar cuidados**

Las prácticas en salud mental colectivas del campo público, a diario, se encuentran obstaculizadas por la vigencia del discurso médico hegemónico materializado en políticas públicas.

Sabemos que producir salud desde un modelo de salud colectiva, implica producir cuidados integrales. Es decir, cuidados que no estén centrados en el modelo tradicional de la atención, haciendo énfasis en las estrategias de promoción y prevención en comunidades que participan activamente de ellas.

Alicia Stolkiner, representante de la corriente de pensamiento de salud colectiva, ha conceptualizado el significado del cuidado en salud.

Lo diferencia de la atención tradicional, resaltando que el cuidado tiene una connotación más amplia e integral, con relaciones horizontales, simétricas y participativas en la comunidad. Sacando del centro a las instituciones y a los agentes del campo de la Salud, reconociendo que en las acciones de salud de la vida cotidiana y en las prácticas de los conjuntos sociales. Afirmando que el cuidado debe ser parte fundamental de los servicios de salud que tienen por objetivos la promoción, la prevención y la cura. (Stolkiner, 2012)

Por el otro lado, encontramos el modelo de la atención propio de la biomedicina, el cual no posibilita el alivio del malestar sobrante en la comunidad que sufre a causa de la vulneración social. Más bien se ocupa de promover el asistencialismo, con el consecuente aumento del malestar en el Estado (Abad, Cantarelli, 2014). Dicho malestar no es posible de ser tramitado de un modo satisfactorio por los sujetos, menos aún cuando estos se encuentran dentro de un contexto social que se encarga de destruir el lazo social, o que en todo caso no lo posibilita.

Según la óptica psicoanalítica de Lacan (2008), el discurso capitalista tiene la particularidad de no producir lazos entre los sujetos, no establece ni regula ninguna forma de lazo con el Otro y su funcionamiento tiende a erosionar la existencia de un orden simbólico-imaginario.

Jorge Alemán, en relación a esto, destaca que: “El discurso capitalista, verdadera perversión del discurso del amo, constituye un estallido de todos los lazos sociales por imposibilitar o destruir la dialéctica en que se fundan” (Alemán, 1998, pág. 172).

Con la internalización de este discurso hegemónico, el sujeto pierde el estatuto de estar dividido por el significante para convertirse en un sujeto falsamente completado por el objeto de goce. Lacan (2008) lo llama consumidor y lo sitúa en las antípodas del sujeto que se pregunta por su lugar en el deseo del Otro. No es la pregunta por el deseo sino la voluntad de goce la que ordena el funcionamiento de este discurso, cuya astucia consiste en haber sustituido el objeto perdido por el objeto de la tecnociencia, anulando así la pérdida propia a la estructura del deseo.

Como ya estamos anoticiados, toda producción de subjetividad se encuentra determinada sociohistóricamente. En este caso nos vemos atravesados por un contexto social y político que nos priva del alivio a través del lazo social. Profundizando el malestar, postergando su resignificación para poder tramitarlo de un modo más saludable o satisfactorio.

En la vida cotidiana vemos emerger esta dificultad del sujeto para hacer lazo. Podemos tomar como ejemplo la ciudad de Rosario, la cual ha acrecentado los contextos sociales de vulneración y desafiliación. Sumándose como característica de la época, la ascendente violencia territorial ligada a la narcocriminalidad. Esto ha traído como consecuencia un aumento en la cantidad de niños y adolescentes víctimas del arrasamiento subjetivo y social, provocando un considerable incremento en las consultas e internaciones por padecimientos sociales y subjetivos.

A nivel de las políticas públicas, este discurso hegemónico orienta la salud hacia el consumo y la disolución del lazo social. Incliniéndose por una salud de mercado, la cual es poco accesible para las necesidades de la comunidad. Convirtiendo a su sujeto de atención en un objeto más.

La corriente de pensamiento de la salud colectiva desde la década del '70 se viene ocupando de poner en evidencia estos modos de padecimientos sociales. Siendo, además, de gran influencia en la salud pública de Rosario, al punto de haber sido tomada como referencia para la gestión en salud pública.

De hecho, durante los años '90, a pesar de las políticas en salud neoliberales implementadas a nivel nacional y guiadas por las directivas del Banco Mundial, se logró poner en marcha un proyecto para incorporar la salud pública a la gestión municipal de Rosario.

La experiencia rosarina se inscribió en un proceso asociado fuertemente a la búsqueda de un modelo de desarrollo social, económico y cultural que se presentó como contracultural en un contexto donde predominaban los postulados neoliberales

sostenidos por el gobierno a nivel nacional. Entre sus rasgos principales, se destacó el de mantener una política orientada por el derecho a la salud. (Rovere, 2006)

## 8

De hecho, para diferenciarse del discurso tradicional de la época, Débora Ferrandini, quien supo ser directora de Atención Primaria y referente de la salud en Rosario, prefería hablar de direccionalidad de la práctica y no de modelo de salud.

Dirección de la práctica, un reordenamiento del proceso de trabajo, de las prácticas, que implica otra constitución, un cambio en la constitución subjetiva de quienes la sostienen... a partir de eso se está construyendo un cambio cultural que sostenga esta dirección en el tiempo. Esa dirección o direccionalidad tiene tres líneas directrices: equidad (igual utilización de servicios a igual necesidad); clínica contextualizante (privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía) y participación (construcción colectiva del conocimiento epidemiológico). (Rovere, 2006, pág. 16)

Al igual que la experiencia en Brasil, en Rosario se comenzó a practicar, mediante convenios, una política activa de municipalización de la salud, promoviendo espacios de participación social en salud.

En esta época, a nivel internacional, La Reforma Sanitaria Brasileña se convirtió en referente para la construcción del derecho a la salud a través de la experiencia de su Sistema Único de Salud. Sus avances en esta materia fueron aprovechados por la gestión sanitaria de Rosario. (Rovere, 2006 )

A nivel nacional el debate de salud pública estaba tan postergado que, en una década en la que se había retrocedido mucho, "el Congreso de Rosario" se constituyó no sólo en el principal, sino en el único debate de salud pública abierto, y por ello generó la presencia de muchos participantes provenientes de otros lugares del país y del extranjero. Esto "nacionalizó" alguno de los congresos y generó, naturalmente, condiciones para que las diversas iniciativas adquirieran una mayor visibilidad. En referencia a la presencia de voces de otras ciudades o de otros países, vale destacar referentes del campo sanitario como Gastón de Souza Campos, Saúl Franco, Mario Testa, Pablo Bonazzola, o Adolfo Chorny, entre otros. (Rovere, 2006, pág. 18 )

No obstante esta experiencia, en los últimos años, en sintonía con el retorno al poder del discurso neoliberal a nivel nacional, ha persistido cierta falta de voluntad política para realizar cambios significativos en el sistema de salud, evidenciándose también en el campo de la salud mental.

Esta situación se puede ver reflejada en lo que fue aconteciendo con la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26657 (LNSMyA), promulgada y reglamentada hace ya más de una década. Ley que desde sus inicios estuvo impulsada por un espíritu progresista, de ampliación de derechos humanos, y privilegiando el aspecto integral de la salud.

Sin embargo, su cumplimiento ha sido realizado a medias en algunos efectores de salud, como por ejemplo en ciertos hospitales generales de la red. Exhibiéndose, además, una falta de inversión para la creación de lugares alternativos según lo dispuesto por la ley.

Con el cambio de paradigma propuesto, los efectores de salud pública han tenido que readaptar su modo de funcionamiento y su espacio físico para recibir la demanda por parte de sectores de la población que presentan padecimientos psíquicos.

En mi caso particular el hecho de trabajar como enfermero, con infancias y adolescencias, en un hospital general correspondiente al tercer nivel de atención me ha permitido realizar cierta valoración de este proceso.

Como todo cambio de paradigma, este proponía romper con las ideas establecidas en la salud pública, sobre todo aquellas que se mantenían cercanas al modelo biomédico, haciéndonos mirar con una perspectiva más histórica e integral. No

## 9

obstante, no existen cambios sin cierto grado de resistencia ejercido por el modelo precedente.

La biomedicina ha opuesto resistencia a ciertas prácticas colectivas e integrales, materializándose a través de la implementación de ciertas políticas públicas no inclusivas y modos de administrar la salud en base al ajuste presupuestario.

Una de las grandes dificultades que aún se evidencian en las prácticas es la no inversión en lugares alternativos que alojen a los sujetos de cuidado. Preocupa esta situación dado el actual contexto social, con su consecuente aumento de demanda en salud mental.

Existen situaciones en que se vuelve difícil articular el seguimiento de los sujetos de cuidado o encontrar su derivación hacia una institución que realmente los aloje para continuar con su plan de cuidado integral.

Los lugares alternativos que trabajan con este tipo de padecimiento no satisfacen a la demanda existente y que tiende a crecer, dificultando de este modo el tratamiento de las infancias y adolescencias. Convirtiéndose a menudo el hospital general en un depósito de sujetos con padecimientos en salud mental. No pudiendo dar respuesta a la comunidad en situación de vulneración que asiste al efector; o mejor dicho, funcionando como un lugar paliativo en vez de representar uno posibilitador de sujetos activos implicados en su cuidado integral.

Cierto es que cuando las internaciones en los hospitales generales se transforman en “depósitos” no es inclusión, sino que significa que el proyecto neoliberal ha metido una vez más la cola, generando modos de gestión o de financiamiento que priorizan el ajuste, el achicamiento de lo público.

Sucede, a veces, que las políticas públicas optan por un camino normativo, dejando de lado el contexto social y atentando contra la inclusión del sujeto de cuidado en un espacio que le permita desarrollar su autonomía. Un ejemplo de ello es el cuestionamiento que ha sido llevado a cabo por el Colegio de Psicólogos, a fines del año 2023, con respecto a la vigencia del decreto 2737/22 del Poder Ejecutivo.

El decreto 2737/22 del Poder Ejecutivo provincial, en el que se determina que “en ningún caso procederá tomar una Medida de Protección Excepcional cuando la amenaza o la vulneración de derechos consista en padecimientos de salud, en cuyo caso el Equipo Técnico interviniente derivará la situación a los organismos competentes del Ministerio de Salud”. También excluyen las situaciones de pobreza o “diferencias culturales”. (Página12, 2023, párr. 6)

Según el Colegio de Psicólogos, el sentido de este decreto, en los casos previstos por el párrafo anterior: salud, pobreza o diferencias culturales, la Dirección de Niñez se desentiende de las intervenciones.

De este modo, cuando se trata de niñas, niños y adolescentes con padecimientos de salud Mental, en Niñez –aun si existen medidas excepcionales- argumentan que es responsabilidad de Salud. O que no tienen lugares adecuados para atender la salud

mental, y extienden durante meses la internación. En el hospital de Niños Zona Norte, el miércoles, había cuatro niños internados y dos estaban sin acompañantes personalizados. Una trabajadora contó que el año pasado, otro niño, le reclamó: “Me dejaron solo”. Vulneración sobre vulneración, el Estado no destina los recursos estipulados por ley para garantizar el acceso a derechos. (Pagina 12, 2023, párr. 8)

Estas situaciones, nos hacen dar cuenta de que la construcción y sostenimiento de un nuevo paradigma en salud, con un discurso progresista en el sentido de los derechos humanos, implica también un saber hacer en medio de estas contradicciones que aún hoy habitan los espacios de la salud pública.

## 10

De acuerdo a este panorama: ¿Qué herramientas les podemos dar a aquellos sujetos que se encuentran a la deriva en ciertas instituciones que sólo le pueden proponer un modelo asistencial? ¿Cómo interpelar las prácticas en salud mental para inventar un nuevo modo de intervenir en la salud pública?

De lo que se puede estar seguro es que si queremos realizar cuidados y prevenir en el campo de la salud mental, defender y ser críticos con la aplicación de la LNSMyA es uno de los objetivos esenciales.

Las políticas públicas tienen una gran importancia al momento de tomar decisiones en cuanto a qué modelo o dirección de salud promover. Acontece a veces que en lo teórico se habla de un modelo integral, mientras que en las prácticas las instituciones siguen reproduciendo viejos modelos heredados del discurso biomédico.

Quienes se encuentran a cargo de las políticas públicas deben asumir el compromiso de garantizar efectivamente el derecho a la salud. Sin embargo, existen situaciones en las que no se responsabilizan y no son consecuentes con hacer cumplir la legislación vigente.

De hecho, ciertas instituciones que trabajan con la salud mental y están encargadas de alojar la demanda, en ciertos casos se les dificulta respetar los compromisos asumidos por el Estado como los establecidos en la Convención de los Derechos del Niño.

A menudo, el trabajo integral con infancias y adolescencias se encuentra obstaculizado por la dificultosa articulación entre las instituciones encargadas de brindar cuidados. Demoras e intervenciones a destiempo respecto de la efectivización de acciones que restauren derechos, escasa comunicación entre los equipos de los centros residenciales y los equipos interdisciplinarios. Provocando la consecuente revulneración de derechos por parte de quienes deberían garantizarlos y resguardarlos.

Internaciones que se prolongan en el tiempo por falta de espacios institucionales alternativos de alojamiento de niños y adolescentes. Si bien la ley 26657 en su art. 15 habla de internaciones breves, esto no siempre se cumple.

En cuanto a la modalidad de abordaje, el corpus legal establece que debe basarse en los principios de la Atención Primaria de la Salud, y debe proponer tratamientos con base en la comunidad preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria, orientados al reforzamiento, restitución y/o promoción de los lazos sociales. De esta manera, el lugar que tiene la internación es el de último recurso, cuando ya se ha agotado previamente una gama de intervenciones ambulatorias, y siempre preservando el mantenimiento de los lazos familiares, laborales y sociales. (Rey, Rodríguez, 2014, Pág. 219)

La incertidumbre con respecto al porvenir ocasiona en niños y adolescentes diversos impactos como la recurrencia de crisis subjetivas, reproduciendo violencia institucional y vulnerando doblemente sus derechos.

Está claro que el alojar no debe representar solamente un lugar físico, más bien, se trata de alojar a un sujeto que en su historia ha padecido subjetiva y socialmente, que ha atravesado situaciones traumáticas o perdido sus vínculos. Se trata de propiciar un espacio y un vínculo que no reproduzca el desamparo del que han sido víctimas.

## **2.2. Gestión clásica y estrategias defensivas en los equipos de salud**

Según Onocko Campos (2002) la salud pública, como espacio organizacional e institucional, ejerce control y dominación sobre los trabajadores, predisponiéndolos a la emergencia del narcisismo de las pequeñas diferencias, es decir cuando nos sentimos amenazados por un otro que es similar a nosotros. Situación que a diario nos hace olvidar el sentido de la tarea primaria, que en este caso sería brindar cuidados.

11

La gestión en su versión clásica enfatiza en la dimensión de la administración, sobre todo de aquella administración que se ocupa de ordenar la acción de otros. Aquí el modelo gerencial hegemónico se distingue por trabajar para el establecimiento de patrones en los modos de relacionarse entre los trabajadores, con un fuerte rechazo por los otros que son percibidos como una amenaza. El otro se convierte en un depositario de todo lo malo que hay en mí, para ser percibido como aquello que me impide crecer. (Onocko, 2002)

Es decir, que este modelo va a estar fuertemente ligado al ejercicio del poder, y por ende a la disciplina del control, la cual busca aumentar la productividad y continuar reproduciendo el estado actual de las cosas.

Estas características, presentes en la mayoría de las instituciones, suelen dificultar la implementación de cuidados integrales. Ya que predispone a la aparición en los equipos de salud de estrategias defensivas. Las cuales se suelen manifestar en los trabajadores cuando el contexto de la institución dificulta la tarea primaria.

Cuando el contexto de trabajo coloca obstáculos a la tarea primaria, sea por falta de recursos humanos, de materiales o por exceso de autoritarismo gerencial, los sujetos se valen de estrategias defensivas para atenuar el propio sufrimiento psíquico. Algunas de ellas serían el llamado excesivo a la ideologización, somatización, burocratización, desarrollo de estados pasionales. (Onocko, 2008, pág. 177)

Podemos mencionar que la resistencia al cambio de paradigma por parte de la institución, se ve reflejada en la subjetividad de los trabajadores de la salud, funcionando como un factor que complica la tarea diaria. Observándose en gran medida una internalización y cercanía ideológica respecto del modelo médico tradicional.

Cierto es que representaría un ideal pretender que todos los trabajadores de la salud se orienten por una misma perspectiva de trabajo, o que no exista conflicto entre las ópticas de las diferentes disciplinas. Sin embargo, se vuelve necesario que determinadas prácticas del discurso hegemónico se dejen a un lado si es que pretendemos una salud pública verdaderamente democratizada e inclusiva.

En efectores de salud, tal como el hospital general, aún suelen verse tratos estigmatizantes en los modos de vincularse entre los trabajadores de la institución y los sujetos de cuidado con padecimientos psíquicos y sociales. Este último suele ser rechazado por considerarse peligroso. A veces se obra por omisión y desconocimiento de la vigencia de la LNSMyA, otras veces funciona a modo de prejuicio una concepción errónea de lo que representa el espacio de la internación en el hospital. Concepciones caducas que ya no deberían circular por las instituciones de salud, sin embargo perduran

y se reproducen en el imaginario social.

Parece insólita esta situación, pero permanece a pesar de las modificaciones propuestas por la ley 26657. Sin duda, la producción neoliberal resulta eficaz al hacer circular su discurso hegemónico e individualista, produciendo subjetividades desubjetivadas.

Estos mecanismos defensivos, a menudo, conducen a la producción de impotencia en los equipos de salud. Puede resultar que como intento de defenderse contra esa identificación que le genera malestar, el equipo recurre a una discriminación más tajante. Aparece la discriminación entre el "nosotros" y "ellos". Imponiéndose barreras en los trabajadores, en su propio cuidado y para ejercerlo con empatía. Dificultándonos la puesta en contacto con nuestro propio dolor y el de los demás. (Onocko, 2008)

Los trabajadores pueden dirigir actitudes agresivas hacia los sujetos de cuidado, tomando represalias. O por el contrario, pueden adoptar una función mesiánica donde toman una posición subjetiva en la que son los únicos salvadores de esa pobre gente. (Onocko, 2008)

## 12

Sin duda el aspecto inconsciente influye en los trabajadores, como así también el contexto institucional en el que se encuentran. Pudiendo aparecer un monto de sufrimiento psíquico que desborda su capacidad de contener y ser contenido, surgiendo distintos modos defensivos de responder a este malestar.

El término pasión describe muy bien el intenso sufrimiento psíquico, próximo a los estados psicóticos, que se experimenta en la institución; es el desbordamiento de la capacidad de contener y ser contenido; la capacidad de formar pensamientos es paralizada y atacada: la repetición, la obnubilación, sirven de cobertura a los odios devastadores, contra los cuales surgen defensas por fragmentación. (Onocko, 2008, pág. 177)

El malestar en los trabajadores del equipo de salud, obviamente va en detrimento de la interdisciplina y perjudica el vínculo con los sujetos de cuidado. Transformándose la comunicación, por momentos, en una competencia entre disciplinas. Imponiéndose el individualismo por sobre el aspecto colectivo.

Emergen en los equipos de salud dificultades para trabajar de un modo interdisciplinario. Tales como las fallas en la comunicación, o un contenido ideologizado de un modo fundamentalista o rígido, como lo es "ponerse la camiseta de la institución". Estos síntomas institucionales constituyen la propia realidad del trabajador; influidos por la exposición permanente al malestar que generan las distintas situaciones en los hospitales generales que no pueden ser simbolizadas y angustian, como la muerte y la locura. (Onocko, 2008)

Otro rasgo es que la mayoría de los grupos que encontramos en los servicios de salud no son grupos, sino más bien agrupamientos; no tienen constituida un área de relaciones intersubjetivas que permita que la experiencia de la diferencia no sea vivida como mortal. Allí siempre el problema son los otros, imponiéndose el discurso hegemónico de la no posibilidad de hacer cambios significativos, quedando nada más que el resignarse ante ello. (Onocko, 2002)

Esto da como resultado que en los equipos de salud se dificulte llegar a un acuerdo en lo que respecta al tratamiento del padecimiento psíquico. A menudo, cuesta orientarse por una perspectiva integral en las prácticas; en parte, debido a la producción neoliberal que se encarga de generar trabajadores desubjetivados, quienes pueden ser arrastrados por un malestar sobrante que se padece con impotencia.

Las políticas neoliberales impactan y generan sufrimiento tanto en la salud de los

sujetos de cuidado, como en la de los propios trabajadores. Produciéndose la destrucción del lazo social, a la vez que emerge con mayor fuerza la figura del consumidor consumido en una sociedad de rendimiento.

Quizás la falta de espacios grupales orientados hacia la salud mental para trabajar con lo que acontece en la institución y en las subjetividades de los trabajadores sea un punto a tener en cuenta. Generalmente en los hospitales generales se continúa haciendo hincapié en el padecimiento orgánico, en lo visible, en lo detectable a través de un laboratorio, lo cual es necesario aunque no es el único aspecto a tomar.

De estas situaciones se nos abren varios interrogantes: ¿Qué aportes del discurso psicoanalítico colaboran con la salud colectiva en los espacios públicos para poner en cuestionamiento el ejercicio de nuestra práctica cotidiana como trabajadores de la salud, nuestras posiciones de poder y el sentido que le damos a las cosas? ¿Cómo interpelar las prácticas en salud mental para crear otro modo de intervenir en la salud pública?

Ser un trabajador de la salud pública y tener depositadas esperanzas en el valor positivo de nuestro trabajo con la comunidad, es estructurante de una subjetividad apta para tolerar el malestar propio e inevitable de las tareas colectivas. (Onocko 2008)

El trabajar en salud debería representar un modo satisfactorio para tramitar ese malestar sobrante que nos atraviesa. Para poder alojar y ser alojados en la salud pública.

### **Cap. 3. Lazo Social y Producción Subjetiva**

En tiempos de incertidumbre y desesperanza es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros.  
Enrique Pichon-Rivière

En este capítulo se trabajará sobre ciertos aportes del discurso psicoanalítico a las prácticas en salud colectivas. Prácticas integrales que a diario chocan contra un discurso biomédico, el cual considero continúa siendo predominante, según mi experiencia de trabajo en una institución de salud del tercer nivel de atención de la ciudad de Rosario.

Dentro de este contexto, complejo y muchas veces adverso, el discurso psicoanalítico puede representar una herramienta útil al articularse con la propuesta de la corriente de pensamiento de la salud colectiva para brindar cuidados a la comunidad con padecimientos psíquicos y sociales.

El psicoanálisis cuenta con recursos para trascender las paredes del consultorio privado, aportando conceptos tales como lazo social y producción subjetiva. Ambos necesarios para la producción de salud en el campo de la salud pública.

Según Silvia Bleichmar (1999), la producción de subjetividad es del orden político e histórico. Es decir, que tiene que ver con el modo en que cada sociedad establece los criterios que hacen a la construcción de sujetos capaces de ser integrados a su cultura de pertenencia. Cada sociedad tiene proyectos de producción subjetiva con determinadas características.

En este sentido, el neoliberalismo opera sobre los sujetos, generando una especie de servidumbre voluntaria. Es decir, sujetos que pueden atentar contra sus propios intereses y derechos adquiridos con tal de destruir a un otro que se le vuelve amenazante y no lo tolera. Este dispositivo neoliberal convierte en culpa personal lo que en realidad puede entenderse como un problema social. Viviéndose como un fracaso individual aquello que sucede a nivel social y político, trayendo como consecuencia síntomas tales como la depresión. (Alemán, 2016)

Surge de este modo una subjetividad donde el sujeto se percibe como “emprendedor de sí mismo”, ordenando su vida y sus vínculos como si fuera una empresa de rendimiento. Situación para la cual nunca va a estar a la altura de tal ideal, manteniéndose en situación de deuda permanente. (Alemán, 2016)

Por su parte el concepto de lazo social, según Ignacio Lewkowicz (2004), es aquel que instituye la forma de ser de los sujetos y esto ya no depende de una voluntad individual sino de una situación sociocultural que instituye una sociedad y una manera de ser acordes a esa sociedad. Una ficción eficaz de discurso que hace que un conjunto de individuos constituya una sociedad, y una ficción social que instituye a los individuos como miembros de esa sociedad.

En cambio, sabemos por los aportes de Lacan (2008), que el discurso neoliberal es el único que no posibilita el lazo social o en todo caso tiende a destruirlo. Generando, además, la ilusión de que existe un todo sin fisuras. Elogiando los logros individuales, resaltando la figura del individuo emprendedor.

El sujeto ante la ausencia de lazo se pierde en el goce consumista, transformándose en un objeto de intercambio más del mercado. El gran Otro arroja al sujeto a un vacío que lo sentencia a un goce sin límite. (Alemán, 2012)

El lazo social afectado consiste en un deber ser de felicidad por un recorrido que traza la experiencia de un goce desregulado. La felicidad se convierte en un imperativo moral en una sociedad que busca, a toda costa, suprimir el sufrimiento. (Han, 2017)

Se trata de la impotencia por otorgar un sentido a la época, en la medida que las identificaciones sociales a las que se aferra el sujeto se muestran frágiles para regular el lado mortífero de su satisfacción. Produciéndose así una suerte de empoderamiento

#### 14

social por parte de sujetos en apariencia fuertes, pero sin embargo, consumidos por dentro con sensación de impotencia, melancolía y agresión al otro. (Alemán, 2012) En la Argentina el modelo neoliberal fue impuesto a través de la violencia y la crueldad durante la dictadura cívico-militar que tuvo inicio en el año 1976. Desde el comienzo se rechazó lo grupal, quedando bloqueado en las distintas disciplinas que tenían que ver con la salud. Emergió así un discurso individualista y consumista, sostenido por un proyecto económico desindustrializador y privatista. Ya en los años '90 el neoliberalismo se consolidó aún más, profundizando sus políticas privatizadoras, con el consecuente desmantelamiento del Estado y las instituciones públicas. Planteos del Banco Mundial hacían suponer que los Estados resultaban ineficientes, con una gran cuota de corrupción, para administrar la salud pública. Se propuso un modelo que entendía la salud como un problema individual en el cual el Estado no debía participar.

De hecho, el plan del Banco Mundial pretendía aplicar un sistema de registro que identificaría a los “realmente” pobres, para que pasen a ser subsidiados por la atención gratuita en los efectores de salud. Además, promovía una serie de características propias del sector privado para el hospital público, el cual competiría por la incorporación de recurso genuino. (Rovere, 2006)

En este contexto la salud pública se vió notoriamente perjudicada, mientras los sujetos continuaban sufriendo el arrasamiento de sus derechos y eran arrojados a un consumo sin sentido.

El capitalismo que como estructura discursiva no pretende hacer lazos, a cambio fomenta la ilusión de que todo es posible individualmente.

Según Rita Segato (2018), en la sociedad que vivimos prevalece una pedagogía de la crueldad, la cual consiste en transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas comprables, vendibles, desechables. Se nos acostumbra a un espectáculo de crueldad e impunidad, que promueve bajos umbrales de empatía y desensibilización respecto del sufrimiento del

otro. Dice que la crueldad habitual es directamente proporcional a formas de gozo narcisístico y consumista, tal como conviene al capitalismo en su fase actual.

De acuerdo a este estado de las cosas cabe preguntarse: ¿Acaso el neoliberalismo ejerce un control total y no nos queda más alternativa que someternos a ello? ¿Con qué fuerza contamos para resistirnos a esta conquista? ¿Cómo recomponer los lazos rotos?

Poder desarmar esta ilusión de completud neoliberal, implica utilizar herramientas que cumplan con las características de ser complejas y críticas. En este sentido, ciertos aportes del discurso psicoanalítico pueden ayudar a agujerear este todo, haciendo énfasis en la singularidad de los casos presentes en las instituciones.

Producir una subjetividad crítica y emancipada, que no sea una mera adaptación a las necesidades de la época, nos va a permitir acercarnos más hacia el paradigma del cuidado y la prevención del malestar sobrante.

Si la producción de subjetividad es un componente fuerte de la socialización, evidentemente ha sido regulada, a lo largo de la historia de la humanidad, por los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar el sistema y conservarse a sí mismo. Sin embargo, en sus contradicciones, en sus huecos, en sus filtraciones, anida la posibilidad de nuevas subjetividades. Pero éstas no pueden establecerse sino sobre nuevos modelos discursivos, sobre nuevas formas de re-definir la relación del sujeto singular con la sociedad en la cual se inserta y a la cual quiere de un modo u otro modificar. (Bleichmar, 2007, pág. 84)

No repetir esta historia, en parte, depende de la capacidad de responsabilizarnos y tener memoria para defender y multiplicar los espacios públicos que promuevan los cuidados integrales y la emancipación.

## 15

En este sentido, la propuesta de la gestión en salud colectiva se puede articular con el discurso psicoanalítico, para la búsqueda de un sujeto autónomo, activo en su cuidado, manteniendo en su horizonte una concepción de sujeto de derecho.

En el campo de la salud pública, la LNSMyA comparte esta perspectiva, y rompe con la ilusión de totalidad, cuestionando la noción de normalidad del hospital general e introduciendo el tratamiento de la locura en su seno, a través de la propuesta de una clínica ampliada.

Si bien el hospital general es un espacio por el que circula el discurso biomédico, esta ley nos incentiva a trabajar de un modo colectivo e integral.

El psicoanálisis se puede articular con los modos colectivos del hacer. Retorciendo las normas instituidas, yendo más allá del prejuicio y del sentido común. Tratando de inventar un significante nuevo que pueda introducir la dimensión del no todo dentro de esa ilusión neoliberal de normalidad.

Encontrar una fisura e inventar la inconsistencia en el Otro para ir más allá de las normas del hospital público. Generando un espacio, que no sea sólo físico, para brindar cuidados. Las prácticas de salud mental no consisten sólo en abrir salas, sino fundamentalmente en brindar alojamiento y ternura, haciendo de esto un dispositivo (Ulloa, 1995).

Inventar otra forma de estar juntos, de hacer lazos. Ulloa habla de la ternura como un dispositivo de subjetivación. Donde va a haber un otro como terceridad que va a permitir que haya una ética. (Ulloa, 1995)

La ternura es entendida como función que pone freno a la encerrona al tiempo que rescata al sujeto del desamparo (Ulloa, 1995). La ternura como contrapedagogía de

la crueldad apunta a recuperar la sensibilidad y los vínculos oponiéndose a las presiones de la época. La ternura como función engendra subjetividad. Sería el primer amparo, es el primer elemento que hace del sujeto, sujeto social, porque es un dispositivo social. Sin la mediación de la ternura nos encontramos expuestos a situaciones de sufrimiento, injusticia y violencia que conducen a la desesperanza y la desesperación.

Se trata de brindar hospitalidad, es decir, que no queden los sujetos arrasados en la hospitalización, como sucede en el caso del hospital “depósito”.

Habitar y cuidar un espacio institucional, es viable cuando se produce una forma subjetiva acorde con él. Cuando una subjetividad es capaz de producir un sentido en él, logrando que el malestar no sea la forma que predomina en la práctica. (Abad, Cantarelli, 2014)

Dentro del hospital general los dispositivos orientados por la propuesta de la corriente de salud colectiva, son necesarios para producir subjetividad y salud. De hecho, existen salas nuevas o adaptadas a las disposiciones de la LNSMyA, donde se sostiene un trabajo en equipo de modo integral, interdisciplinario e intersectorial. Atendiendo a la singularidad de los casos de la comunidad, por sobre la generalidad propuesta por la tradición hospitalaria. Se debe tratar de profundizar en esta dirección y sostener estos cambios, como sujetos implicados en la tarea.

Parte de la función del analista debe consistir en autorizarse a realizar otro uso de las normas instituidas e ir más allá del ideal de la institución, apuntando a la singularidad de cada caso. Escuchar y construir la demanda sin obturar la palabra del sujeto de cuidado, haciendo énfasis en alojar y restituir los derechos vulnerados.

También se trata de generar un nuevo lazo entre los profesionales. Un poder hacer en lo grupal fecundo, una potencia, apostando al trabajo transversal. Resistirse al discurso de la época es posible. La invención está en crear nuevos modos de participación, nuevos lazos a partir de preguntas y no de saberes que condicionan respuestas. Un ideal abierto, no uno absoluto. Nuevos modos de estar juntos impulsado por el vacío. (Lorenzetti, 2021)

El psicoanálisis, en su saber hacer con el malestar, enfrenta lo reglamentario y normativo de una institución, produciendo lazos que encuentran en el sin sentido la

## 16

causa, enlazando desde lo que no hay. Como en el arte, ese vacío le da vida a los cuerpos, algo íntimo se convierte en extimo, por un momento fugaz, y resalta en el encuentro con otros. (Lorenzetti, 2021)

Un modo de lazo que resiste y que impide quedar en la red institucional. Otro modo de hacer con las dificultades. Evitando la institucionalización de las subjetividades, posibilitando el despliegue de sus invenciones, creando un nuevo significante. Hacer lazo porque en lo colectivo se encuentra el alivio del malestar.

Se trata en lo que pretendemos transmitir de un con otros en donde lo que interesa no será integrar o reparar lo marginado o lo que no se adapta a lo convencional aplanándolo, sino de incentivar y dar lugar a prácticas que se atrevan a hacer con la dificultad. Una posición que permite enhebrar arte, psicoanálisis y política desde una estética y una ética afín, en la medida que además de una reconfiguración de lo sensible que toca y afecta los cuerpos hay en todos los casos una apuesta a hacer con el malestar sin eludirlo. (Lorenzetti, 2021, pág.148)

Dar lugar a reparar los lazos rotos que el neoliberalismo ha producido. Un saber abierto, advertido de la imposibilidad de cerrarlo. Lo subjetivo y lo singular no tiene que ver con el ser y lo identitario.

Un camino posible consiste en sostener la idea freudiana de considerar cada caso

como si fuera el primero. Se trata de una clínica del sujeto y no de las identidades sociales, lo que implica desplazar los estereotipos como centro del discurso. (Ghía, 2014)

Invención tanto dentro como fuera del hospital. No renunciando a las premisas del psicoanálisis. Invención que tiene al vacío como causa. En el discurso del analista lo imposible es lo que hace actuar a la gente.

El psicoanálisis incluye el no todo en una época neoliberal donde todo es posible. Donde la oferta y la demanda parecería una fórmula que todo lo regula. Pues si bien la subjetividad es una construcción sociohistórica, el neoliberalismo no puede capturar aquello más propio del sujeto, aquello que no puede ser construido. El sujeto es efecto del lenguaje y no puede ser producido en su totalidad, no puede ser capturado por el neoliberalismo (Alemán, 2016).

En consecuencia, como trabajadores de la salud mental podemos colaborar a interrumpir esta fábrica de subjetividades, para dar lugar a un hecho político que modifique las condiciones de la vida cotidiana y el dispositivo neoliberal en las instituciones de salud.

## 17

### **CONCLUSIÓN**

De acuerdo a lo desarrollado en esta investigación damos cuenta de que el discurso psicoanalítico representa una valiosa herramienta para las prácticas en salud mental colectivas.

A través del material analizado se pudo confirmar la hipótesis planteada, que aportes tales como el concepto de lazo social y la producción subjetiva colaboran con el campo de la corriente salud colectiva para producir salud en un contexto donde las políticas neoliberales dificultan las prácticas.

El notable ascenso del discurso neoliberal al poder, expresado en una sociedad de rendimiento en la que el consumo orienta la subjetividad, nos exige responsabilizarnos como trabajadores de la salud pública en defensa de los derechos adquiridos a través de años de lucha colectiva, manteniendo una actitud crítica y comprometida en el campo de la salud.

Las políticas de mercado se introducen en lo público, proponiéndonos hospitales generales que se conviertan en depósitos de pacientes, donde conviven trabajadores alienados, no implicados con su tarea, con pacientes pasivos. La desubjetivación es parte

del horizonte neoliberal, como así también las políticas públicas que permanecen en deuda con respecto a las transformaciones que representan un progreso en términos de derechos, tales como las propuestas por la LNSMyA. De este modo, una de sus consecuencias es el entorpecimiento del abordaje integral con perspectiva de derecho en los efectores de salud.

Desarmar la ilusión de completud presente en el discurso neoliberal resulta primordial para dar lugar al deseo en los sujetos de cuidado. Mediante el uso de herramientas complejas y críticas, se puede agujerear ese todo homogéneo que puede verse bien representado en el discurso biomédico. Esto podría permitir recuperar la singularidad dentro de aquellas instituciones que tienen la predisposición a reproducir un modo de gestionar clásico, un modelo basado en la atención.

Por el contrario, producir salud implica promover estrategias orientadas por una perspectiva integral, para prevenir y aliviar el sufrimiento psíquico que nos atraviesa. En este sentido la gestión para la salud propuesta por la corriente salud colectiva, se puede encontrar en sintonía con el discurso psicoanalítico, ya que comparten un horizonte de búsqueda de un sujeto autónomo y activo en su cuidado, recuperando la necesidad y la capacidad de apostar por un proyecto colectivo trascendente. A través de impulsar un modo de lazo social que se resista a la lógica del mercado y que impida quedarse atrapado en la red institucional, se posibilitará la emergencia de subjetividades capaces de emanciparse de su contexto de vulneración y desafiación. Dando lugar a otro modo de hacer con las dificultades, inventando un modo colectivo que contenga y alivie el malestar sobrante bajo el modelo del cuidado.

Sin embargo, algo a tener siempre en cuenta es que esta decisión de orientar la práctica por una perspectiva integral debe ser acompañada de una política pública con voluntad de incluir a los sujetos en un proyecto colectivo que realmente los aloje en un marco de derecho, posibilitando la articulación con su singularidad y la realización de su proyecto de vida. Es decir, debe haber un Estado presente.

Parte de esta deuda se salda con la correcta aplicación de la LNSMyA 26657. Invertiendo en salud mental, destinando el presupuesto necesario para brindar el alojamiento adecuado a las poblaciones que sufren psíquica y socialmente.

Sostener esta reivindicación implica la puesta en ejercicio de una verdadera gestión en salud en el campo de lo público, es decir, que no sólo se ocupe del aspecto administrativo. Una gestión que, además, genere las condiciones de posibilidad para transformar lo que sea necesario, para gestar lo nuevo.

En relación al modo de gestionar, se evidencia una relación directa entre la gestión clásica y los aumentos de mecanismos de defensa de los trabajadores de salud.

## 18

Lo cual dificulta las prácticas integrales en la institución; produciendo como consecuencia, entre otras cosas, un menor interés para trabajar interdisciplinariamente, convirtiéndolo al otro en el depositario de todos los males.

Si bien ciertas cuestiones de gestión en salud fueron analizadas, queda mucho campo por recorrer, y esto quizás represente una buena motivación para continuar indagando en futuras investigaciones. El surgimiento del tema de la falta de espacios grupales que atiendan a los conflictos que emergen en las instituciones de salud, es ejemplo de ello. Advirtiendo la necesidad de un dispositivo grupal que escuche las problemáticas surgidas en la práctica diaria y contenga a los trabajadores. Por ejemplo poder contar con supervisiones clínico-institucionales periódicas. En la salud pública debemos cuidar a los trabajadores tanto como a los sujetos de cuidado, ya que la salud del trabajador es la salud del sujeto.

Intervenir desde un discurso psicoanalítico, apoyado sobre las bases de la

corriente salud colectiva, implica introducir la dimensión del no todo en el discurso del mercado y reconocer que el cuidado de la comunidad se lleva a cabo a través de estrategias que recuperan el derecho a la salud como algo primordial, orientadas por una perspectiva integral. Producir salud es recuperar la capacidad de ser autónomos frente a un destino que se nos propone como inevitable.

Estos aportes nos permite percatarnos de que el sujeto no puede ser capturado en su totalidad por las políticas neoliberales, lo cual da margen para un acto de rebeldía como lo es el recuperar la esperanza en un proyecto colectivo trascendente que nos alivie el malestar sobrante.

De allí que parte fundamental de la función del psicólogo va a consistir en autorizarse a realizar otro uso de las normas instituidas e ir más allá de la gestión clásica y la biomedicina, escuchando la singularidad de cada caso. Tratando de brindar hospitalidad y haciendo de la ternura un dispositivo para que los sujetos no queden arrasados en la hospitalización.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abad, S., Cantarelli, M. (2014). Malestar en el Estado. En *Dispositivos de intervención clínica* (pp. 21-32). Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Alemán, J. (2012). *Soledad común. Políticas en Lacan*. Capital Intelectual.

Alemán, J. (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Gramma Ediciones.

Alemán, J. (1998). *Lacan: Heidegger*. Málaga, España. Miguel Gómez Ediciones.

Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. *Psicoperspectivas*, Vol.13, pp.109-120.

Bleichmar, S. (1999) Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo. *Revista del Ateneo Psicoanalítico*, Nº 2, Buenos Aires.

Bleichmar, S. (2007). *La Subjetividad en riesgo*. Buenos Aires, Argentina. Topía Editorial.

Campos, R. O., Massuda, A., Valle, I., Castaño, G., & Pellegrini, O. (2008). Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud colectiva*, 4, 173-185.

Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

Castoriadis, C. (1998). *El ascenso de la insignificancia*. Universitat de

*Cuando el hospital se convierte en depósito.* (3 de septiembre de 2023). Página12.  
<https://www.pagina12.com.ar/584432-cuando-el-hospital-se-convierte-en-deposito>

Fleury, S. (1999). *Políticas Sociales y Ciudadanía*. Buenos Aires: INDES 2002.

Galeano, E. (2015). *Patatas arriba, la escuela del mundo al revés*. Buenos Aires, Argentina. Siglo XXI editores.

Ghía, R. (2014). El tratamiento de la demanda. En *Dispositivos de intervención clínica* (pp. 222-233). Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

Han, B. C. (2017). *La sociedad del cansancio*. Editorial Herder.

Lacan, J. (2008). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.

Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires. Paidós.

Lorenzetti, C. (2021). *Una estética para el psicoanálisis y el arte*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones del Dock.

Onocko Campos, R.; Masuda, A., Valle, I., Castaño, G., & Pellegrini, O. (Mayo - Agosto, 2008). Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, 4(2):173-185.

Pichon Rivière, E. (1978). *El proceso creador. Del psicoanálisis a la psicología social (III)*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión.

Rey, M., Rodríguez, S. (2014). Aspectos legales de la urgencia y articulación con las prácticas en los Servicios de Internación. En *Dispositivos de intervención clínica* (pp.

213- 221). Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

21

Rovere; M. (2006). *Aportes de la salud a la construcción de una gobernabilidad democrática*. Rosario, Argentina. Editorial El Ágora.

Segato, R. (2018). *Contra- pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires. Prometeo libros.

Sousa Campos, G. (2021). *Gestión en salud: en defensa de la vida: Equipos de referencia y apoyo especializado matricial*. Buenos Aires, Argentina. EDUNLa Cooperativa.

Stolkiner, A. & Ardila Gómez, S.. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. Buenos Aires, Argentina. Noveduc.

Ulloa, F. (1995) *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

