

PSICOANÁLISIS Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN CHILE: UNIVERSALIDAD, DIVERSIDAD Y SINGULARIDAD

RICARDO AVEGGIO

Nueva Escuela Lacaniana, Sede Santiago

(NEL-Santiago)

Asociación Mundial de Psicoanálisis

ricardo.aveggio@gmail.com

El presente artículo revisa las políticas públicas de salud mental en Chile y su inserción en el sistema de salud chileno. Discute las tensiones ideológicas que surgen de la implementación de éstas en el contexto del neoliberalismo y de un Estado subsidiario. Introduce la concepción psicoanalítica del sufrimiento y sus relaciones con lo político, vinculándolo con la estructura del lazo social y el enfoque de diversidad cultural. Y analiza las implicancias de la diferencia entre diversidad y singularidad, proponiendo algunas reflexiones en torno a lo que la práctica del psicoanálisis puede aportar al desarrollo de las políticas públicas en salud mental.

Palabras clave: psicoanálisis, salud pública, salud mental y síntoma.

PSYCHOANALYSIS AND PUBLIC POLICIES OF MENTAL HEALTH IN CHILE: UNIVERSALITY, DIVERSITY AND SINGULARITY

This article reviews the public policies of mental health in Chile and their insertion in the Chilean health system. It discusses the ideological tensions that arise from the implementation of these in the context of neoliberalism and a subsidiary state. It introduces the psychoanalytic conception of suffering and its relations with the political, relating it to the structure of the social bond and the cultural diversity approach. It analyzes the implications of the difference between diversity and uniqueness, proposing some reflections on what the practice of psychoanalysis can contribute to the development of public policies on mental health.

Keywords: psychoanalysis, public health, mental health and symptom.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN CHILE

Describir las políticas públicas de salud mental en Chile requiere divisar la inserción de éstas en el sistema de salud en Chile y su modelo de gestión, así como las ideas y conceptos implicados en el diseño de dichas políticas asumidos como verdaderos y “mejores” que otros para lo que se entiende y asume como bienestar general. Estas ideas y conceptos, que son el sustento ideológico del diseño de políticas públicas relacionadas con la salud mental, exceden al sector salud, lo que obliga a referirse a aquellas políticas públicas y sectores de la protección social que incluyen elementos de salud mental o de preocupación por el malestar y el bienestar a través de alguna disciplina “psi”.

Asumiremos que en Chile no existe una política pública de salud mental, sino más bien varias políticas públicas que aluden o incorporan temáticas relativas a la salud mental sin que exista entre ellas una articulación racional y programática. En este sentido, dentro del *sistema de salud* podemos ubicar al menos dos campos claramente definidos: el plan nacional de salud mental y psiquiatría comunitaria, y las enfermedades relativas a la salud mental incluidas en el GES. A ello es posible agregar la multiplicidad de *políticas de protección social* que dentro de sus definiciones de problemas y medidas de intervención incorporan temas de salud mental, muchas veces incluso destinando recursos a corto plazo que se instalan y se superponen en el soporte institucional del sector salud o algún otro que se encuentre disponible o requiera de los recursos. Se trata de políticas en torno al consumo de drogas, la inclusión escolar, la violencia contra la mujer, los derechos de los niños, la protección de la familia vía los tribunales de familia, el delito adolescente vía la ley de responsabilidad penal adolescente, por nombrar algunas. Todas ellas suelen incluir la participación de algún profesional “psi” o de alguna nomenclatura, lenguaje o explicación que incorpore temas de salud mental. No abordaremos, por su extensión, toda la problemática de las políticas de protección social que se relacionan con la salud mental.

a) El sistema de salud en Chile

El sistema actual de salud en Chile se comienza a consolidar a partir del retorno a la democracia, siguiendo los lineamientos de un modelo económico neoliberal implementado en dictadura conducente a la consolidación de un Estado subsidiario,

en detrimento de un Estado benefactor. Dicha transformación del Estado asume de manera irrestricta las directrices del Banco Mundial que se expresaron en los informes de 1987 y 1993, condicionando los préstamos de dinero para la inversión en el sector salud, que los países en desarrollo requerían, al cumplimiento de esas directrices. Algunas de las principales directrices entregadas por los mencionados informes son: trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones o atenciones en salud; ofrecer esquemas de seguros de salud para los principales casos de riesgo; incorporar y utilizar de forma eficaz los recursos privados; descentralizar los servicios públicos de salud; definir la preocupación por la salud como una cuestión privada y sólo bajo ciertas circunstancias una cuestión pública; y por último, adecuarse a una política de ajuste fiscal, disminuyendo y reestructurando el gasto fiscal público, incluyendo por supuesto la salud (Huertas, 1998).

Estas medidas son fácilmente acogidas por un modelo económico construido según los lineamientos neoliberales forjados a partir de la Sociedad de Mont Pélerin, liderada por F. Hayek, quien visitara Chile en dictadura y cuyos principios inspiraron a la denominada Escuela de Chicago en la que se formaron los economistas civiles que asesoraron a la dictadura (Escalante, 2016).

Tres son las premisas centrales que caracterizan las ideas del Banco Mundial y que orientan la organización del sector salud en Chile:

1. El Estado sólo debe ocuparse de los problemas de salud cuando el mundo privado no quiera o no pueda resolverlos.
2. Los servicios públicos son ineficientes e inequitativos, mientras que los privados son eficientes y equitativos ya que obedecen a la leyes del mercado.
3. Los recursos públicos para la salud son limitados (Montoya-Aguilar, 2013).

Del desenvolvimiento de estas premisas surgirá el desarrollo de un sistema de salud con las siguientes características (Montoya-Aguilar, 2013).

Se trata de un *sistema dual*, es decir que en él conviven instituciones y recursos públicos y privados. Es importante destacar que hoy en Chile la oposición público-privada no se restringe a la propiedad de los servicios ya que la dualidad del sistema se define por una combinatoria de ambas condiciones que incluye, además

de la propiedad, formas de financiamiento, marcos legislativos, modelos de gestión, entre otros. De esta manera, la dualidad no es la simple convivencia de lo público y lo privado, sino una combinatoria en la que recursos públicos pueden financiar instituciones privadas, o instituciones privadas ejecutar políticas públicas. A ello podemos agregar la transformación de la administración del Estado en gestión del Estado, con lo que se introduce en las instituciones públicas el modelo de gestión empresarial propio del mundo privado.

Dentro del sistema de salud, uno de los pilares fundamentales para efectos del modo de financiamiento son los *seguros de salud*, públicos y privados, dependientes de FONASA y las Isapres, respectivamente. Tanto las aseguradoras estatales como las aseguradoras privadas funcionan con la contratación de “planes de salud” que establecen un pago mensual y que garantizan una cobertura de los costos de enfermedad, considerando siempre un co-pago con el contratante. El pago mensual de los planes de salud depende de los ingresos que reciben las personas, el cual es obligatorio por ley para todos los contribuyentes. En estricto rigor se trata de una protección social que no asegura salud, sino sólo el reembolso por gastos en salud, por tanto una política pública de salud centrada en el modelo de seguros considerará siempre limitados los recursos. Se sustituye una política financiera de manejo estatal por la “intermediación” de FONASA (aseguradora estatal) en el sector público. La idea es que los seguros compren servicios “al mejor postor”, ya sea clínica u hospital. La afiliación a FONASA significa más una relación de cliente que la protección entregada por un sistema de seguridad social. El seguro garantiza “planes”, “canastas” y “prestaciones”, acciones específicas orientadas a lo curativo, que es más costo-efectivo que los denominados “bienes públicos”. La curación y la rehabilitación de algunas enfermedades o situaciones de salud son asegurables, no así la promoción y la prevención. El modelo de seguros, por ende, enfatiza una visión individualista, en detrimento de una perspectiva en torno al “bien común” o el “interés general”.

Existe una tendencia a la *homogeneización de lo público y lo privado*. Esta es una decisión política ya en democracia, en armonía con una concepción neoliberal de la política pública y las sugerencias del informe del Banco Mundial de 1994. La homogeneización de ambos sistemas se lleva a cabo de distintas maneras: introduciendo mecanismos de compra-venta de prestaciones; sustituyendo la

intermediación del Estado para el logro de objetivos en salud; por la intermediación de los seguros públicos y privados; desconociendo los principios valóricos de la protección social ya que las cotizaciones se liberalizan pasando a la lógica de los seguros; introduciendo en el sector público los métodos y técnicas de las escuelas económicas y del Banco Mundial, como son la valoración de la productividad de prestaciones, mercantilización de las mismas, externalización de funciones usando licitaciones y concursos. Se agregan a ellos la introducción en cargos directivos del sector público de profesionales formados en métodos como valorar el crecimiento de los productos y el rendimiento cuantitativo del personal, no tomar decisiones si no es a través de licitaciones y concursos privilegiando el incentivo monetario por sobre el profesionalismo. Se suprime la planificación y programación de actividades de salud pública por los denominados compromisos de gestión, disminuyendo así el lenguaje propio de la salud pública, sustituyéndolo por un lenguaje apropiado para los economistas como por ejemplo el “pago por prestación valorada”. Esta homogeneización entre lo público y lo privado, sugerida por el Banco Mundial, se ejecutará mediante los sistemas de acreditación de ambos tipos de institución, apuntando finalmente a una privatización conceptual del sector público.

Tanto para la OMS como para el Banco Mundial, uno de los objetivos centrales de la atención en salud es la protección económica de las personas, por ello es que el modelo de *financiamiento* será el de los seguros incorporando siempre un porcentaje de pago a cargo del ciudadano. En este modelo de financiamiento a través de un sistema de seguros, públicos y privados, no quedará mucho lugar a las actividades de promoción y prevención dada la dificultad de traducirlas en unidades de cuantificación y de medir por tanto la relación costo-beneficio de las mismas. El seguro público, que es un seguro igual al privado, opera sobre el individuo abriendo la pregunta acerca del “interés público” o el “bienestar general” como objetivo teleológico de toda política pública.

Otro factor central del sistema de salud en Chile son las *Isapres*, empresas privadas que venden seguros de salud en el marco de las leyes de protección social del Estado. Más allá de la innumerable cantidad de críticas y descontento con dicho sistema, interesa destacar que, detrás de la posibilidad de optar por un seguro de salud privado para “adquirir” la protección social en salud, existe un Estado que, con el amparo de las leyes de seguridad social que resguardan el bien común, habilita

el hecho de que la seguridad social de una parte de la población esté al servicio del mercado de las empresas privadas.

Un último actor del sistema son los *proveedores* de servicios y el *personal* del sistema. Para que los hospitales puedan desenvolverse en la lógica del mercado se hizo necesario independizarlos del control del ministerio, los servicios de salud y el Estado, lo que se obtuvo con la introducción de un nuevo concepto: la autogestión. Con éste nace la “separación de funciones” (imperativo del Banco Mundial) que consiste en separar la provisión de servicios de la rectoría y del financiamiento. Luego se inicia un cuestionamiento al personal del sector público introduciendo la sospecha de la mala atención, descalificación que permitía además devaluar al personal y debilitar los movimientos gremiales. Se introduce la idea del “buen servidor” premiado con “bonos de desempeño” por el logro de metas como forma de incentivar la productividad del sector. La meritocracia queda instalada como política de recursos humanos en el Estado chileno.

b) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) (2000)

El PNSMP es la primera formulación sistemática de una política pública que aborda la salud mental en Chile. Se trata de una propuesta programática del Ministerio de Salud que intenta imprimir un modelo, un enfoque de trabajo en los dispositivos de salud mental, pero que carecerá de la fuerza que imprime una ley de salud mental y de los recursos necesarios para lograr objetivos que no sean sólo de atención asistencial. Como el mismo nombre lo indica, se trata de lineamientos abiertamente abanderizados con el “modelo comunitario” de los años sesenta y setenta, cuyo núcleo central apunta a la reinserción social de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos. Se trata de la *desmanicomialización* inspirada en los movimientos europeos de las décadas mencionadas, que con un impulso reaccionario denunciaron a la psiquiatría como agente de control social. Una perspectiva que si bien no deja de tener fundamentos, resulta reduccionista y estrecha a la hora de definir una política pública.

El PNSMP se enmarca en los lineamientos de la Organización Mundial de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, definiendo su propósito de la siguiente manera:

“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mejor capacidad posible de interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (www.minsal.cl, septiembre de 2015)

Para el logro de dicho propósito enfatizará el desarrollo de servicios de atención comunitarios articulados a los servicios generales, potenciando la intersectorialidad, aunque sin poder garantizarla. Adoptará un enfoque biopsicosocial pretendiendo enfatizar la prevención, la intervención temprana y la continuidad de cuidados. Se propone incorporar la participación activa de familiares, asociaciones de usuarios y organizaciones locales, haciendo así hincapié en un enfoque comunitario.

Este modelo, con las características antes descritas, se propone llevar adelante una política de salud mental pública acorde con las definiciones y lineamientos de la OMS, que define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, pudiendo afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad. Es necesario visualizar el denominado enfoque positivo de la definición de salud, por parte de la OMS, un enfoque cuyas cualidades resulta necesario identificar a la hora de hacer de dicha definición un objetivo político a través de un programa de gobierno. Esta denominada “dimensión positiva” de la salud mental se emparenta con la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición positiva hallará sus límites en la implementación concreta de dispositivos de atención y en la forma de gestión de los recursos, así como en las necesidades y demandas de la población.

El PNSMP incorporará *valores* como el desarrollo humano, el acceso universal, la no discriminación, la participación activa y el financiamiento asegurado, el que pese a las buenas intenciones no contará con el apoyo de una ley de salud mental. Con relación al *enfoque técnico*, el “plan” se propone la continuidad de cuidados a lo largo de la vida, la estandarización de prestaciones (futuras canastas), la

descentralización de las prestaciones respecto al sector salud, y un supuesto rol activo de los usuarios y equipos que participan en la evaluación y la planificación de las intervenciones. Con respecto al *soporte organizativo*, se supone una articulación de los servicios bajo el concepto de “red”, cuyo eje es el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatorio alojado en un servicio de nivel secundario.

El concepto de *red* será el eje ideológico y conceptual del plan. Éste alude a los vínculos entre personas, grupos e instituciones que reconocen la necesidad de crear lazos para alcanzar objetivos comunes compartiendo aportes diversos en relaciones horizontales. La “Red de servicios” surge desde un nuevo modelo de atención en el que se traslada el eje desde una estructura física determinada de un establecimiento a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de auto-ayuda que pueden tener diferentes dependencias administrativas y/o físicas, públicas o privadas. En relación a la red se habla de usuario (no de paciente) y cada servicio de salud deberá constituir un equipo de salud mental y psiquiatría ambulatorio a cargo de la población que le corresponda, traspasándose el eje del área de salud mental al equipo ambulatorio y no al hospital terciario. La red de cada servicio debe coordinar en forma sistémica acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a través de un plan estratégico para el funcionamiento de la red, incorporando además a la red de salud general de manera funcional y con estructuras propias según defina cada servicio. Esto es, establecimientos como posta rural, consultorio rural, consultorio general urbano, servicios de atención primaria de urgencia, hospitales generales y servicios de urgencia; se agregan componentes específicos como el COSAM, unidades clínicas de psiquiatría y salud mental ambulatoria en CRS y CDT, servicios clínicos de corta estadía, hospital de día, servicios de mediana estadía interrumpiéndose la creación de nuevos hospitales psiquiátricos de nivel terciario. En consecuencia, la “red” queda conformada por las siguientes instituciones: hogares protegidos, centro diurno de rehabilitación psicosocial, comunidad terapéutica, grupos de auto-ayuda, agrupaciones de familiares y talleres protegidos.

Sobre la extensión de la mencionada red se distribuirán las *actividades y prestaciones* de salud mental divididas en nivel primario, desarrolladas por los equipos de salud general que forman parte de la red, y nivel secundario y terciario, desarrolladas por

equipos especializados de la red. De esta forma ya no se habla de instituciones de nivel primario o secundario, sino de actividades o prestaciones como una manera de poner énfasis en los equipos y no en los servicios. Un ejemplo es que se espera que la atención de urgencia sea realizada por el equipo de salud general a un nivel de atención primaria con la debida capacitación y no existiendo atenciones de urgencia por equipos especializados de psiquiatría.

Todas las actividades y prestaciones de ambos niveles cubren el campo de la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación y se espera que la coordinación entre ambos niveles de atención y sus prestaciones sea el resultado de la “consultoría en salud mental” a cargo del equipo de salud mental ambulatorio.

El financiamiento de esta política pública depende del presupuesto del Ministerio de Salud, cuya regulación corresponde a la Unidad de Salud Mental del ministerio, la que se complementa con documentos e instrumentos como normas técnicas, manuales, orientaciones y guías clínicas relativas a los problemas de salud prioritarios del PNSMP, que son el trastorno hiperactivo de la atención, la depresión, el consumo de alcohol y drogas, la promoción y prevención de la violencia, la esquizofrenia y el Alzheimer.

c) **GES: la reforma a la salud, su espíritu y su modelo**

La reforma a la salud se comenzó a implementar el año 2005 y dio lugar al GES (Garantías Explícitas de Salud). La salud se entiende como un derecho esencial siguiendo la declaración universal de los derechos humanos de la ONU de 1948, en la que se establece, en su artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales más necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

La misión de la reforma es redefinir e impulsar un nuevo modelo de salud que incorpore el concepto de determinantes sociales en salud como una forma de contrarrestar las desigualdades en salud, otorgando mejores niveles de protección social. Para tal fin es que en el marco conceptual de la reforma se entiende la

desigualdad como el resultado del quebrantamiento de un derecho. Ello permite dar fundamento y fuerza, bajo la forma de un “enfoque de derechos”, a las medidas que permitirían abordar una desigualdad. El GES opera con base en una lista de enfermedades que el sistema de seguros, estatal y privado, tiene la obligación legal de cubrir y costear sin copago por parte del afiliado. De esta forma se equilibra la balanza históricamente injusta en que la ley obligaba a los contribuyentes a pagar el 7% de sus ingresos a la salud, pero sin obligar a las aseguradoras a entregar alguna cobertura asegurada por dicho monto. El GES viene a equilibrar esas obligaciones, de esa manera la “garantía”, posibilitada por el GES, persigue alcanzar la “equidad” (desigualdad injusta) pretendiendo resolver las injusticias sociales por la vía del derecho a la igualdad de prestaciones en salud. La igualdad se persigue con el GES bajo la forma del “para todos”, es decir, de la universalidad con que la ley obliga a los seguros de salud a responder ante la presencia de alguna enfermedad incorporada en el listado de garantías GES. Una de las tensiones más interesantes implicadas por este mecanismo es que los prestadores de los seguros serán institucionales de acuerdo a los contratos de las aseguradoras, por ello los ciudadanos que deseen acceder al derecho GES deberán ser atendidos por los profesionales que la aseguradora les indique, sin poder elegir libremente. Así se excluye la libertad como forma posible de “justicia social”.

La Ley 19.966, que determina el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), establece protecciones promocionales, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas respecto a un conjunto de enfermedades en una modalidad de atención institucional. Las Garantías Explícitas en Salud se refieren a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad. Las aseguradoras, es decir, FONASA e Isapres, “deben” asegurar dichas garantías. Las enfermedades GES son “constitutivas de derecho”, por lo que los beneficiarios pueden exigir su cumplimiento a las instituciones previsionales o a la Superintendencia de Salud. La *garantía de acceso* asegura el otorgamiento de las prestaciones en las formas y condiciones que determina el MINSAL (canastas); la *garantía de calidad* asegura la calidad de la prestación otorgada siendo definida por dos vías, la de que la prestación sea otorgada por una institución o profesional acreditado según las normas establecidas por el ministerio, o que la prestación considere la evidencia científica disponible; la *garantía de oportunidad* define que la prestación debe ser entregada en un plazo máximo establecido por el MINSAL y la de *financiamiento* asegura un alto porcentaje asegurado para la patología.

Es importante destacar las regulaciones para las patologías GES, ya que no rigen en modalidad “libre elección”, quedando la atención del beneficiario restringida a los prestadores que establezca la entidad aseguradora. Para tener derecho a las prestaciones GES, los beneficiarios “deben” atenderse con alguno de los prestadores establecidos en los convenios por la institución de salud previsional, estatal o privada. Por otro lado la cobertura de la patología establece la denominada “canasta”, consistente en el grupo de prestaciones incorporadas en la cobertura. Por ejemplo, para el diagnóstico de depresión severa la canasta incluye 12 sesiones de psicoterapia, o para el diagnóstico de depresión leve la canasta no incluye la atención de especialista, sino sólo de médico general. Así el modelo de canastas, propio de la lógica de los seguros, burocratiza las prácticas clínicas supeditando el criterio clínico a un criterio administrativo.

d) Rasgos centrales de las políticas públicas de salud mental en Chile

- Al igual que muchas políticas públicas, están absolutamente determinadas por un modelo de financiamiento y administración neoliberal que bajo la égida de la “gestión del Estado” prioriza la maximización de beneficios con disminución de costos.
- Para lo anterior somete toda intervención a la contabilidad de una unidad de medida, asociada a un código y a una valoración económica (pago por prestación valorada), impulsando un anhelo de registro burocrático de las acciones que ejecutan las políticas definidas.
- Definen la salud mental desde una perspectiva de “bienestar”, lo que contribuye a la confusión del concepto con las nociones de desarrollo social y problemas psicosociales. Esta confusión genera además inconsistencias internas en las mismas políticas, como por ejemplo la definición de trastornos psiquiátricos como prioridades en el PNSMP, en el contexto de un propósito orientado al bienestar. Por último, fija objetivos a las acciones de salud mental, que escapan a las posibilidades de los dispositivos de salud ya que los aspectos relacionados con el “bienestar” requieren de la participación de determinantes sociales que exceden a una política pública específica.

- La presencia del modelo comunitario, como eje de la política pública, limita enormemente sus posibilidades ya que se liga a una tradición político-reaccionaria que responde a un momento histórico anterior, restando la capacidad de responder a las necesidades actuales.
- Al igual que otras políticas se orienta por el denominado “enfoque de derechos” consistente en la necesidad de justificar cualquier acción orientada a la justicia social en una acción de protección o de reparación de las consecuencias de un quebrantamiento de un derecho social o un derecho humano. Se trata de un enfoque que atomiza la justicia social sobre el individuo y no sobre el colectivo de lo social y que además requiere, como en el caso del GES, de la gestión individual para la activación del “derecho a”, transformando la seguridad social en una contingencia posible dependiente de la gestión individualista y no como algo “dado” o “instituido” por el Estado. Se trata de una subvención a las necesidades individuales.

Estas características tienen una serie de implicancias prácticas para los dispositivos de atención en salud mental: la inversión de la demanda (Aveggio, 2013) con la que las instituciones operan sobre los ciudadanos, las demandas no clínicas a responder con dispositivos clínico-terapéuticos, la pérdida de la posibilidad de elegir con quién atenderse, la introducción de un universalismo arrasador vía protocolos y guías clínicas que debiesen asegurar la calidad, el incentivo económico al diagnóstico de unas patologías sembrando la incertidumbre sobre la atención de aquellas que no están garantizadas, la ponderación por parte de los tratantes de la “conveniencia económica” de un diagnóstico en la medida en que uno implica garantías y otro no, la instalación de las metas y el imperativo a su cumplimiento con grados relativos de condicionamiento burocrático de las prestaciones y la estabilidad laboral de los profesionales, la desarticulación demencial entre derechos y deberes de los pacientes, la predominancia del modelo médico en patologías GES y la introducción de acciones que en nombre de la protección social colindan con la capacidad de respuesta por parte del Estado, que no son coherentes con los determinantes sociales de salud.

2. PSICOANÁLISIS: LA CONCEPCIÓN DEL MALESTAR Y SUS RELACIONES CON LA SALUD MENTAL

a) Síntoma, malestar e inconsciente

El psicoanálisis, en tanto tratamiento del dolor psíquico, ha esclarecido no sólo la dinámica del funcionamiento psíquico en relación a lo inconsciente, sino que también el sufrimiento y el inconsciente en su relación con lo social. Desde Freud, el sufrimiento psíquico es el resultado de una satisfacción inconsciente que se obtiene a través del síntoma y de las formaciones del inconsciente. Dicha satisfacción es producto de un deseo reprimido al que se ha negado la satisfacción por la posibilidad de entrar en conflicto con las condiciones del mundo exterior o con las exigencias del “superyó” y el ‘ideal del yo’. El funcionamiento psíquico, entonces, se entiende como movido, impulsado y causado por la búsqueda de satisfacción. A esa búsqueda de satisfacción Freud la denominó “libido”, mientras Lacan la complementó llamándola “goce”.

La especificidad del goce o libido es que se trata de una satisfacción que no se rige por el principio del placer, es decir por la búsqueda del placer y la evitación del displacer. Ciertamente algunas conductas simples, como quitar la mano de un objeto caliente, se guían por dicho principio. Conductas complejas como la mantención de un sujeto en una situación que le causa malestar y no hacer nada para evitarlo, por ejemplo alguien que soporta por años maltratos físicos en un matrimonio sin siquiera pensar en poner algún tipo de límite o de pedir ayuda, permiten abrir el campo de la satisfacción inconsciente. Los seres humanos no buscan precisamente el placer, llegando por ejemplo a trabajar enormes cantidades de tiempo para acumular dinero y no tener tiempo para gastarlo, o consumir grandes cantidades de alimentos hasta sentir dolor. El psicoanálisis aborda precisamente aquello que obstaculiza e imposibilita el estado ideal del “bienestar”. Desde esta perspectiva, la noción de síntoma en psicoanálisis se diferencia sustancialmente de la noción de trastorno o síntoma en psiquiatría. Esta última entiende el síntoma como una desviación respecto a ciertos estándares o normas clínicas, biológicas o sociales, por lo que el tratamiento tiene el objetivo de suprimir dicha desviación a través de métodos químico-farmacológicos o de manejo conductual. El psicoanálisis, en cambio, abordará los síntomas atribuyéndoles un sentido de satisfacción inconsciente, que al expresarse en el síntoma mismo irrumpe como malestar en la consciencia.

b) La política, la salud mental y el goce

La práctica clínica del psicoanálisis ofrece a cada sujeto acceder al goce inconsciente que motiva su comportamiento.

Freud, en su texto *Análisis terminable y análisis interminable*, señala que analizar, educar y gobernar son profesiones imposibles dado que implican siempre un resultado insuficiente debido, precisamente, a la existencia de la subjetividad y su dimensión libidinal. Así es como los dispositivos de gobierno se encuentran siempre con un resto de su propia operación, un punto en que la acción de gobernar se muestra impotente por llegar al límite de la elección subjetiva y singular en que se realiza la libertad de los sujetos. Es el caso del diabético que sometido al programa de tratamientos de crónicos conoce perfectamente las consecuencias de seguir consumiendo alimentos altos en azúcares, pero pese a ello decide mantener dicho comportamiento. O de aquel niño que siendo apartado de sus padres por estar siendo objeto de vulneración de derechos insiste en demandar querer seguir estando cerca de ellos, más allá del “bien” que los agentes de la protección social intentan hacerle ver. El goce no va en dirección al “bienestar”. El malestar es siempre una expresión del goce imposible de gobernar, tanto por el propio individuo respecto a sí mismo, como por parte del Otro social. Para Freud, el malestar en la sociedad era el resultado de las limitaciones que lo instituido imprime al cuerpo que goza como condición de la institución subjetiva. Así, el denominado Edipo o metáfora paterna es un mecanismo simbólico de constitución psíquica con la que, mediante la identificación, el Otro de lo instituido provee las condiciones de constitución subjetiva. De esa forma el sujeto se ve obligado a abandonar un estado primario de goce en el que las limitaciones y restricción estaban ausentes.

El malestar individual es el retorno sintomático de la búsqueda de ese estado de goce sin límites, bajo la forma de un sufrimiento psíquico que representa una satisfacción inconsciente que se conecta precisamente con la búsqueda de ese estado primario. Para Freud, entonces, el malestar en la cultura, los síntomas sociales, será la expresión en el ámbito social del conflicto y el retorno. Existe una versión freudiana del malestar en la que éste representa la expresión de un conflicto producto de la limitación, el empuje a la renuncia de la satisfacción. Esa fue la función del denominado “complejo de Edipo”.

Jacques Lacan, por su parte, destacó otro aspecto de este proceso permitiendo construir una versión que trasciende la limitación (Lacan, 1970). Se trata de la idea a que en el síntoma, en el malestar, la dimensión libidinal encuentra una satisfacción sorteando las barreras de la limitación. No hay límites y las satisfacciones pueden ser alcanzadas, recuperando así el goce primordial perdido en la constitución psíquica. Tomando el concepto de plusvalía habló de plus de goce, en el sentido de que si bien en el origen hay una pérdida, ésta se recupera en un segundo momento. Esta segunda versión del malestar es propia de las transformaciones que el neoliberalismo ha introducido en los vínculos sociales. Una promesa de maximización que podría, hipotéticamente, anular las pérdidas.

Jacques Alain Miller ha complementado el mito freudiano del Edipo, en tanto novela subjetiva que simboliza la pérdida del goce a partir de las funciones del padre y la madre, lo que denomina “mito de la pulsión”, destacando con ello que pese a la operación simbólica de la ley que prohíbe, el goce pulsional encuentra siempre la manera de satisfacerse sorteando la regulación edípica.

A partir de lo anterior, para Lacan “sólo es factible entrometerse en lo político si se reconoce que no hay discurso, y no sólo analítico, que no sea del goce, al menos cuando de él se espera el trabajo de la verdad” (Lacan, 1979: 83). Todo discurso, todo acto de palabra que pone en función lo simbólico es siempre un lazo de dominio, de dominación de la dimensión libidinal. Gobernar, por ende, no se hace sin lo libidinal, sin el goce que por estructura no es nunca absorbido en el enlace de dominio entre un sujeto y el Estado. La elección, inherente al estatuto del sujeto moderno, implica siempre un resto libidinal no incluido en el Otro social.

Desde esta perspectiva es que con respecto a la salud mental, como objetivo del ideal político, como plan de gobierno, Jacques Alain Miller podrá sostener lo siguiente: “(..) vemos entonces que, contrariamente a lo que el optimismo gubernamental profesa, no hay salud mental. Se opone a la salud mental – y a la terapéutica que conduce a ella – la erótica. En otras palabras, el aparato del deseo, que es singular para cada uno, objeta la salud mental”(Miller, 2011: 36).

Al igual que otras políticas públicas, la salud mental persigue, según Miller, el orden público. Es suficientemente conocida (Postel, 2000) la relación entre enfermedad

mental, crimen y pericia policial, vínculo fundamental en el posicionamiento de la psiquiatría a fines del siglo XIX. Se trataba de identificar a los sujetos que estaban en condiciones de responder por sus actos criminales. Una cuestión de responsabilidad. Más allá del ámbito criminal, para el psicoanálisis el problema del inconsciente será siempre el de la responsabilidad por la satisfacción no sabida que se encuentra en las circunstancias que además generan malestar. Para el psicoanálisis, esa relación de responsabilidad por el propio goce libidinal es una relación singular, inigualable y que hace a la condición misma del sujeto. Para Lacan, por tanto, de nuestra posición de sujetos seremos siempre responsables.

Por lo anterior, la salud mental forma parte de un discurso normativo, sostenido en ideales que se ofrecen para gobernar, desde el 'Otro social' vía la identificación del goce singular. Ahí donde las políticas públicas se sostienen en el ideal universal del 'para todos', el psicoanálisis acoge la singularidad de la satisfacción inconsciente. Es decir que a nivel libidinal el único universal posible es "todos diferentes", sin conjuntos ni categorías.

c) Diversidad, universalidad y singularidad: no hay ley natural.

La Declaración Universal de la UNESCO sobre diversidad cultural introduce en el contexto de las preocupaciones de los gobiernos un nuevo elemento que contribuirá al planteamiento de nuevos problemas centrados en la exclusión y segregación de las minorías. Puede incluso afirmarse que se trata de una transformación de ciertos modos de vida en "minorías excluidas", otorgando una nueva significación política a dichos modos de vida. La definición de cultura, incluyendo artes, modos y maneras de vivir, sistemas de valores, tradiciones y creencias, rasgos espirituales y materiales así como los aspectos afectivos e intelectuales, abre un nuevo campo de experiencia que incluye todo lo relativo a la forma y la manera de vivir de un grupo humano o comunidad. Entonces, surge en torno a lo mencionado la noción de "identidad" con nuevas implicancias políticas. A ello se agrega la perspectiva del derecho que permite resignificar dichas condiciones de vida bajo la forma de "minoría" con los rasgos de exclusión y segregación mencionados. Queda establecida así la tensión entre minoría-exclusión-derecho, que operará como motor de una actitud de reivindicación por parte de las denominadas "minorías" y de responsabilidad por parte de las instituciones del Estado y gobierno. Esta dinámica político-social se enmarcará además en los valores universales de las democracias modernas, como

son la solidaridad, el respeto, el diálogo y el esfuerzo por brindar seguridad para todos con el fin de garantizar una mayor cohesión social. Las tres “comunidades” que hasta ahora han sido objeto de la perspectiva política de la diversidad tienen relación con la migración, los pueblos originarios y la sexualidad.

Una situación paradigmática de esta nueva perspectiva política es la del matrimonio homosexual, con lo que se busca que la relación de pareja homosexual pueda contar con los mismos derechos y el mismo reconocimiento legal que la relación de pareja heterosexual. En términos psicoanalíticos significa que un modo de goce que históricamente ha estado excluido de la institucionalidad del Estado pueda ser reconocido e incorporado al campo de la ley y el reconocimiento simbólico, regulando una serie de circunstancias que se derivan de la relación matrimonial.

Esta situación muestra de muy buena manera lo que en el texto *Diversidad y políticas públicas* (Meneses, 2014) se expresa en que no existe una determinación natural. Ciertamente hay determinaciones naturales en algunos aspectos, como por ejemplo en la imposibilidad de un hombre de estar embarazado, pero lo relevante es la separación entre la determinación natural y la ley simbólica, en su cualidad determinante, de la sociedad. En este punto existe una idea compartida, ya que para el psicoanálisis la dimensión del deseo, de la libido, de la pulsión, del goce precisamente no responde a una ley natural, sino a una ley simbólica. Dicha ley es la que se pone en juego con el denominado complejo de Edipo o metáfora paterna y expresa el resultado de su operación en la identificación. La identificación es el proceso psíquico por el que se define una identidad y posee la particularidad de producirse a partir de un elemento que es exterior al sujeto, proveniente del campo del Otro, y una vez operada orienta, dirige y conduce un modo de satisfacción libidinal del sujeto. Desde esta perspectiva, la práctica clínica del psicoanálisis no se orienta nunca en contra de un modo de satisfacción, siendo un imperativo ético del psicoanálisis la consideración de que los sujetos no son responsables por el origen del modo de goce. A lo que el análisis apunta es a la responsabilidad subjetiva por las consecuencias de los propios modos de goce.

El campo de la responsabilidad subjetiva por los propios modos de goce es un campo radicalmente singular, incomparable, excepcional, no se parece a nada ni a nadie, escapa al sentido común y se restringe a la unicidad del ser hablante y

su corporalidad. En ese punto no hay determinación ni ley natural ya que sólo el propio sujeto puede responder por sus condiciones de satisfacción libidinal. Si bien las perspectivas de la diversidad pueden cruzarse en este punto con el psicoanálisis, en la medida en que éstas persiguen el ideal de incluir aquello que está excluido del Otro, lo hacen constituyendo una comunidad identificada con un rasgo a partir del que se definen como minorías excluidas del proceso democrático y del reconocimiento del Estado. El psicoanálisis, podríamos decir, “radicaliza la diversidad” desde el punto de vista de su práctica clínica por desarrollarse desde la ética de la singularidad de los modos de satisfacción. Ahí donde se busca el “todos iguales” del universalismo, de la igualdad de condiciones del neoliberalismo, el psicoanálisis se orienta al “todos diferentes, todos singulares”. Ciertamente el psicoanálisis no es un discurso político, como lo es el de la diversidad, pero cabe interrogarse por las implicaciones políticas de una consideración del denominado “bienestar” desde la singularidad. Este es tal vez el mayor aporte que el psicoanálisis en el campo de la política pública, las singularidades del deseo y goce, para interpretar los fracasos ideales y los retornos del malestar, contribuyendo a la invención de soluciones cada vez más plurales en el campo de las políticas públicas.

DISCUSIONES, TENSIONES Y PROPUESTAS PSICOANALÍTICAS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN CHILE

Como se señaló en un inicio, concebimos la “política pública de salud mental” en un sentido amplio, esto es considerando otras políticas de protección social que incorporan nociones y acciones psicológicas y psiquiátricas sin pertenecer, necesariamente, al sector de la salud pública. Desde esta perspectiva es posible mencionar una serie de tensiones y problemas que surgen producto de nudos ideológicos que pueden ser incluso contradictorios entre sí.

Un rasgo general de dichas políticas es su manifiesto asistencialismo inspirado en un enfoque proteccionista respecto a la vulneración de derechos y no orientado a la prosecución del bien común o el interés general. Dicho rasgo empuja la implementación institucional de acciones y dispositivos que se caracterizan por la inversión de la demanda (Aveggio, 2013), un fenómeno en el que las instituciones y profesionales ejecutan acciones de ayuda sin que esa ayuda sea pedida o

demandada por quien es ayudado. Un ejemplo de ello es la “derivación” a atención psicológica a la que puede ser obligado un ciudadano por un tribunal de familia. No se trata solamente de la versión psicologizante del control social, ampliamente criticado en los años setenta por los movimientos antipsiquiátricos, sino del empuje y la operación del Estado, a través de los profesionales, sobre la intimidad de los sujetos desde un “deber ser” que no siempre es sentido como un requerimiento por quienes son, con la mejor de las intenciones, definidos como sujetos en riesgo.

La dimensión socio-política de parte del Estado resuena en lo que para el psicoanálisis son las condiciones de constitución del sujeto, donde las posibilidades de constituir un deseo y un modo de goce singular están directamente vinculadas con la relación de la demanda y el campo del Otro. La demanda, en psicoanálisis, es algo muy distinto a la necesidad, al deseo y al goce. Para Lacan, la demanda, como pedido a Otro, es siempre de algo distinto al objeto implicado en la demanda. El paso del llanto a la demanda, que supone la adquisición del lenguaje, es un buen ejemplo de ello ya que desde que se habla no se pide sólo lo que se necesita (necesidades biológicas), sino que además se realizan pedidos como “acompañame”, “mírame”, “escúchame”, “acuérdate de mí cuando no estoy”, entre otros. Esta dimensión de la demanda, Lacan la denomina “demanda de amor” y consiste en que cuando se demanda, más allá de lo demandado, se pide fundamentalmente ser importante para el Otro, ser amado por el Otro. Así un paciente puede valorar a su médico porque considera que lo escuchó con mucha atención e interés, independientemente del grado de resolución que haya tenido de sus problemas. Un trabajador se puede sentir ampliamente satisfecho en su contexto laboral a partir de una serie de signos de importancia que sus superiores le entreguen independientemente de las condiciones laborales. La clásica expresión de “la camiseta puesta” o la “vocación de servicio” son identificaciones en las que en ocasiones el valor a la función destaca por sobre las condiciones laborales y materiales.

Cuando la demanda de amor está en juego, el objeto ofrecido nunca satisface la demanda de amor, porque no se trata del objeto, sino de lo que se *es* para el Otro. De esta forma, la disconformidad y la queja acerca de una institución o dispositivo de atención pueden eternizarse, dado que la insatisfacción no es relativa al contenido de la demanda, sino a su “más allá”. El mercado ha explotado esta dimensión con publicidades que ofrecen desde un cigarrillo a una prenda de

vestir, como aquello que podría hacer posible satisfacer la demanda de amor, lo importante, de representar el falo para el Otro. La máxima de que la oferta y la demanda se regulan creando valor agregado supone la mediación de los objetos de consumo, sin embargo en el campo psíquico del goce y el deseo, la demanda es siempre demanda de otra cosa, del reconocimiento del valor agregado, fálico, que se representa en la economía del deseo del Otro.

Dar sin que se pida posee efectos en la desarticulación del deseo y del goce dirigidos a encontrar un enganche en el Otro. No se trata, desde el psicoanálisis, de negar la necesidad de un Estado que asista a los más necesitados, sino de contribuir destacando la importancia de la dimensión de la demanda para el establecimiento de un lazo social pacificador. No se trata de la demanda de los discursos gubernamentales que persiguen siempre la adecuación del sujeto a un orden social ideal, sino de la demanda en su dimensión de demanda de amor, la que por apuntar a la falta “en ser” permite tejer o retejer un lazo social en el que las singularidades puedan coexistir sin requerir de prácticas de ruptura del lazo como forma de restituir su dignidad.

Diseñar políticas públicas que incluyan esta dimensión significa hacerlo con una concepción de sujeto que no responde necesariamente a la racionalidad de lo bueno o lo malo según un discurso moralizante o ideológico, sino que incorpora esa irracionalidad constituyente, esa ausencia de una determinación natural en la que las satisfacciones construyen su complejidad en relación a los otros. Se trata de poner en el lugar de la demanda estatal una oferta contingente donde las demandas y necesidades puedan ser alojadas y encontrar alguna respuesta posible. Es ofrecer un espacio, un lugar vacío, políticamente no instituido para que la demanda pueda instituir un lazo al Otro.

Otro rasgo a discutir es la definición de salud mental en términos de “bienestar”, lo que equivale a enmarcar dicha definición en un paradigma de desarrollo social. Se instala un objetivo como el mencionado anteriormente, repleto de expresiones difusas como “mejor capacidad posible”, “desarrollo óptimo de su potencialidad” y “logro de sus metas individuales y colectivas”, todo ello manteniendo la armonía con las familias, la comunidad, la justicia y el bien común. Un objetivo como éste supera el paradigma del higienismo mental, que se centraba en resolver las

enfermedades o trastornos mentales (Rosen, 1974). Más allá de la importante discusión en torno a la naturaleza de la enfermedad mental, resultaría relevante incorporar alguna referencia al malestar.

Como ya se ha expresado, una de las más importantes conclusiones clínicas del psicoanálisis es que el malestar y el sufrimiento no suelen ser experiencias de las que los seres humanos estén fácilmente dispuestos a liberarse, mucho menos a buscar tan seriamente el bienestar que conscientemente pueden decir anhelar. El desarrollo no deja de tener sus propios malestares y sus consecuencias dolorosas, por lo que esos estados, que el propósito del PNSMP describe como una suerte de estado potencial a alcanzar, son dudosamente alcanzables con la implementación de una política pública tan acotada como lo es una política de salud mental. Resulta contradictorio, incluso omnipotente, que una política pública en salud mental se pueda proponer como objetivo el bienestar ahí donde el propio Estado, con su proceso de modernización, consolidó y profundizó su propia definición como Estado subsidiario y no como Estado de bienestar. Si a ello agregamos los resultados del informe del PNUD de 2012 sobre el bienestar subjetivo, podemos observar que éste operacionaliza el bienestar subjetivo en una serie de capacidades, las que se ordenan en dos dimensiones: el bienestar subjetivo individual y el bienestar subjetivo con la sociedad. De acuerdo a los resultados, la capacidad que más incidiría en la obtención del bienestar individual sería la de “tener una buena salud”, seguida por la de “tener las necesidades físicas y materiales cubiertas”. Del lado del bienestar subjetivo con la sociedad, la capacidad más importante sería “sentirse seguro y libre de amenaza” en ámbitos como la salud, el trabajo, la previsión y la delincuencia. Es destacable que en ambas dimensiones del bienestar la salud ocupe un lugar primordial. ¿No debiese ser el objetivo de una política pública en salud contribuir a la ausencia de enfermedad, en lugar de perseguir directamente un bienestar que depende de otros determinantes sociales? Introducir la noción de “bienestar” en la definición de salud mental confunde ámbitos y alcances de una política pública. El bienestar, como objetivo de desarrollo social, podrá ser el resultado sinérgico de una serie de políticas públicas articuladas a un proyecto-país organizado en torno a un Estado cuya prioridad sea el bienestar. Dudosamente podría ser un propósito realista para un sector que no sólo no cuenta con una ley de salud mental, sino que ha diseñado sus políticas con un presupuesto históricamente deficiente (Minoletti, 2005).

Una política pública de salud mental en Chile requiere redefinirse a partir, no de idealismos ideológicos que llevan inevitablemente al fenómeno de la inversión de la demanda, sino de la capacidad de responder a los requerimientos y demandas de los sujetos que surgen de sus malestares subjetivos, considerando las limitaciones que el modelo de un Estado subsidiario impone. Las limitaciones del modelo no son superables con definiciones teóricas bienintencionadas al interior de los documentos y orientaciones técnicas, sino nutriendo la discusión política con los límites que las condiciones del modelo imponen a las posibilidades de responder a la demanda de los sujetos y a la superación, en este caso, de sus malestares subjetivos. Una política de salud mental podría, primero, resolver los problemas propiamente clínicos, antes de proponerse objetivos propios del desarrollo social.

Un tercer ámbito de discusión y tensión es el totalitarismo con el que el modelo comunitario rige la política de salud mental. Es importante aclarar que no se trata de desestimar la necesidad de incluir aspectos del modelo comunitario en una política pública de salud mental, sino de poner en duda que éste deba ser el modelo paradigmático de la política pública. El modelo comunitario surge en los años sesenta y setenta como resultado de los movimientos anti-psiquiátricos europeos y el empuje a la denominada reforma psiquiátrica (Postel, 2000). Lo comunitario resulta ser una respuesta para la rehabilitación y reinserción en la sociedad de los pacientes internados, encerrados, en hospitales psiquiátricos en condiciones muchas veces inhumanas. Sustituir el encierro por una estrategia comunitaria es un imperativo ético acorde al respeto por los derechos humanos. La dificultad está en desplazar la especificidad de lo comunitario a un modelo omni-comprensivo de la salud mental desde una política pública. En dicho desplazamiento se reduce el campo de la política pública a los pacientes que requieren acciones de reinserción y rehabilitación, excluyendo otras problemáticas y demandas. En este sentido se trata de reubicar el modelo comunitario como uno de los aspectos de una política de salud mental, pero destituyéndolo de la condición totalitaria que hoy tiene en el área. Esta rigidez se manifiesta en la absoluta ausencia de complementariedad entre el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, orientado por el bienestar y el modelo comunitario, y el GES, orientado a la intervención clínica según el modelo biomédico y la gestión de seguros. Se requiere, por tanto, la definición de una política de salud mental que sea capaz de articular diversas necesidades, realidades y demandas de la población.

Otro aspecto problemático es el que se desprende del GES a partir de su condición de seguro y la necesidad administrativa-financiera de valorar prestaciones fragmentadas y unitarias, las que se agrupan en la denominada “canasta” constituyendo la cobertura financiera del seguro. La principal tensión que surge es el condicionamiento de las necesidades clínicas a las definiciones administrativas y financieras que priman por sobre las efectivas necesidades clínicas de los pacientes. Este aspecto se materializa en la burocratización de la terapéutica vía del establecimiento de protocolos y guías clínicas, reemplazando la autoridad del juicio clínico por el apego impersonal a las normas y la desresponsabilización del clínico. La medicina basada en la evidencia es la estrategia de garantía que provee de información a la construcción de protocolos y guías. La dificultad de esta perspectiva, en el campo de la salud mental, es que opera con un modelo médico de enfermedad, es decir que la enfermedad se concibe como un ente natural y objetivo. Una afección al corazón es una afección abordada en calidad de objeto, ya que el corazón no decide ni elige. Esta es una diferencia radical con la condición de sujetos implicada en los problemas de salud mental, los que cuando son abordados desde esta perspectiva terminan intentando ser reducidos a problemas genéticos. Los sujetos deciden y ejercen su libertad, toman elecciones en la vida, aspectos que no dejan de estar implicados en una depresión, en un consumo de alcohol o en un problema de violencia intrafamiliar. En este punto, la burocracia de la protocolización garantista se problematiza con los aspectos de los modos de vida que suponen el libre ejercicio de las libertades. Ello se manifiesta en el siempre intenso debate en torno a la definición de las enfermedades mentales y su estatuto epistemológico.

El condicionamiento de una política pública al criterio de maximización de los beneficios y reducción de los costos, que supone la gestión del Estado, es otro punto a discutir porque declina la función ética y moral del bien común. Cuando la relación costo-beneficio predomina por sobre la perspectiva del bien común emerge el principio de “universalidad” (universalidad de cobertura, universalidad del “derecho a ...”, universalidad de acceso, etc.). La idea de universalidad pareciera venir a sustituir la idea de bien común o interés general, en el marco de un Estado subsidiario gestionado por el criterio costo-beneficio. Así la noción de justicia social se desplaza de la comunidad, la sociedad, el pueblo, como una unidad que engloba a todos los ciudadanos, a un derecho universal, que si bien es universal debe ser ejercido por el individuo y depende de su voluntad ejercerlo.

Este desplazamiento fomenta la necesidad del Estado de activar el ejercicio de los derechos en los ciudadanos impulsando, bajo la forma de la inversión de la demanda, el ejercicio de éstos. El GES es un muy buen ejemplo ya que la ley obliga al médico a informar al paciente que su patología está incluida en el GES, es decir cubierta de manera universal por el seguro. Luego dependerá del paciente activar el GES en su aseguradora, estatal o privada. Esta particularidad refleja una característica estructural de esta forma política pues el “para todos” opera en la medida en que se califica para la obtención de un diagnóstico GES. En caso de que se padezca de una patología no incluida en el GES, la universalidad deja de operar. Se produce entonces un incentivo a unos diagnósticos por sobre otros. Paradójicamente se trata de una universalidad limitada, una universalidad no universal. Esa es una de las paradojas de lo universal como política, a la que ya aludimos bajo la forma de lo imposible de gobernar en la perspectiva de Freud, ya que no hay universalidad sin un resto que retorna bajo la forma de malestar en la cultura.

CONCLUSIONES

Tras señalar una serie de aspectos críticos y problemáticos de las políticas públicas de salud mental en Chile resulta ineludible plantear la pregunta acerca de la contribución que el psicoanálisis puede hacer al espíritu y al diseño de las mismas. En este sentido, la contribución del psicoanálisis no es prescriptiva, no es técnica, ni ideológica, por la sencilla razón de que el psicoanálisis no es una “comprensión del mundo” que pueda sostener un ideal y un bien universal como fundamento del lazo social. El psicoanálisis es una práctica de palabras, que por medio del recurso del inconsciente puede incidir sobre las formas y modos de satisfacción de los sujetos. El psicoanálisis revela la existencia de una falla estructural, una ausencia de determinación natural, como condición de la función del lenguaje y la palabra, entre el sujeto y sus satisfacciones. Ello implica que toda aspiración de gobierno ideal, incluso el de sí mismo, está condenado al “fracaso” producto de la falla estructural entre la palabra y la libido. Tal perspectiva podría interpretarse como conducente a relativismo y la pérdida de sentido. Pero no se trata de eso en lo absoluto, más bien se trata de proponer la incorporación en el diseño de las políticas públicas de la categoría ética de la singularidad, caracterizada por sustraerse de toda aspiración universal. Este es un punto de cruce y divergencia

entre la perspectiva de la diversidad cultural y la concepción psicoanalítica de los modos de vida. De cruce en la valoración de lo diverso, de lo divergente de las “maneras de vivir juntos”. De divergencia en que el psicoanálisis no fomenta la constitución de una comunidad, vía identificación que hace de su diversidad una identidad reivindicativa. No se trata de desestimar y negar la necesidad política y social de la reivindicación de las minorías en el campo político, ya que esa es una dimensión absolutamente imprescindible en el ejercicio político contemporáneo, sino de aportar un paso más en la importancia de radicalizar el punto de vista de la diversidad hasta llevarlo a la singularidad, contemplando así un espacio potencial donde advengan las contingencias que implica el fracaso de lo universal.

Articular la singularidad al diseño de la política pública implica, por ejemplo, calibrar y moderar la victimización, como marco absoluto, de ciertas concepciones de la protección de vulnerabilidades y riesgos psicosociales, dando lugar a la posibilidad del campo de la demanda “uno por uno”. Conduce también a repensar el bienestar no en referencia a un ideal universal y necesario de un modo de vida, sino a una respuesta, a un arreglo contingente de cada uno. El bienestar difícilmente puede ser garantizado por el Estado, pero sí es posible ofrecer espacios de encuentro en los que el malestar de cada uno pueda ser tramitado para encontrar *bienestares* plurales.

Reubicar lo comunitario implica moderar el empuje a la concepción que hace descansar en los lazos sociales la esperanza del bienestar anhelado, desconociendo la naturaleza íntima de las elecciones subjetivas, conscientes e inconscientes, respecto a las formas de satisfacción que constituyen a la naturaleza ética del sujeto en sus aspectos libidinales y políticos.

Limitar el objetivismo realista, presente en la burocratización administrativa y garantista de la medicina basada en la evidencia, abre la posibilidad de recuperar una concepción del sufrimiento que incorpora la decisión subjetiva y los valores de la libertad y el respeto por los modos de vida que las explicaciones biológicas tienden a excluir. En su teoría de los discursos, Jacques Lacan incluyó el discurso capitalista (Lacan, 1970) señalando que se trata de una modificación del discurso del amo que consiste en una desestructuración de las condiciones simbólicas de la pérdida de satisfacción que impulsa el deseo. De esta forma, el discurso capitalista

promete y ofrece una posibilidad de eludir el campo de la castración, de la pérdida de goce que la relación al lenguaje y al inconsciente implica. Así el neoliberalismo ofrece la posibilidad de satisfacciones sin límites, dado que las oportunidades de consumo están siempre presentes. La maximización y la búsqueda de aumentar beneficios, idealmente al menor costo, es la manifestación de este anhelo de eludir la pérdida. La elevación de los criterios económicos neoliberales a la verdad y el bien último imprime, a las políticas públicas, un objetivo financiero que condiciona y cuestiona las ideas del bien común y el interés general. Para el psicoanálisis no hay satisfacción absoluta, sólo hay satisfacciones, en plural. La restitución de lo imposible como condición de las satisfacciones del ser humano permite reconducir al sujeto a la relación singular que cada uno tiene con esa imposibilidad.

Están aún por construirse las consecuencias de la práctica psicoanalítica en el campo de las políticas públicas, para ello la noción de singularidad puede ser uno de los inicios posibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aveggio, R. (2013). *Psicoanálisis, salud pública y salud mental en Chile*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Aveggio, R. y Araya, C. (2015). *Intervenciones psicoanalíticas en instituciones de salud en Chile*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Escalante, F. (2016). *Historia mínima del neoliberalismo*. Madrid: Editorial Turner.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas* (págs. 57–140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 63–136.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 211–254.
- Freud, S. (1932). En torno de una cosmovisión. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XXII, Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 146–169.
- Huertas, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Editorial Catarata.

- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas públicas*. Madrid: El viejo topo.
- Lacan, J. (1970). *El reverso del psicoanálisis*. Seminario 17. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1975). *La dirección de la cura*. En J. Lacan, *Escritos*, Vol. II. Siglo XXI, México, pp. 565–626.
- Laurent, E. (2014). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres haches.
- Meneses, A. (2014). *Diversidad y políticas públicas*. Santiago de Chile. Editado por el Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile.
- Miller, J. A. (2016). *Un esfuerzo de poesía*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2010). *Salud Mental y orden público*. Granada: Ediciones Universidad de Granada.
- Miller, J. A. (2011). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (1992). *Edipo y sexuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4–5), 346-358. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000900015>
- Montoya-Aguilar, C. (2013). *La salud dividida. Chile 1990–2010*. Santiago de Chile: Editorial Ceibo.
- Postel, J. y Quérel, C. (2000) *Nueva historia de la psiquiatría*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Rosen, G. (1974). *Locura y sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza.
- Sitio Oficial del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, www.minsal.cl. (septiembre de 2015)
Visitado el 19/6/17. <http://www.minsal.cl/salud-mental/>
- Sitio Oficial de la Unesco, www.unesco.org. (julio de 2017). *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural*. 7 de julio de 2017. <http://portal.unesco.org/es/ev.php>