

La salud en el contexto de la producción de subjetividad actual

Diego Naddeo

Toda definición teórica, corre el riesgo de un envejecimiento fulero y prematuro. En algunas ocasiones, eso se da de manera cabal, en otras, se retoman luego de algún tiempo, según el sentido latente freudiano, siempre estuvieron, pero retornan. Supongo que, además, la suerte de las definiciones empeora cuando lo que se define depende de su contexto de producción, y ese contexto no es recuperado en su evocación. Me interesa en esta comunicación, retomar algunas definiciones de salud que nos sirvan para pensar a la luz de nuestro presente. Dicho así todas las definiciones de salud han sido y a veces lo siguen siendo, a la vez, motivo de crítica y elemento necesario para la política. Esto refleja ese carácter epocal de las definiciones que, en la mayoría de los casos, responde a estrategias políticas más que técnicas. O, mejor dicho, se establecen desde la política, para visibilizar algo de la técnica.

Ejemplo de ello puede ser desde la tradicional definición de salud como anverso de enfermedad, ligada al paradigma positivista higienista de comienzos del siglo XX, hasta la que mayor pregnancia tiene en la población que es la que se suele repetir hasta el cansancio, diciendo que la salud es el completo estado de bienestar físico, emocional y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Tal como nos señalan tanto Ferrara (2005) como Stolkiner (2003) esta definición, dicha en una Facultad de Psicología, alertaría a cualquier psicoanalista apresurado por indicar las consecuencias de lograr un completo estado de bienestar como condición para la salud. El psicoanálisis no se lleva bien con la idea de lo completo, la falta, sienta mejor. Las ciencias sociales tampoco comulgan con la idea de pensar la salud como estado, sino que proceso, cambio y transformación son sus premisas basales. Ahora bien, haciendo una lectura histórico social, esta definición que tiene su origen en la naciente Organización Mundial de la Salud (OMS) a fines de la posguerra, fue en parte propuesta por trabajadores de la salud y sobrevivientes de la guerra. La misma se produce a fines de los años '40, la centralidad de la definición política, es hablar de que la salud, es un asunto del Estado de Bien-estar. Hay un empuje a que sea el Estado el garante de la salud de la población. En este período se produce el informe Beveridge que en Reino Unido universalizó el acceso a la salud para toda la población, a través del Servicio Nacional de Salud (NHS). Ese modelo es el que nuestro país adoptó en la misma época y que hoy conocemos como subsector público de la salud, considerando a la salud como un derecho social y humano. De ahí que debamos ver a las

definiciones más en su sentido político que técnico, ya que es a través de la política que se allanan los caminos para la ampliación de derechos.

De un modo semejante, si se analizan las definiciones de salud mental, podremos encontrar elementos similares a los presentados anteriormente. En este caso, se encuentra un desplazamiento discursivo, desde la psiquiatría como disciplina total en el saber de lo mental hacia la salud mental como campo de intersaberes. Ese desplazamiento tal vez se deba a la condición estructural de los intersaberes en juego dentro de ese campo que ha tenido un gran desarrollo desde la década del '60 en adelante, conforme fueron legitimándose los conocimientos de las ciencias sociales y humanas, creándose carreras universitarias, así como comenzando a tener voz en la escena pública los grupos sociales objeto de esas prácticas.

Así es como se llega a la actualidad a proponer una definición de salud mental, como efecto de una multicausalidad en la vida anímica y material de los grupos sociales, a la que se considera un derecho humano esencial.

Ahora bien, hay una definición que Floreal Ferrara (2005) propone en la que menciona que la salud/salud mental es la lucha por resolver un conflicto antagónico que quiere evitar que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Floreal, había atravesado tres cuartas partes del siglo XX y comprendía que la clave estaba en pensar las sociedades a través del conflicto y no de los equilibrios entre sectores o las adaptaciones al medio, es decir, soluciones conformistas. Su propuesta era la de la implicancia del sujeto en la lucha por superar o resolver los conflictos que lo aquejan para obtener su óptimo vital. Esta definición suele perder centralidad en los discursos, pero no vigencia. Según Canguilhem, la norma que regula la vida anímica, es exterior al sujeto, proviene siempre de la sociedad o de la cultura (Canguilhem en Galende, 2015). Entonces que la salud sea un derecho social, tiene de trasfondo aquella premisa de Marx (1973) que sugiere que el ser social es lo que determina la conciencia humana. No se puede pensar en la salud en términos individuales o incluso colectivos sino se vincula con las condiciones materiales de existencia de las poblaciones.

Esto nos lleva a plantear la vida de las poblaciones bajo el sistema de dominación mundial como condición para producir la vida anímica de las personas. Boltanski y Chiapello (1999) describen una serie de movimientos paradójales; el capitalismo prospera, en tanto que la sociedad se degrada, al tiempo que crecen los beneficios, en tanto como crece la exclusión social. Entonces, cualquiera de estas definiciones de salud, configura

de una manera u otra, una tríada entre Estado-Democracia-Ciudadanía como analizadores de los procesos políticos que encarnan esas definiciones.

Viendo esto entonces en nuestro presente, el gobierno nacional derrite su máximo capital político, identificar a la casta, distinguirse de ella y combatirla. Es un modelo higienista. La jugada huele a naftalina, en nombre de la República, se denuncian delitos de corrupción, se individualizan las denuncias, nunca es como sistema, sino como elementos singulares o de pequeños grupos, para de ese modo, dismantelar la política pública que implica un mejoramiento en el proceso de redistribución de las riquezas y reducción de los procesos de exclusión. Así, la denuncia encuentra en la eliminación de la política pública, su mejora. Listar esas políticas, excede ese trabajo, todos tenemos alguna en la punta de la lengua. Pero bueno los anteriores, al menos conservaban algún criterio selectivo, ahora, con menos metáfora, todo tiene algo de curro y entonces, preventivamente, se cierra, se desarma, se elimina. ¿Qué tríada se propone entre Estado-Democracia-Ciudadanía en el horizonte, atacando a la salud en general y al Bonaparte o al Garrahan en particular? ¿Pero entonces, interesa combatir el delito aberrante de la corrupción o sólo es la coartada para presentar programas de gobierno regresivos en la distribución de la riqueza hacia la población? Hasta los organismos financieros confesaron que no esperaban tanto, han demostrado ser sus mejores alumnos.

Su condición de no ser casta, su giro discursivo de no ser otra política, sino no ser político, les explotó en la cara. El gobierno acaba de entrar metonímicamente en la cadena significativa que los tienen atrapados junto a Isidoro Cruz o Francisco Laprida. Al igual que ellos, todos han tenido una revelación al descubrir y tener que aceptar que su destino no es diferente a los de sus adversarios. Poco a poco, se acerca el cierre del festejo de egresados, el muchacho egresa, se recibe de casta. No me extrañaría que tengamos que pagar la cuenta.

Volvamos al llano. Sea que este ciclo esté encontrando su destino sudamericano o no, de todos modos, los ciclos respetan ciertas leyes de la Gestalt, la tendencia al cierre. Pero el cierre deja tras de él, a quienes se les dio nombre, a su pueblo. Ese pueblo que tal vez no tenga una fidelidad al líder, decidió sacrificarse, esperando mejorar la cosa. En el trabajo en el primer nivel de atención de la salud, escucho frecuentemente a una parte de ese pueblo, emprendedores, buscas, quienes sintetizan su jornada laboral entre el pastón en la obra y algún curso de trader de barrio, todos queriéndose salvar. Todos se tienen que salvar solos. Richard Sennet (2000) reflexiona que el capitalismo flexible crea las

condiciones para arrojar al sujeto a su proceso de ansiedad, flexibilizando el riesgo de manera individual.

Por su parte, Mark Fisher (2016) enfatiza en la idea acerca de que es más fácil imaginar el fin del mundo que el fin del capitalismo. Idea que sustenta que el capitalismo es el único sistema viable, confirmando la frase de que no hay alternativa, como sostén del realismo capitalista. Ya sabemos las consecuencias psíquicas cuando la potencia del sujeto queda reducida a la aceptación pasiva de lo que hay, de ahí que Ferrara hablaba de salir de la adaptación. De un modo u otro, esto contribuye a las dificultades para pensar un futuro o proyecto colectivo. Fisher propone politizar la salud mental, esto a mi entender, no implica pensar si la manifestación singular de los padecimientos mentales tiene un correlato unicausal con el sistema de producción, sino más bien, cómo las profundas desigualdades que genera el actual sistema marcan un diferencial entre las personas para mitigar ese sufrimiento, no proponiendo formas colectivas de reparación y rectificación, sino la búsqueda individual de ese bienestar. Nuevamente tendremos que tener presente la vieja y vigente definición de salud como lucha que ofreció Floreal hace tiempo.

Para la población con la que trabajo, hace años no existe en su imaginario la palabra trabajo formal, en su lugar aparece emprendedor, dicho con orgullo, como elemento de distinción, son feriantes, sin ferias, que establecen la condición de estar divorciados del Estado, pero es un divorcio conflictivo, de esos que explotan los tribunales de papeles y que solo el tiempo lo resuelve, si lo resuelve. La relación con el ex, tarde o temprano evidencia la marca de la ruptura. De ahí que el quiebre entre electorado y gobierno, deja desahuciado a quien creyó y lo estafaron otra vez. Pero la población cree, es profundamente creyente, prefiere a Dios, espera, confía, ora, se entrega, ahí los milagros son cotidianos. Los templos son una de las grandes respuestas comunitarias desde hace décadas. Por su parte, nuestros espacios psi, fuertemente feminizados, muestran que las ocupaciones más frecuentes en el grupo de las mujeres, son los rubros de esteticistas y peluqueras en y a domicilio. Otras cuidan adultos mayores en pequeños hogares, con mala paga y tratos laborales ruines, por supuesto, siempre cuidan a las infancias. Algunas que empilchan mejor, son cajeras de casinos on line, confiesan por lo bajo, eso deja un poco más de plata. Es el home-office de los sectores populares, permite cuidar a los chicos. Los trabajos de reparto a través de las aplicaciones, dan la libertad para manejar los tiempos entre el trabajo y la vida cotidiana, siempre atravesada por las tareas de cuidado. En su visión, el Estado, allá lejos. En los varones, en los pocos que

llegan a las consultas, las changas, ese universo tan amplio como difuso, pero que sin lugar a dudas reafirman una masculinidad inmutable. Pero siempre la idea del emprendedor, barbero, jardinero o albañil, eso termina configurando una especie de movilidad social de autor, acompañado por la esperanza de tener un golpe de suerte. Desamparo. ¿No estamos en parte todos esperando esa oportunidad que nunca nos llega, a falta de proyectos colectivos amplios y menos vidriosos?

Vuelvo. Si la pregunta es por sus anhelos, sus sueños, cuesta esa proyección, pero a veces aparece la idea de tener un trabajo piola, que paguen bien, prender la parrilla, festejarle el cumpleaños al hijo. Pero, como decía un conocido, trabajo hay, lo que falta es que paguen mejor.

Como se podrán imaginar, el optimismo de la voluntad es necesario, pero si el pesimismo de la realidad es más contundente, hay más chances de que el malestar se trague en la soledad del mate cocido a la noche. Así ¿Cómo no imaginar una crisis en la salud mental poblacional? Por algún lado tiene que salir. Ansiedad, angustia, depresión, pérdida de sentido de la vida, para los más jóvenes, comportamiento autolítico, siempre ataque de pánico, siempre. Epidemia. Esa es la descripción sintomática de la mayoría de las consultas que se reciben en el primer nivel de atención. Después estará en los equipos de salud, el trabajo de ayudar a largar el entripado y ver qué hacer con eso, acompañar, ampliar el campo de respuestas, siempre acompañar.

Si lo vemos desde la perspectiva de las políticas públicas y los dispositivos, una mirada focal nos dirá que faltan muchas cosas, es cierto. En cambio, una mirada más amplia que incorpore distintos períodos históricos, nos permitirá observar el desarrollo de una red más amplia de atención, una legitimación de los equipos de salud mental en las últimas décadas. En los años '50 era revolucionario pensar la atención en salud mental en servicios ambulatorios, en los años '60 en adelante, la búsqueda fue la de llegar con salud mental a toda la población. Aquellos profesionales, salieron de la jaula de hierro (Weber, 1969), generaron un quiebre ideológico, más que teórico, conformando los grupos Plataforma y Documento, otra vez, la política adelantándose a la técnica. La apertura a la población, no fue acompañada debidamente de un debate profundo y de conjunto sobre los postulados teóricos en salud mental y los dispositivos donde se desarrollan. Aun así, en la actualidad, la salud mental tiene una centralidad en la opinión pública, tal vez empujada por la pandemia, pero seguro esto deba ser leído en clave con la incapacidad del sistema político y económico de brindar bienestar a la población. En suma, y con diferencias sobre los subsectores y administraciones de las que se trate, es cierto que se

amplían los dispositivos de salud mental, pero la generación de problemas y deudas sociales, supera ampliamente a la capacidad de dar soluciones, de yapa, la fuerza laboral del sector salud pública, se reduce con ganas, frente a las ventajas económicas de las prácticas profesionales liberales, muy '90 todo. Instituciones vaciadas y vacías.

¿Adaptación o lucha?

En cada caso, habitualmente se puede observar un conjunto de desventajas sociales que gota tras gota, profundizan el dolor en las personas, arrastrando la repetición sin diferencia y mortificante entre las generaciones. Vivir en Latinoamérica, que es la región más desigual del mundo, y estar algo roto, es la regla, la diferencia la marca de qué lado queda la angustia en el sujeto, con eso laburamos. Ese creo que fue uno de los grandes aciertos de Silvia Bleichmar (2011) cuando sugirió una revisión del psicoanálisis, y desarrolló su teoría de la construcción del sujeto ético, atravesado por la lógica de deconstrucción y construcción del semejante.

En el horizonte cercano, vemos los efectos psicosociales que van dejando en gran medida las corrientes neoliberales, cada vez con menos para recortar, pero generando formas de sufrimiento inéditas. Elena de la Aldea (2004) propone pensar el concepto de subjetividad heroica, dirigiéndose a quienes trabajan comunitariamente en contextos de achicamiento del Estado Social, ella advierte sobre el problema de suponer que ese llamado a actuar frente a las escenas de desamparo, puede llevar a quien opera en esa subjetividad, a sentirse solos y querer responder desde el bien hacer y la moral. La consecuencia, quedar frito. Contra eso, propone un diálogo intersaberes, (disciplinas y sectores), apelando a la complejidad de los problemas sociales de la población. Esa herramienta pensada originalmente desde la salud mental, que implica una pausa para pensar con otros frente a las urgencias, implicando a los sujetos y su comunidad en el entramado de su situación de vida y las posibles respuestas al malestar. Encontrar regularidades del caso a caso en salud mental, puede ser una clave de trabajo para el retorno freudiano de la definición política de salud como lucha colectiva que propuso Ferrara. Sería importante tenerlo presente, ahora que la salud mental tiene centralidad de agenda, poder sacar el malestar de la realidad intrapsíquica y ubicarlo como parte de la producción de subjetividad que la época tiene para un número cada vez mayor de sus habitantes. Cuando este ciclo político termine, quedarán los mismos asuntos de siempre, un poco más complejos aún, pero con una población cuya subjetividad estará cada vez más a la intemperie. Ojalá no reduzcamos nuestra labor en salud a una adaptación poblacional a las condiciones que toquen en suerte.

Referencias bibliográficas:

Bleichmar, S. (2011). La construcción del sujeto ético. Ed Paidós.

Boltanski, L. y Chiapello, E. (1999). El nuevo espíritu del capitalismo. Akal Ediciones.

De la Aldea, E. (2004). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Htal. Durand.

Ferrara, F. (2005). Clase del Dr. Floreal Ferrara dando un teórico de Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 2005.

Recuperado de:

<https://cebas1laplata.blogspot.com/2013/04/clase-del-dr-floreal-ferrara-dando-un.html>

Fisher, M. (2016). Realismo capitalista. ¿No hay alternativa? Ed. Caja Negra.

Galende, E. (2015). Conocimiento y prácticas de Salud Mental. Ed. Lugar.

Marx, K. (1973). Introducción general a la crítica de la economía política/1857. Ed. Carabela.

Sennet, R. (2000). La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Ed. Anagrama.

Stolkiner, A. (2003). El concepto de salud de la OMS. Cátedra II Salud pública/Salud mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Weber, M. (1969). La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Ed. Península.