

Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes

Collective Health and Psychoanalysis: intermingling concepts in search of strong public policies

Rosana Onocko Campos¹, Adriano Massuda²,
Iris Valle³, Gustavo Castaño⁴, Oscar Pellegrini⁵

¹Médica, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina. Doctora en Salud Colectiva, Universidad del Estado de Campinas (Unicamp). Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Unicamp, Brasil. rosanaoc@mpc.com.br

²Médico, Universidad Federal de Paraná, Brasil. Especialista en Salud Colectiva y Administración en Salud, Universidad del Estado de Campinas (Unicamp). Médico Sanitarista, Hospital de Clínicas, Unicamp, Brasil. a.massuda@gmail.com

³Psicóloga. Psicoanalista. Docente de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, UNR, Argentina. irisvalles@hotmail.com

⁴Médico, UNR. Psiquiatra, Colegio de Médicos, Santa Fe. Director Provincial de Salud Mental, Santa Fe, Argentina. nogal59@hotmail.com

⁵Médico, UNR. Psiquiatra, UNR. Coordinador provincial de abordajes territoriales de problemáticas subjetivo sociales, Provincia de Santa Fe, Argentina. oscarpellegrini521@hotmail.com

RESUMEN Este artículo presenta una reflexión sobre la posible utilización de categorías oriundas de la salud colectiva y del psicoanálisis para enfrentar los nuevos dilemas de las prácticas de salud, en la periferia de las grandes ciudades, en el mundo contemporáneo. Valiéndose de la recomendación gadameriana de volver al pasado y revisar las tradiciones, el texto recurre y rediscute algunos conceptos ya clásicos en sus propios campos disciplinares pero que se reactualizan y ganan otra relevancia colocados en contraste, siendo, por lo tanto, reinterpretados. Finalmente se apuntan algunos ejemplos de aplicación de los mismos en busca de la superación de algunos obstáculos identificados en la implementación de políticas públicas de salud: vulnerabilidad, búsqueda activa, ampliación de la clínica, significaciones imaginarias y subjetividad del equipo.

PALABRAS CLAVE Políticas Públicas de Salud; Salud Colectiva; Psicoanálisis; Gestión en Salud; Atención a la Salud.

ABSTRACT This article presents a reflexion about the possible use of categories belonging to collective health and psychoanalysis to face the new dilemmas of the health practices nowadays in the suburbs of big cities in the contemporary world. Taking into account the gadamerian recommendation of coming back to the past and reviewing the traditions, this paper reformulates some classical concepts within their disciplinary fields which are herein updated acquiring relevance at being reinterpreted. Finally, some examples are given regarding the application of these concepts to overcome some of the obstacles identified in the implementation of health public policies: vulnerability, active search, clinical spread and imaginary significations and team subjectivity.

KEY WORDS Health Public Policy; Collective Health; Psychoanalysis; Health Management; Health Care (public health).

INTRODUCCIÓN

Durante cierta parte del siglo XX, la tradición psicoanalítica argentina (1) incluía entre sus prácticas y cuerpo discursivo las problemáticas sociales que devenían de la condición de marginalidad, pobreza, desigualdad, con relación a varios campos de actuación, incluso al sector salud. Por motivos cuyo análisis extrapola el presente texto esa característica de compromiso con el medio fue perdiéndose durante la dictadura (1976-1983). Prácticas grupales (algunas de ellas llamadas "sociales") fueron reprimidas hasta casi desaparecer. El psicoanálisis argentino se torna cada vez más "puro", más "lingüístico" y "estructural".

Los psicoanalistas (pre)ocupados en/con lo público, para pensar lo referente a "pobreza/miseria" pasaron a recurrir, en general, a textos no psicoanalíticos. Identificamos que esto puede obedecer, al menos, a tres factores:

- a) En el corpus teórico tradicional del psicoanálisis, "pobreza" no es ni un concepto, ni una noción siquiera, no tiene estatuto alguno.
- b) En general, los psicoanalistas que publican no trabajan en lo público.
- c) Los psicoanalistas que trabajan en lo público casi no publican.

Desde el retorno de las frágiles democracias, la apertura de espacios institucionales provoca un ingreso de profesionales psi a los servicios públicos, incrementado esto luego por la progresiva proletarización de los mismos, agudizada por la crisis económica de los años '90. Vuelven entonces a formularse preguntas que son, en verdad, nuevas cuestiones a pesar de no ser novedosas. Son nuevas porque los agentes que se las formulan y la sociedad a la cual esas preguntas se dirigen son otros, diferentes de los de los años '70.

Pretendemos en este trabajo visitar algunas categorías psicoanalíticas y discutir su pertinencia y su valor de uso (utilidad) (2), contrastadas con ciertas categorías clásicas de la salud colectiva. Buscamos de esta manera contribuir al debate y la experimentación de nuevas prácticas en salud colectiva. Prácticas que nos gustaría imaginar menos desguarnecidas de referencial teórico

y más provistas de referencias ético-políticas, y en permanente trabajo de elucidación, "el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan" (3 p.14).

OBJETIVO

Este estudio realiza una revisión teórica de algunos conceptos provenientes de la Salud Colectiva y del Psicoanálisis. Colocando esos conceptos en relación (entre ellos y con el campo de las prácticas), buscamos propiciar el desarrollo de categorías para el estudio de cuestiones pertinentes al sufrimiento psíquico y a las nuevas constituciones subjetivas que emergen en las regiones periféricas de las grandes ciudades en la sociedad contemporánea.

¿DE QUÉ SE SUFRE EN LA PERIFERIA Y EN LA ACTUALIDAD?

Tanto en Argentina como en Brasil, asistimos en la actualidad a conformaciones sociales sumamente complejas, donde la violencia de todo tipo muchas veces sustituye la mediación simbólica ligada al valor fundante de la palabra. Nuevas conformaciones de familias, de redes sociales, de grupos. Virtualidades, materialidades, modos de "resolución" de conflictos que nos cuesta comprender.

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.

Así como en las psicosis hablamos de la forclusión (4) del Nombre del Padre en relación a la no inscripción de la ley simbólica, debemos hoy poder diferenciar de ello, las múltiples formas de expresión de estas degradaciones del patrimonio simbólico que llevan a las locuras a expresarse de un modo más ligado a la impulsividad, a la inmediatez, y en el caso de mujeres a

veces, a un sufrimiento silencioso, naturalización de la mortificación hecha cultura (5) que hacen de la vida una actualidad permanente, *sin historia*. Un sin palabras muchas veces solamente inscripto en el cuerpo, en el propio, en el de sus hijos o en el de los hijos de sus hijas-niñas, (de los cuales son abuelas-madres). Colapso generacional de las funciones maternas y paternas que impotentizan la palabra y su relación con la transmisión de una historia, una novela familiar.

Esto nos lleva a la discusión de la niñez actual, que pone sobre el tapete conceptos previos. Vamos a destiempo con estas nuevas subjetividades, que siempre nos plantean como camino un abordaje de suma complejidad. Aquí resurgen las teorías del amor y la familia de estos niños. No se trata de victimizarlos desde la caridad o de la fascinación, sino de resituar, acompañar, suplementar funciones constitutivas para que exista un niño, que se deben construir en cada espacio posible, en cada resquicio que se encuentre, desde la esquina del barrio, los lugares de la zona (6,7), con gestiones críticas en las escuelas, con redes de asistencia y sin obviar el desafío de una atención más singularizada cuando esto lo amerite.

Vivimos un tiempo de cambios. Antiguamente, el sujeto en el lugar estaba sometido a una convivencia larga y repetitiva con los mismos objetos, los mismos trayectos, las mismas imágenes, de cuya construcción participaba: una familiaridad que era fruto de una historia propia, de la sociedad local y del lugar, donde cada individuo era activo.

Hoy, la movilidad se tornó prácticamente una regla. Los hombres cambian de lugar, como turistas o como inmigrantes. Pero también los productos, las mercaderías, las imágenes, las ideas: "desterritorialización" es, frecuentemente, otra palabra para significar desculturización. Venir para la ciudad grande es dejar atrás una cultura heredada para encontrarse con otra. Cuando el hombre se encuentra con un espacio que no ayudó a crear, cuya historia desconoce, ese lugar es la sede de una vigorosa alienación. Muchos de los inmigrantes se comportan como recién llegados o como si estuvieran de paso aún después de 20 o 30 años de vivir en ciertas villas o "favelas". Si les preguntamos dicen "no soy de aquí...". Pero entonces, ¿cómo interferir con su

ambiente, si no le pertenece? Así, no se limpia un terreno baldío, ni se planta un árbol. Todo (o nada), se espera..., habitando en el margen donde la ciudad y sus legalidades comienzan a desaparecer, "colgados" de los cables de la luz, en terrenos de nadie, viviendo de los desechos del consumo exacerbado de la gran urbe.

A pesar de ello, la noción de residencia no desaparece. El hombre vive en los lugares durante mucho menos tiempo, pero vive allí, aunque sea como desempleado o emigrante. La "residencia", el lugar de trabajo, por más breves que sean, son espacios de vida que tienen peso en la producción humana. Según Lowenthal (7), el pasado es otro país. Digamos que el pasado es otro lugar y, en el lugar nuevo, el pasado no está; es menester encarar el futuro: perplejidad primero, pero a continuación, necesidad de orientación. Los inmigrantes en su memoria traen consigo recuerdos y experiencias elaboradas en función de otro medio, y que de poco les sirve para la lucha cotidiana. Precisan crear una tercera vía de entendimiento de la ciudad. Sus experiencias vividas quedaron atrás y la nueva residencia obliga a nuevas experiencias. Se trata de un embate entre el tiempo de la acción y el tiempo de la memoria. Obligados a olvidar, su discurso es menos contaminado por el pasado y por la rutina, a veces es nulo, un no-discurso. Un sufrir silencioso, demasiada exigencia para mecanismos de representación y simbolización a veces fallidos.

Los papeles de lo masculino y lo femenino también están desconfigurados. El desempleo produce una posibilidad de subempleo para las mujeres, que pueden entrar al mercado de trabajo como empleadas domésticas o temporales. En muchos barrios periféricos de nuestras grandes ciudades, desde la mañana, podemos ver en las calles niños y hombres, hombres sentados en rueda, conversando con sus amigos o en alguno de los numerosos bares de la región. Otros estudios ya constataron que esas ruedas de amigos son espacios relacionales por excelencia y en los que muchas veces se consume alcohol el día entero (8).

De esta forma, el reconocimiento de estas nuevas formas de sufrir y de enfermarse, y la fuerte sospecha de que precisamos inventar estrategias potentes para las nuevas crisis subjetivas

nos lleva a realizar un periplo que nos hace retornar a algunas tradiciones de dos áreas: el psicoanálisis y la salud pública (colectiva).

Dice Gadamer (9) que son el presente y sus intereses los que hacen al investigador volverse hacia el pasado, hacia la tradición. Así, no es de extrañar que en el siglo XXI comencemos a preocuparnos por aspectos antes minimizados. ¿Qué potencia podríamos extraer de colocar en contraste referencial estas dos áreas del saber?

RESCATANDO ALGUNAS TRADICIONES DEL PSICOANÁLISIS

Un filósofo y psicoanalista, Cornelius Castoriadis, ya en 1989 (10) hacía referencia a una crisis de las identificaciones, de las significaciones imaginarias (SI) sociales, que son las que mantienen a cualquier sociedad unida.

Para Castoriadis estas significaciones imaginarias tienen tres funciones principales:

- Estructuran las representaciones del mundo (la más importante es la que la sociedad tiene de sí misma).
- Designan las finalidades de la acción (lo que debe y no debe hacerse).
- Establecen los tipos de afectos característicos de una sociedad.

A través de instituciones mediadoras y de esas significaciones imaginarias se instituye un tipo de sujeto particular (lo que hace que un florentino del siglo XVIII sea diferente de un rosarino de hoy).

Esta identificación social tiene una función fundamental, puesto que se trata de organizar una defensa contra la muerte. Pero esta defensa solo opera si las significaciones que ella instaure pueden, a su vez, ser consideradas imperecederas. ¿Pero qué habría hoy de imperecedero en las sociedades contemporáneas si la familia no es lo que era, ni las reglas de convivencia, ni el espacio urbano? ¿Y cómo sería esto en familias recién migradas, en medio de crisis financieras, donde ya ni la clase media puede creer que los bancos –en pleno capitalismo– cuidarán de su dinero?

Según este autor, la sociedad de consumo ha creado un conformismo generalizado y pegoteado, todo igual. Un conformismo tal que sólo puede existir al precio de que no haya un núcleo de identidad importante y sólido: individualidades deshilachadas. La posmodernidad nos habría liberado de la tiranía del estilo y –simultáneamente– del trabajo de tener que ser nosotros mismos. Hoy las individualidades parecen un *collage*, una colcha *patchwork*: "*Sou uma colcha de retalhos, todos da mesma cor*" (a).

En y por esta crisis del proceso de identificación, la sociedad pierde la posibilidad de autorrepresentarse como centro de sentido y de valor. Es muy difícil construir así un *nosotros* fuertemente investido. Muchos solo perciben a la sociedad como una entidad limitadora y de control que les fue impuesta: ilusión monstruosa e indicativa de un proceso de desocialización. Al mismo tiempo, ese mismo individuo (el deshilachado) le dirige a esa misma sociedad pedidos ininterrumpidos de asistencia.

En el otro polo, está el individuo que ve la historia como un paisaje turístico, hace de todo para olvidarse que un día va a morir y que todo lo que hace no tiene el menor sentido, corre, compra, practica deportes, ve televisión, en suma: se distrae, creando una cultura de la cosmética y la banalidad, contracara macabra de la otra mitad social, la arrojada a la lucha por la supervivencia cotidiana en los márgenes. Una sociedad con estas características tiene enormes dificultades para pensarse, rehacerse, reinventarse a sí misma, hasta cabe la pregunta de si se trata de "una" sociedad.

Freud (11) mostró que el aparato psíquico, es en gran medida producto de la cultura, y que la condición de bienestar es un componente esencial de la civilización. A su vez toda relación social presupone juegos de lenguaje (12), juegos que son por un lado, el mínimo de relación exigido para que haya sociedad, y por otro para que haya ser humano, dado que antes de su nacimiento y por el nombre que le es dado el cachorro humano ya es colocado como sujeto de una historia contada por aquellos que lo rodean. Posición en la que más tarde tendrá que dialectizarse.

En la ética que caracteriza al psicoanálisis, todo sujeto es más que portador del *cogito*

cartesiano. El descubrimiento del inconsciente por Freud marcó una de las grandes rupturas de la modernidad, en la opinión de algunos autores (13). Asumir que las personas, los pacientes y los trabajadores de salud también actúan movidos por reacciones inconscientes, que ellos mismos desconocen y sobre las cuales no tienen del todo el control, cambia nuestra forma de abordar los equipos de salud y las relaciones que allí se desenvuelven. El reconocimiento de la dimensión inconsciente altera nuestros análisis.

Para el psicoanálisis, estamos siempre desconociendo una porción de nosotros mismos. Nuestro inconsciente irrumpe cuando menos lo esperamos en medio de nuestra acción más racional. No se trata, por lo tanto, de una polaridad consciente/inconsciente que se correspondería con otra racional/irracional, sino de que asumamos al ser humano como un ser que nunca será absolutamente dueño de sí, un ser "barrado" que no lo puede todo, y que nunca tendrá la certeza de conocer a la perfección el rumbo de su deseo. Esta característica de nuestra condición de humanos también nos marca en nuestra condición de trabajadores, siendo central en el caso de los trabajadores de salud.

Algunos autores abordaron la concepción de hombre como sujeto del inconsciente y la vida en la institución (14,15). Según Kaës (16), la institución funciona para el psiquismo como aseguradora de funciones de la vida social y psíquica (como la madre), "es una de las razones del valor ideal y –necesariamente persecutorio– que ella asume tan fácilmente" (16 p.23).

Ser un trabajador de la salud, del servicio público, creer en el valor positivo del propio trabajo, constituyen funciones estructurantes de la subjetividad y ayudan a soportar el malestar que deviene de las tareas colectivas, malestar en cierta medida inevitable, según Freud (11).

Kaës (16) llama a esto adherencia narcisista a la tarea primaria. O sea, los sujetos "necesitan" identificarse favorablemente con la misión del establecimiento en el cual trabajan, creer que su trabajo tiene un valor de uso (2). 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 (2), 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:

El término pasión describe muy bien el intenso sufrimiento psíquico, próximo a los estados psicóticos, que se experimenta allí [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... (16 p33)

¿Cuántas veces nos fue ya observada la dificultad de los equipos para trabajar conjuntamente, las fallas de comunicación, el contenido ideologizado de modo fundamentalista, no dialectizado, maniqueo, de ciertas defensas de los equipos? Nos parece importante entender que esos síntomas institucionales son parte de la producción de la propia realidad de trabajo; por el propio contacto permanente con el dolor, la muerte y la dificultad de simbolización que situaciones como la pobreza extrema y la segregación nos provocan.

En los equipos de salud y de educación acontecen procesos de identificación imaginaria entre trabajadores y usuarios. Si la población del área de cobertura es vista como pobre, desvalida, degradada, sin valor, después de un tiempo, el propio equipo se sentirá así.

Pensamos que mecanismos como éste conducen a la producción de impotencia en serie que padecen muchos equipos de salud. También puede suceder que, en la tentativa de defenderse de ese espejo desagradable, el equipo se cierre intentando una discriminación mayor entre el "nosotros" y los "otros", y así el equipo monta fuertes barreras que evitan colocarse en contacto con aquello que tanto duele.

A veces, es peor todavía, los trabajadores pueden tornarse agresivos y tomar represalias contra los usuarios. Otras, asumen una función mesiánica colocándose como únicos salvadores de esa pobre gente. Esta última opción parecería mejor a simple vista pero no lo es, pues fija a la población en un lugar de eternos carenciados y dependientes de una política pública que ellos

no tienen ninguna obligación ni de formular, ni de controlar: ellos solo tienen derecho de pedir y recibir. La construcción de pasividad es evidente.

Sumemos a esto que las poblaciones a que nos referimos, tienen serias dificultades para encontrar a disposición valores que funcionen como anclaje institucional para enlazar alguna significación imaginaria. Nuestras instituciones están cada vez más frágiles. No habiendo disponibles valores nacionales o locales, en muchas oportunidades solo el fanatismo religioso reeditado da cuenta de realizar algún enlace subjetivo/simbólico.

Lidiar con estas dimensiones del padecimiento subjetivo actual requiere competencia técnica. Oury (17) nos enseña que en el trabajo no se trata simplemente de relaciones individuales con alguien, y que el trabajo de equipo precisará siempre tener en cuenta a los otros y a sí mismo, pero que debe siempre ser tomado en el ámbito que le es más específico: un espacio donde "*possa acontecer alguma coisa*".

Kaës (16) propone crear dispositivos de trabajo que permitan reestablecer un espacio subjetivo conjunto, un área transicional común, relativamente operatoria.

Hemos defendido que la gestión podría ejercer esa función (18), pero para eso, precisa constituirse como instancia, con un lugar y un tiempo donde se pueda experimentar el tomar decisiones colectivas y analizar situaciones con un grado de implicación mayor en relación a lo que es producido (19).

No se trata solamente de crear espacios de circulación de la palabra e intercambios autorreflexivos que propiciarían la democratización y un grado de análisis mayor sobre las prácticas, cosa de por sí ya importante (2). Sino de poder comprender también que esos espacios son frecuentemente *locus* de presentación de una *mise en scène* de estados pulsionales inconscientes.

Oury (17) destaca la importancia de reconocer esa dimensión inconsciente en las relaciones de trabajo:

...en el propio equipo ya existe una forma de poner en práctica permanente tanto las relaciones complementarias, como las complementariedades (pero no las complementariedades tales como: "yo soy especialista en esto, él en

aquello, etc."). Se trata, en efecto, de un registro casi material: por un lado la articulación de diferentes competencias, por otro las condiciones de un cierto modo de convivencia. Existe allí un engaño: no se trata de una complementariedad más o menos romántico-moderna, del tipo "estamos todos del mismo lado", que se pierde en lo especular, sino de una complementariedad inconsciente. (17)

RESCATANDO ALGUNAS TRADICIONES DE LA SALUD COLECTIVA

En la medicina social latinoamericana, hubo una clara crítica a la forma predominante de organización de la práctica médica (20,21). Crítica que se profundizó con la entrada en escena de las ciencias sociales en el área de la salud, asumiendo un cierto sesgo histórico-estructural (22).

Partiendo de la medicina social latinoamericana, la Salud Colectiva brasileña se constituyó en una línea teórica original (23) que produjo cuestionamientos sobre la clínica, la biologización de las prácticas y llamó la atención sobre el proceso de construcción socio-histórico de las categorías operatorias dominantes (24). Heredera del referencial teórico estructural-marxista, la salida de la hegemonía de ese marco se dio a partir de la incorporación de nuevas referencias teóricas y metodológicas en los años '70 y '80 (22) dando entrada a categorías como lo cotidiano y las representaciones sociales.

A fines de los años '90, el tema de la subjetividad se destaca (23,25,26). La discusión sobre la reformulación de los modelos asistenciales, o sea, sobre las diversas formas de organizar el trabajo en salud, es todavía reciente y más retórica que práctica (27). Comienzan a destacarse aspectos como las relaciones institucionales y las producciones subjetivas en esos contextos (19,26). Esto se produce en el encuentro con las prácticas en el territorio, y en su trayecto histórico. Sin embargo, es preciso reconocer que ese conjunto referencial que ayuda a pensar las relaciones entre las personas y las instituciones, continúa poco explorado hasta hoy.

En el cruce de experiencias, en experimentos varios de intervención institucional, y en

las historias que aparecen desde el "territorio", se van rescatando también categorías propias de este campo: la salud pública o colectiva.

El territorio aparece así como algo más que un espacio en un mapa, un lugar. Como resaltó Milton Santos (7), la globalización hace también redescubrir la corporeidad. El mundo de la fluidez, el vértigo de la velocidad, la frecuencia de los desplazamientos y la banalidad del movimiento y de las alusiones a lugares y a cosas distantes, revelan, por contraste, en el ser humano, el cuerpo como una certeza materialmente sensible, delante de un universo difícil de aprehender; aún el dolor moral duele en el cuerpo, ¿tendrá esto alguna relación con el aumento de las prevalencias de las enfermedades psicosomáticas?; ¿de la disminución de la franja etárea de los infartados?

Tal vez podamos pensar la localidad como lo que se opone a la globalidad, pero también se confunde con ella. El mundo nos es extraño aún. Su existencia material y concreta se da en cada lugar. En nuestro lugar próximo se superponen las coexistencias, donde todo se funde, enlazando, las nociones y las realidades de espacio y tiempo. Allí –un cotidiano compartido entre las más diversas personas e instituciones– cooperación y conflicto son la base de la vida en común. Porque cada cual ejerce una acción propia, la vida social se individualiza; y porque la contigüidad es creadora de comunión, la política se territorializa con la contradicción entre organización y espontaneidad.

El lugar, pensado de este modo, es el marco de una referencia pragmática al mundo, al cual le son encaminadas demandas y órdenes precisas de acciones condicionadas, pero, es también el teatro insustituible de las pasiones humanas, responsables de las más diversas manifestaciones, de la espontaneidad y de la creatividad. Enfatizar una vez más que lo cotidiano tiene una dimensión espacial es hacer de los lugares una categoría operacional de territorio. Y retomar el énfasis en que no hay acciones colectivas que no sean mediadas por su extrema singularidad.

Conceptualmente la categoría de "vulnerabilidad" da marco para desplegar algo de esta relación entre territorio y lugar, intentando que no sea un *aggiornamento* de la categoría de "riesgo". En tanto se pueden articular allí aportes

socio-antropológicos, sanitarios y conceptos provenientes del campo de la clínica psicoanalítica. El paradigma del riesgo abrió nuevas posibilidades para el conocimiento epidemiológico y sus relaciones con la medicina, y al hacerlo restringió la lectura sobre el espacio de la salud, pues

...no hay inferencia epidemiológica que pueda aspirar a la legitimidad fuera de la consistencia de los criterios de validación establecidos para las ciencias que aprehenden la salud en el plano de la individualidad orgánica. (28 p.29)

En este referencial, pensar en términos de riesgo significa pensar en probabilidades de eventos. Por eso, formular intervenciones en el campo de la salud con el enfoque de riesgo significa detenerse apenas en lo que son medias y regularidades en el territorio: un reduccionismo (29). El enfoque de riesgo no confiere discernimiento suficiente para realizar intervenciones reconociendo las singularidades presentes en el territorio.

El concepto de vulnerabilidad posibilitaría la inclusión del sujeto/singularidad en las acciones de salud. Entretanto, también hay posibilidad de que su uso sufra capturas:

Uno de los problemas más señalados en este sentido es el de continuar promoviendo una discriminación negativa de los grupos más afectados, ya no a través del estigma, sino a través de su victimización y consecuente tutela, preocupación totalmente fundada [...] Asumir tal actitud es negar lo esencialmente positivo en el interés del uso del concepto; es perder de vista nuevamente el carácter eminentemente relacional y, en ese sentido, universalmente impactante de las situaciones determinantes de la vulnerabilidad. (30 p.131)

Podríamos decir que el uso del concepto de vulnerabilidad tiene sentido cuando se analiza la "síntesis singular" a la que se aplica. Si el riesgo es probabilístico y cuantitativo, la vulnerabilidad es especulativa y cualitativa. Y como bien advierte Ayres (28), es relacional.

Esto nos llevaría a otros conceptos, como el de búsqueda activa. La búsqueda activa constituye una actividad clásica de las "vigilancias" sanitarias o epidemiológicas. Constituyen,

en general, actividades del equipo de salud que buscan identificar casos (de enfermedades), focos de contagio y/o contaminación. Como el nombre lo indica son actividades "vigilantes" de un equipo sobre su territorio, casi una especie de gran ojo epidemiológico sobre el lugar. Dada su extensión –y al presuponer un equipo con preocupación activa por su población adscripta– se la ha utilizado en otros casos como la búsqueda activa de egresos de hospitales psiquiátricos, de niños en situación de abandono, de personas que viven en la calle, etc. La búsqueda activa pretende anticiparse a la demanda (con todo lo que eso puede acarrear de bueno y de problemático). Por un lado, tiende a desburocratizar a los equipos que estarían más motivados e imbuidos de su tarea, por otro, "el gran ojo" puede ser una forma más de los mecanismos de control de la población.

Otro concepto que nos interesa –dijimos– es el de ampliación de la clínica (31), concepto formulado buscando la superación del paradigma biomédico (26). La ampliación de la clínica presupone la incorporación de otras evaluaciones de riesgo (no solo los biológicos sino también las fragilidades subjetivas o de redes sociales), como así también la necesidad de retomar la dimensión de desvío de la clínica, siempre vinculado a una cierta terapéutica, a un posible pronóstico, al retorno a la función ética de contribuir a mejorar la vida y defenderla, pero sin sustituir a las personas del protagonismo de su propia trayectoria (26,32). Una clínica que contribuya a la producción de autonomía.

Nos gustaría llamar la atención sobre el carácter de lo clínico como aquello reprimido en los discursos sanitaristas. El psicoanálisis nos enseña a estar atentos a aquello de lo que "no se habla". Eliminar la problematización sobre cuál es la clínica que se hace en los equipos de salud acarrea el riesgo de que banalicemos la importancia de los aspectos técnicos del trabajo. Lo que diferencia a los trabajadores de salud del resto de la población en términos de valor de uso (y de cambio) de su propia fuerza de trabajo es la calificación técnica y es, siempre, "un determinado saber". Pero, también, acarrea el riesgo de que problematicemos la clínica como una disciplina técnica y no como una práctica social, de un sólido anclaje teórico, pero que no se agota en la dimensión técnica, debiendo siempre estar atenta a la producción tanto de una

dimensión receptora como otra de desvío (de transformación de un trayecto predefinido) como muy bien lo señalaron Benevides y Passos (33).

Trabajar en pro de la transdisciplinariedad, buscar relaciones más horizontales de poder entre los diversos saberes (médico, popular, alternativos, psi...) implica de por sí una redefinición de los límites de la clínica que nos proponemos.

ENTRECRUZANDO CONCEPTOS: ¿QUÉ POLÍTICAS PÚBLICAS PRODUCIMOS Y QUÉ PRODUCEN NUESTRAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Colocar en contraste los conceptos que venimos trabajando (y de cuya relectura nos ocupamos y responsabilizamos), debería poder subsidiar nuevos diseños de políticas y la implementación de algunas estrategias de intervención más apropiadas al escenario actual y sus tipos de sufrimientos.

Para ello haremos un ejercicio que no agota la cuestión, pero pretende mostrar algo de lo que podríamos ganar o perder a cada paso en esta batalla contra la injusticia y el dolor intenso. Construiremos combinaciones indeseables (las tres primeras), o deseables (la cuarta), de conceptos potencialmente operacionales en nuestras políticas públicas. Con ellas deseamos enfatizar la posibilidad de enriquecimiento de nuestras prácticas político/clínicas, si fuésemos capaces de aproximar esos conceptos provenientes de dos tradiciones diferentes. Psicoanálisis y salud colectiva se tornan más potentes juntos y ambos pueden contribuir a modificarse.

1. Vulnerabilidad sin escucha.
2. Búsqueda activa sin reconocimiento de los lugares y su potencia.
3. Ampliación de la clínica sin responsabilización del sujeto (construcción de autonomía).
4. Significaciones imaginarias y subjetividad del equipo: una gestión.

VULNERABILIDAD SIN ESCUCHA

Deberíamos preguntarnos si eso es valerse de la categoría vulnerabilidad o del uso

de la categoría de riesgo en su peor acepción: la determinación de la condición de vulnerable exclusivamente por medio de valores y apreciaciones subjetivas de los agentes de las políticas públicas. Esto de hecho ocurre, así lo vemos en casos como los que se plantean en ciertos tipos de familias llamadas problemáticas en los territorios de nuestros equipos de salud. En nombre de la vulnerabilidad (que puede ser consecuencia de innumerables causas), el "equipo de salud de la familia", en el caso brasileño, o los equipos de los Centros de Atención Primaria de Salud en Argentina, realizan visitas domiciliarias. En ocasiones multiplican esfuerzos para vincular esa familia "problemática" a otros programas sociales, subsidios (becas) especiales, coberturas de educación o promoción social. Esto incide a veces en el cotidiano de estos grupos generando algo identificable a una especie de entrega pasiva, resignada, de encarnación del lugar de objeto (objeto de las políticas públicas). Contribuimos así a la reproducción de figuras parentales destituidas, padres ineficaces simbólicamente a la hora de encarnar la ley en sus hogares, de madres descalificadas en su ternura. En fin, objetos de nuestras acciones, a la manera del cuerpo del psicótico, rehén de intrusiones agresivas, descalificadoras y alienantes del propio deseo. Familias así tratadas son llevadas a mayores dificultades para asumir una legalidad y responsabilizarse de alojar en ella a sus hijos transmitiendo un legado. Esos hijos que bajo la misma lógica, serán rápidamente transformados en objetos de políticas de la infancia y así, hasta un lejano futuro. Hemos visto numerosas veces esas familias, estigmatizarse y quedar fijadas en su impotencia por causa de nuestras intervenciones, supuestamente responsables y bien intencionadas. Es necesario poner en juego una escucha implicada con el retorno al rumbo del propio deseo de esos padres y madres objetualizados, de esos niños. Devolver una cuota de responsabilidad a quien le cabe, dar valor a la palabra, intentar hacer contratos, combinaciones con esas personas y no dar todo ya resuelto y normativizado. Saber que sí, que es posible que en momentos de mucha fragilidad, una familia (un padre, o una madre) esté en situación de no poder, pero tomar eso siempre como una condición provisoria. Estar atentos a las señales de potencia, estimular su percepción. Resignificar lo

que ellos sí saben o sí pueden. Pensamos que esa apuesta con el otro en su condición de ser humano (34), en su capacidad de hacedor de otra cultura, de reinventar el deseo con el otro, ("el deseo es el deseo del otro" apunta en cierto sentido a la necesidad de su construcción colectiva), es la oferta que desde una cierta ética y una escucha respetuosa podemos realizar, como practicantes del psicoanálisis, sin necesidad de pensar a todos los agentes de políticas públicas como psicoanalistas ni a todos sus usuarios como pacientes.

BÚSQUEDA ACTIVA SIN RECONOCIMIENTO DE LOS LUGARES Y SU POTENCIA

La noción de búsqueda activa, como señalamos, presupone cierta objetividad en juego. Pues, se determina en el equipo cuáles serían las condiciones que merecen ese tipo de esfuerzo y así se discuten y estandarizan ciertos "criterios" de intervención. Esto siempre tiene en cuenta los objetivos de la política o del programa en cuestión: ¿qué buscamos?... mosquitos, vinchucas, altas de hospitales psiquiátricos, niños fuera de la escuela, niños en situación de calle...

Cualquiera que sea la condición-objeto de la búsqueda activa es importante recordar las conceptualizaciones de Milton Santos que trabajamos anteriormente. Por más difícil que sea una región, por más empobrecida que pueda estar en cualquiera de sus aspectos: los recursos materiales, culturales (migraciones recientes o indeseadas como en el caso de nuevos barrios creados para "erradicar" otros), educacionales (índices elevados de analfabetismo), serán siempre las personas que allí viven, que ocupan esos *lugares*, quienes podrán darnos las pistas de las potencialidades escondidas en esas comunidades. La pobreza no debe hacernos suponer la ausencia total de recursos.

Si se desconoce esa riqueza y variedad, la búsqueda activa se transforma en lo más parecido a la policía sanitaria alemana, no estaremos así coproduciendo salud sino produciendo mero control social, alimentando el gran ojo vigilante... Vigilancia sanitaria, control de poblaciones: una tradición que no nos interesa reeditar.

Pero sobre todo, estaríamos perdiendo la posibilidad de contribuir a la invención e

implementación de políticas como una forma de estar en el mundo, de abonar a la relación entre organización y espontaneidad, a la acción en la polis respetando la numerosidad social (b). Un territorio donde la acción como modo de anclaje en la realidad, es detonada en su contradicción, donde cambiar el mundo es posible, no por ellos (los pobres, las comunidades) sino *con* ellos, no de una vez y para siempre sino en cada gesto cotidiano, en la construcción del protagonismo de la propia vida.

AMPLIACIÓN DE LA CLÍNICA SIN RESPONSABILIZACIÓN DEL SUJETO

Proponernos realizar una clínica ampliada significa que intentamos estirar los bordes de esa clínica más allá del paradigma bio-médico hegemónico vigente. Incluir ciertos análisis de vulnerabilidad, traer la dimensión de una escucha que sirva de aporte a proyectos negociados, compartidos con los usuarios y las comunidades.

Una clínica menos prescriptiva, que no desista por ello de los avances tecnológicos ni desconozca la importancia de una buena calificación técnica y de recomendaciones basadas en evidencias. Más aun, una clínica que asuma la evaluación de riesgos, su dimensión de prevención (secundaria, terciaria) y de negociación en términos de reducción de daños: ¿qué es posible en este caso, para este paciente, en este contexto? Esta clínica que, en cierto sentido, se ocupa del paciente en su humanidad, nos interesa por su capacidad de conseguir mayor eficacia terapéutica, es decir: curar, mejorar, rehabilitar más y mejor (35). Pero –por obra y gracia de la propia ampliación– a veces fácilmente la clínica resbala hacia la tutela y el encuadramiento.

Hay, claro, situaciones en que el paciente o la familia en cuestión no pueden hacerse cargo y alguien tiene que ayudar, eso es verdad, y es importante como indicador de responsabilización del equipo en relación a los usuarios adscriptos o de su área de cobertura según sea al caso. Pero, muchas veces, se elimina el carácter procesual de ese apoyo circunstancial: lo que era una ayuda pasajera, se torna un modo de operar en relación a determinado sujeto que queda omitido así de la responsabilidad

que le incumbe. El equipo juega aquí una especie de complicidad con el usuario, contribuyendo a "fijarlo" en el lugar de pobre, necesitado, incapacitado, desvitalizado, impotente.

Al mismo tiempo, muchas veces, para no caer en eso, no se ayuda, y renegando de esta contradicción se produce desasistencia. Un ejemplo nos auxilia a comprender: Un paciente diabético insulino-dependiente reclama por no poder ir a buscar la insulina; una agente de salud responde en reunión del equipo en que se discutía el caso: "...*no es posible llevarle la insulina a la casa a todos los diabéticos por toda la vida!*...". El ejemplo ilustra bien el mecanismo: no se trataba de todos los pacientes, ni se planteaba por toda la vida. Era el señor fulano en un momento de fragilidad. Existe una tendencia a extender la lógica sanitaria a intervenciones que no necesitan ser estandarizadas, (por ejemplo, si se tratase de un caso de tuberculosis con tratamiento supervisado eso sería definido por toda la duración del tratamiento, digamos unos seis meses). ¡En salud hay mucho más "caso por caso" que padrones!

Responsabilizarse, desde una perspectiva psicoanalítica sería aquí, retomar la huella del deseo en las imposibilidades o repeticiones de las que de tanto en tanto nos quejamos equipos y pacientes. Así, cierta vía hacia la autonomía del sujeto se realiza mediante la responsabilización: búsqueda de salida de la alienación, del goce en el síntoma, en la construcción de compromiso. Aquí una concepción de sujeto que no sea erigida sobre el modelo del cogito cartesiano se torna fundamental (36). Más allá del principio de placer y de los ideales del bien común, entender al ser humano como movido por su pulsión de vida pero también de muerte o a la inversa, pulsión de muerte pero también de vida.

En nuestra experiencia, la sola aceptación de esta premisa teórica ayuda a los profesionales a no transformarse en jueces de sus pacientes, a desistir de los abordajes meramente informativos. No es porque las personas no saben que no dejan de fumar o no usan preservativos. No es necesario interpretar. A veces vale una pregunta, o la afirmación de la propia castración (la omnipotencia: "no sé más cómo ayudarlo" por ejemplo, puede abrir el camino para que el sujeto se implique de nuevo con la propia vida antes entregada a los técnicos).

SIGNIFICACIONES IMAGINARIAS Y SUBJETIVIDAD DEL EQUIPO: UNA GESTIÓN

Las cuestiones que venimos afirmando e interrogando, nos llevan de nuevo a la dimensión de la gestión, que entendemos no como mera administración de los seres y las cosas, sino más bien como uno de los modos de producir las necesarias articulaciones clínico-políticas en la injerencia de lo cotidiano. Todos los días son dadas órdenes en las cadenas de mando de nuestras políticas públicas. Los equipos se reúnen (más o menos eficazmente, más o menos amigable o no amigablemente) y deciden –por deliberación u omisión– cosas importantes para la vida de los usuarios, pacientes, supuestos beneficiarios de esas mismas políticas. Y todos los días las personas se las arreglan para continuar batallando por una vida un poco menos dolorida, un poco menos sufrida. Crean, inventan, intentan nuevas estrategias de vivir.

A pesar de parecer obvia la coherencia entre esas dos tendencias, muchas veces ellas se chocan, se importunan, se atropellan. Equipos que tienen imágenes congeladas, cristalizadas y fijas de sus supuestos usuarios y usuarios que no cambian en nada por el contacto con los servicios y las políticas. ¿A quién servimos entonces? ¿Al *status quo*?

Intentar producir lazos, redes, nuevas posibles significaciones imaginarias en las comunidades (con educación, con cooperativas,

con grupos de discusión en centros de salud), parece imperioso. Se torna necesario conseguir que los equipos hagan praxis en su propia práctica, manteniendo activas y abiertas las preguntas: ¿para qué sirve?, ¿qué estamos produciendo?, ¿cómo conseguir eso, si los equipos no tienen un lugar dónde poder analizar sus propios dolores de trabajar, de ver, de tener que saber –todos los días– que existe toda esa injusticia y esa desigualdad y esa pobreza en todos los órdenes? Los equipos que trabajan en esas regiones periféricas y desfavorecidas necesitan activamente de dispositivos desalienantes. Siguiendo a Marx, podríamos decir que todo el mundo los precisa. Puede ser, pero la vida en algunos bordes es una herida aún más absurda...

Millones de seres humanos juegan todos los días a hacer de cuenta que eso no existe. No es que no sepan. Pueden jugar a no saber. Quien trabaja en regiones empobrecidas y degradadas no tiene esa chance. Aquí no bastan órdenes, reglas, organigramas o resoluciones. Precisamos una gestión que produciendo articulaciones político-clínicas se asuma en su carácter de gestión incluyendo la subjetividad del equipo, y que asuma así su cuota de responsabilidad en la producción del mundo.

NOTAS FINALES

a. Frase de Mario Quintana, poeta y periodista brasileño (1906-1994).

b. Fernando Ulloa define así la "numerosidad social: se cuentan tantos sujetos como sujetos cuentan".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doria Medina Eguía R. Grandes psicoanalistas argentinos. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen; 2001.
2. Campos GWS. Um método para análise e gestão de coletivos. San Pablo: Hucitec; 2000.
3. Castoriadis C. A instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986. 418 p.
4. Lacan J. Seminario 3: Las Psicosis (1955-1956). Buenos Aires: Paidós; 1988.
5. Ulloa F. Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Paidós; 1995.
6. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(5):1129-1141.
7. Santos M. O Lugar e o Cotidiano. En: A natureza do espaço. San Pablo: Edusp; 2002.
8. Menéndez EL, Di Pardo R. De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización. México: Ciesas; 1996.
9. Gadamer HG. Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
10. Castoriadis C. A ascensão da insignificância: encruzilhadas no labirinto IV. San Pablo: Paz e Terra; 2002.
11. Freud S. O mal-estar na civilização (1931). En: Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1997.
12. Lyotard JF. A condição pós-moderna. Rio de Janeiro: José Olímpio; 2006.
13. Benasayag M, Charlton E. Esta dulce certidumbre de lo peor. Buenos Aires: Nueva Visión; 1993.
14. Enriquez E. A organização em análise. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
15. Motta FCP, Freitas ME. Vida psíquica e organização. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.
16. Kaës R, 1991. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. En: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, Vidal JP, organizadores. A instituição e as instituições. San Pablo: Casa do Psicólogo. p.1-39.
17. Oury J. Itinéraires de formation. *Revue pratique de psychologie et de la vie sociale et d'hygiène mentale*. 1991;(1):42-50.
18. Onocko Campos RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. En: Campos G. Saúde Paidéia. San Pablo: Hucitec; 2003. p.122-149.
19. Onocko Campos RT. La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
20. Menéndez EL. Grupo doméstico y proceso de salud/enfermedad/atención. Del teorismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médico Sociales*. 1992;(59):3-18.
21. Fleury S. Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
22. Burlandy L, Bodstein RCA. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cadernos de Saúde Pública*. 1998;14(3):543-554.
23. Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):573-583.
24. Luz MT. A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. *Saúde em Debate*. 2000;24(55):54-68.
25. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. En: Cecílio L, organizador. Inventando a mudança na saúde. San Pablo: Hucitec; 1994. p.29-88.
26. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;6(1):63-72.
27. Vasconcelos CM. Os paradoxos do SUS. [Tesis de Doctorado]. Campinas: Unicamp; 2005.
28. Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da salud e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002;5(Supl.1):S28-S42.
29. Nunes de Oliveira G. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas

de saúde. [Tesis de Maestría]. Campinas: Unicamp; 2007.

30. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. En: Czeresnia D, organizadora. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-139.

31. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. En: Saúde Paidéia. San Pablo: Hucitec; 2003.

32. Onocko Campos RT. Clínica: a palavra negada sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate. 2001; 25(58):98-111.

33. Benevides R, Passos E. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. Revista de Psicologia Clínica. 2001;13(1):89-100.

34. Dolto F. A imagem inconsciente do corpo (1984). San Pablo: Perspectiva; 2001.

35. Cunha GT. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. San Pablo: Hucitec; 2005.

36. Onocko Campos RT, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. En: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. San Pablo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

FORMA DE CITAR

Onocko Campos R, Massuda A, Valle I, Castaño G, Pellegrini O. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. 2008;4(2):173-185.

Recibido el 14 de agosto de 2007

Versión final presentada el 6 de diciembre de 2007

Aprobado el 25 de febrero de 2008