



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Memoria para optar al título de Psicóloga

**Las intervenciones en Salud Mental del Estado en Chile como antesala
hacia una alienación del sujeto**

*Un análisis acerca de la práctica estatal, su colaboración con un sistema
capitalista y sus consecuencias “subjetivas”*

Autora: Valeria Hettich Sepúlveda

Profesor Patrocinante: Felipe Gálvez Sánchez

Santiago, 2012

*A mi madre, por TODO
a la Lelo, por la compañía y la paciencia
y a Don D., por la playita...*

“Mi padre, Giorgio Minetti, era un calabrés muy emprendedor, que había sabido hacer fortuna en todo tipo de situaciones. En su juventud, durante la Primera Guerra Mundial, les vendía comida y vino a los soldados de todos los bandos que pasaban por Italia. Pero cuando se firmó la paz, su mercado se redujo a la mitad, porque los perdedores siempre son malos compradores. Y además, después de la guerra, Italia se llenó de comunistas. Por el contrario, todo el mundo decía que en América aún se podían hacer negocios con tranquilidad y libertad de empresa. Así que un domingo, durante uno de esos gigantescos almuerzos familiares italianos, papá le dijo a mi abuelo: Me voy.”

Diana Minetti

“[...] Acá hay una creencia casi religiosa en el modelo neoliberal. Entendámoslo, Chile tiene el modelo socioeconómico más neoliberal del mundo. Al lado nuestro, Estados Unidos o Inglaterra son casi socialistas.”

Mario Waissbluth, coordinador de Educación 2020, en entrevista a THE CLINIC

Jueves 6 de septiembre de 2012

“La medicina es demasiado importante para dejarla a merced de los valores de mercado”

George Soros

“La libertad de elección por parte de los experimentadores es utilizada para lograr que los sujetos experimentales decidan llevar a cabo finalmente lo que no querían hacer”

Beauvois

Resumen

Este trabajo pretende revelar la emergencia de cierta forma específica de concebir e intervenir la subjetividad procedente de la ideología capitalista como modo de subjetivación presente silenciosamente detrás de las prácticas en Salud Mental del Estado en el Chile de hoy. Para ello, se han revisado críticamente algunos lineamientos generales de la ideología capitalista presentes en las bases de la oferta programática en Salud Mental del Estado y se identificaron las dinámicas de construcción de sujeto en los planes nacionales. Junto con ello, se analizó el impacto de la ideología capitalista en las propuestas de intervenciones en Salud Mental del Estado que derivan en procesos de subjetivación específicos. Finalmente, se establecen algunos principios generales como una propuesta de comprensión alternativa para las intervenciones clínicas globales en Salud Mental Estatal en el país.

Palabras clave: Capitalismo, Neoliberalismo, Salud Mental del Estado, Subjetividad, Modos de subjetivación

ÍNDICE

I. Introducción	7
II. Marco teórico	13
2.1 Capitalismo	13
2.1.1 Ideología Capitalista	16
2.1.2 El sujeto del Capitalismo	19
2.1.3 Capitalismo o Neoliberalismo y Salud Estatal en Latinoamérica	26
2.2 El correlato subjetivo	36
2.2.1 Las Subjetividades	37
2.2.2 Subjetividad y poder: Los sujetos	40
2.2.3 Capitalismo y Subjetividad: un modo de subjetivación	44
2.3 La Salud Estatal chilena.....	47
2.3.1 Lineamientos generales.....	47
2.3.2 La Salud Mental en los Servicios de Salud del Estado.....	49
2.3.3 Planificación estratégica: Prioridades Programáticas.....	51
2.3.4 Avances en materia de Salud Mental del Estado en Chile.....	53
2.3.5 (De)limitación del tratamiento “mental”: Guías Clínicas	54
2.3.5.1 Guía Clínica: Tratamiento de Personas con Depresión.....	55
2.3.5.2 Guía Clínica: Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.....	58
2.3.5.3 Violencia intrafamiliar: Detección, Diagnóstico y Tratamiento..	64
2.3.5.4 Orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental.....	69
III. Objetivos	76
3.1 Objetivo general.....	76
3.2 Objetivos específicos.....	76
IV. Análisis y Desarrollo	77
4.1 Hacia UNA Guía Clínica Mental Global: Síntesis de los planteamientos ministeriales.....	77
4.1.1 Un planteamiento común.....	77
4.1.2 Lo dicho versus lo no dicho.....	79
4.1.2.1 La meta a conseguir.....	79
4.1.2.2 Efectividad del tratamiento.....	80
4.1.2.3 Procedimientos.....	80

4.1.2.4 Resultados.....	82
4.2 ¿Cuál es el sujeto de la Salud Mental del Estado?.....	82
4.2.1 Roles de los participantes.....	83
4.2.1.1 Interventor social.....	83
4.2.1.2 Usuario.....	84
4.3 El sujeto del capitalismo y el sujeto de la Salud Mental del Estado ¿uno solo?.....	86
4.4 La subjetividad alienada.....	91
V. Hacia una propuesta acerca de las condiciones y posibilidades de una óptica en Salud (Mental) del Estado alternativa.....	93
VI. Reflexiones finales.....	101
VII. Referencias bibliográficas.....	107

I. Introducción

Hoy se podría decir que la mayoría de las economías del mundo se encuentran pertenecientes a -y por ende abogan por- lo que históricamente se ha denominado como capitalismo. Ya sea este entendido como un sistema que rige lo económico, lo social o lo político, una sociedad capitalista es, como afirma Marx (2010a), una sociedad política y jurídica basada en una organización racional del trabajo y en la organización monetario-utilitaria de los recursos de producción. Se diferencia de otras formas sociales por la supuesta movilidad social de los individuos, por la regulación formal de las relaciones socioeconómicas y por la predominancia de la propiedad privada versus la propiedad social de los elementos de producción. Con el capitalismo surgen las ideas “libres”: de libre empresa, de la libre elección del individuo para decidir su actuar, de la libre oferta y demanda. Lo acompaña un gobierno con poca intervención en los asuntos económicos, más bien como defensor y regulador o protector de un sistema normativo. Para la existencia del capitalismo, es ineludible el establecimiento del mercado como escenario predominante y la generalización de la mercancía, elementos que representan la forma en que la vida personal y social existe en este sistema (Ema, 2009). El país que encarna todas estas ideas como el mayor exponente hoy del capitalismo o neoliberalismo como sistema social y económico es Estados Unidos, heredero máximo de los principios liberales modernos, cuyo emblema conocemos todos como el país de la libertad.

Se ha teorizado acerca de las consecuencias que la constitución de un sistema como el capitalista tiene en las naciones que lo instauran y promulgan, en las relaciones entre los sujetos que lo habitan, en la naturaleza y en las subjetividades. Uno de los efectos sería que dentro de la forma de funcionamiento del capitalismo como ideología opera un mecanismo de desigualdad económica y dependencia entre sus actores. El capitalismo no sólo es considerado por los teóricos como una ideología o sistema de reglas que rigen la producción económica de un país, sino que su alcance traspasa lo económico y se inserta también en lo político y lo social de una nación. Así, viene siendo considerado como una forma de organización de los medios de producción – un sistema económico constituido sobre la lógica desigualitaria de la acumulación de beneficio- y también como un modo de subjetivación (Ema, 2009). Existe consenso por tanto en que en la sociedad que el capitalismo ayuda a crear, existe un sujeto

específico con ciertas propiedades que lo hacen distinto al sujeto de otros sistemas sociales.

En el contexto local, Chile es considerado uno de los países más inequitativos y más neoliberales del mundo (OCDE, 2011). Esto ha quedado demostrado públicamente gracias a las demandas y manifestaciones generadas hace ya un par de años en el ámbito de las políticas públicas relacionadas con la educación. Es sabido que la educación en Chile no es pública, ni gratuita, ni de calidad, ni equitativa y no está regulada prácticamente en absoluto por el Estado. A la vez que obedece a la libre empresa generando un escenario en el cual la privatización de la educación, la libre competencia y por ende el lucro mediante este derecho (o ¿bien?) público está a la vuelta de la esquina. Este hecho es un buen ejemplo del “estado de mercado” en lo público en el país: claramente neoliberal. A raíz de lo que se ha observado en materia de política y ciudadanía en los últimos años, se cree que las tensiones que viven los sectores públicos del país hoy reflejan la permanencia de proyectos antagónicos alineados con la polarización ideológica del país, dividiendo a políticos, dirigentes, profesionales y estudiantes. El área de la salud no se queda atrás en esta temática: Se sostendrá más adelante que este “mercado de lo público” excede el ámbito educacional y que abarca también el ámbito de la Salud Estatal en Chile¹. Como bien plantea Echeverri (2008) la pobreza, la inequidad, la exclusión y la cultura que son los determinantes más importantes para la salud y la enfermedad, se han soslayado al imponer modelos mercantiles de servicios de salud.

Acerca de la Salud Estatal en Chile se puede referir que desde hace tres décadas que se impulsaron por el Banco Mundial diversas reformas en los sistemas de salud en distintos países de América Latina y el Caribe, entre ellos Chile, cuya característica central ha sido la de tratar los servicios de salud como mercancías con el norte del desarrollo para la región (Echeverri, 2008). El argumento central fue la ineficiencia del gobierno para suministrar bienes y servicios a la población, por lo que se redujo el tamaño del Estado. Este modelo de privatización impuesto tuvo un claro sello neoliberal al reducir el gasto y las funciones del sector estatal y promover la

¹ Es importante distinguir acá que se utilizará en este escrito el adjetivo “Estatal” o “del Estado” para hacer referencia a las ofertas que el Estado Chileno posee en cierta materia (en este caso la salud) y no “público”, a sabiendas de que podrían existir programas que son ofertados por el Estado pero que no son “públicos” en el sentido de dirigidos hacia todos los ciudadanos y que existen programas “públicos” que no son necesariamente ofertados por el Estado.

competencia, además de favorecer los seguros privados y las organizaciones de mantenimiento de la salud al estilo de los EE.UU (Homedes y Ugalde, 2002). Además de las reformas, la dictadura en el país también influyó el cambio en el paradigma de la salud, cuando fragmentó y privatizó el Sistema Nacional de Salud, a la vez que descentralizó la atención primaria y hospitalaria mediante su transferencia a las municipalidades. Así, desde 1981 Chile fue pionero en establecer un modelo dual de servicios de salud que fija de entrada una discriminación en servicios de salud principalmente para los pobres -a cargo del asegurador público Fondo Nacional de Salud (FONASA)- y para los ricos, a cargo de entidades aseguradoras privadas (ISAPRES).

Desde entonces, el sistema de salud en Chile se caracteriza por ser mixto y la coordinación del Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) que tiene funciones rectorales y normativas; está encargado de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública y tiene a su cargo 28 servicios de salud a lo largo de todo el país. La misión que el MINSAL declara en su página web es *“buscar contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención”*. Dentro de todos los cambios históricos que ha tenido que enfrentar y dado que una de cada tres personas en Chile, niños y adultos, sufre problemas de salud mental en algún momento de su vida (Minsal, 2011b), desde del siglo XXI aparece la Salud Mental como área protagonista dentro de las nuevas inquietudes a nivel de Salud Estatal en el país.

Al respecto, Minoletti y Zaccaria (2005) señalan que hoy en día cientos de millones de personas sufren en el mundo de trastornos mentales y esto es especialmente grave dado que atañen fuertemente al sistema financiero: se calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados (Organización Mundial de la Salud, 2004). Esta “gravedad” obliga hoy a una conducta activa por parte del Estado, que debe reformular sus principios orientadores en salud y llevar a cabo estrategias ministeriales específicas para el tratamiento de estos males contemporáneos. En miras hacia una organización de la Salud Mental Estatal en el país, se construyen ciertas Políticas Públicas en la materia que se plasman en ciertos Planes; que a su vez derivan en Programas específicos que encuentran asilo en ciertas Prácticas específicas en diversos contextos.

Así el MINSAL, en su decisión de adecuarse a las necesidades de esta nueva dimensión sanitaria, decide impulsar el “Programa de Salud Mental Integral en Atención Primaria” cuyo propósito es *“contribuir a mejorar la salud mental de los usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de APS en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación”* (Minsal, 2011a, p.1.). Esto sienta las bases para que en el año 2000 se reformule el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (cuya primera versión fue construida en 1993) que tiene como base declarada el desarrollo del modelo comunitario de atención en salud mental y pretende *“trasladar el eje de la atención desde un establecimiento determinado hacia prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud y organizaciones de usuarios y familiares”* (Minsal, 2000). En este Plan se señalan en forma concreta objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y la Salud Mental de los chilenos. También se entregan orientaciones técnicas para la atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, intervenciones que son fundamentadas en los últimos avances científicos en esta materia, y para cuya determinación se tomó en cuenta, entre otros, criterios económicos (eficacia en función del costo). El análisis acerca de la Salud Mental en la población chilena a lo largo de los años ha llevado al MINSAL a la formulación de políticas de gobierno destinadas a la intervención en ciertas áreas específicas, denominadas “Áreas Prioritarias en Salud Mental” o “Prioridades Programáticas”. Éstas son consideradas como tal según ciertos indicadores epidemiológicos como la prevalencia de la enfermedad, el impacto social, las intervenciones más eficaces en función del costo y la disponibilidad de recursos humanos capacitados en Salud Mental y Psiquiatría².

Para terminar de fundamentar el análisis aquí propuesto, se desarrolla una comprensión de cómo es que somos producidos como sujetos (para ello se analiza brevemente lo que Foucault nos tiene que decir al respecto) y de cómo las vidas de las personas son moldeadas por el capitalismo como modo de subjetivación y por las prácticas (en Salud Mental del Estado) que a él se asocian. Se realiza una propuesta de cómo esas ideas y prácticas -al capitalismo asociadas- indican específicamente modos de vivir e idealizaciones acerca de lo que se debe esperar de un individuo

² Las áreas prioritarias son (a) Alcohol y drogas, (b) Trastornos Mentales Severos: Esquizofrenia, (c) Violencia Intrafamiliar, (d) Alzheimer y otras demencias, (e) Rehabilitación, (f) Calidad en Salud Mental, (g) la Salud Mental Infante Juvenil y (h) Promoción y Prevención.

“sano” o “normal”. Se entenderán entonces los lineamientos generales en Salud Mental del Estado como *“relaciones (...) las cuales a partir de ciertos sistemas de enunciados articulan una administración disciplinante y normativa de la individualidad”* (Morales, 2011 p.90). Lo que tenemos es que todas aquellas instituciones y políticas estatales que demarcan los dispositivos interventivos en Salud Mental Estatal -por ejemplo a través de manuales del tipo “Guías Clínicas Ministeriales”- se encuentran dispuestos en cierta distribución del poder que delimita ciertas posibilidades de pensamientos, sentimientos y comportamientos.

En este contexto actual no se puede rehuir cierta curiosidad por la pregunta de qué somos hoy, por la reflexión histórica sobre nosotros mismos, por la cavilación acerca de la forma en que nuestras vidas se constituyen a través de los conocimientos y las prácticas de nuestra cultura y sobre la forma en que dichos conocimientos y prácticas orientan nuestros modos de vida y pensamiento. Frente a esto y lo anteriormente descrito, surge la inquietud que guiará este escrito de principio a fin: Las prácticas interventivas en Salud Mental del Estado en Chile hoy, ¿tienen como base ciertos lineamientos generales que adscriben a la ideología capitalista en tanto operan como procesos de subjetivación, lo que se observaría a la luz de la emergencia de ciertas formas específicas de concebir, trabajar y encauzar (guiar, dirigir, conducir, gobernar) a los sujetos que ahí se hallan (tanto interventores como usuarios)?

La reflexión teórica acerca de la inquietud que permite este trabajo se deriva de una orientación marcadamente crítica frente la revisión de algunos lineamientos generales de la ideología capitalista presentes en las bases de la oferta programática en Salud Mental del Estado; de la identificación de algunas de las dinámicas de construcción de sujeto presentes en los planes nacionales; y de la evaluación del impacto de la ideología capitalista en las propuestas de intervenciones en Salud Mental del Estado que derivan en procesos de subjetivación específicos.

La reflexión surge como una propuesta de mirada original a la interrelación entre las aplicaciones del discurso neoliberal y las prestaciones de servicios de Salud Mental del Estado en Chile. Pretende explorar un fragmento específico de las declaraciones acerca de la “verdad” -como diría Foucault- presente explícita o implícitamente en el tratamiento de la Salud Mental del Estado hoy y de las prácticas que se asocian a tales declaraciones. Esta indagación novedosa en cierta forma se cree contribuirá a la

identificación de algunos de los efectos de estas declaraciones y prácticas en la constitución de ciertos modos de subjetivación específicos, mediante los cuales personas están siendo incitadas hoy a reproducir subjetividades especificadas por dicha “verdad” capitalista. Ya lo decía Foucault (1984) que en nombre de la liberación psicológica se incita a las personas a reproducir las formas dominantes de individualidad ... en la cultura contemporánea se erigen ideas como “salud y felicidad para todos” como emblemas para ciertos modos de vida y pensamientos que son muy venerados.

Se advierte que este análisis cuestiona firme y críticamente algunos de los principios ideológicos en los que están sustentadas las intervenciones en Salud Mental del Estado en el Chile de hoy; cuestiona a los interventores sociales que se rigen ciegamente por este mandato; a los procesos seguidos tanto para su diseño como para su puesta en marcha y a los resultados que se esperan.

II. Marco teórico

2.1 Capitalismo

Una de las diversas maneras de entender “capitalismo” es como una forma de producción y como un principio de organización social (Dinerstein, 2001). Etimológicamente la palabra capitalismo proviene de la idea de capital, sin embargo se relaciona más con el concepto de intercambio dentro de una economía de mercado, elemento que emerge como su condición necesaria (Braudel, 1987; Marx, 1973, 2010a, 2010b). Se entiende comúnmente como un sistema político, social y también económico que se basa en que las propiedades (incluyendo aquí activos capitales como terrenos, fábricas, dinero, acciones, etc.) son controladas por una pequeña parte de la sociedad (Polanyi, 1991). Como sistema económico el capitalismo encarna un modo de producción que supone el establecimiento de relaciones de producción basadas en la existencia de proletarios- clase social que no posee medios de producción-, quienes realizan un contrato de trabajo con los capitalistas –estrato que sí los posee-. Mediante este contrato, proletarios o trabajadores venden la única propiedad que poseen: su fuerza de trabajo, a cambio de un salario que significa la única manera de acceder a los medios necesarios para su subsistencia (Hobsbawn, 2011; Ema, 2009). En este sistema, el capitalista es el encargado de organizar la producción y el capital ha adquirido el predominio sobre la tierra, fuerza productiva dominante en modos de producción alternativos y anteriores como, por ejemplo, el feudalismo.

Se denomina entonces sociedad capitalista a toda aquella sociedad política y jurídica basada en una organización racional del trabajo y en la organización monetario-utilitaria de los recursos de producción (Marx, 2010a). Se diferencia de otras formas sociales, entre otras cosas, por la movilidad social de los individuos y por la regulación formal de las relaciones socioeconómicas mediante el contrato. Específicamente del socialismo se diferencia por la predominancia de la propiedad privada versus la propiedad social de los elementos de producción (Marx, 2010a). Del feudalismo, sistema social y económico que en occidente lo antecede, se diferencia fundamentalmente por la compra del trabajo a cambio de un salario, dejando así atrás el concepto de costumbre, tarea u obligación.

El nombre de sociedad capitalista proviene del hecho de que el *capital*, entendido como relación de producción, se convierte dentro de ésta en un elemento económicamente predominante. Se señaló previamente que es necesario para la existencia del capitalismo el establecimiento del mercado como escenario predominante y la generalización de la mercancía, elementos que aparecen no sólo como un hecho económico importante sino que representan la forma en que la vida personal y social existe en el capitalismo. En este contexto, el *capital* no puede ser considerado ya sólo como una cosa, un bien, o un objeto, sino como una forma de relación social que no puede, por tanto, ser simplemente entendida en términos de teoría económica (Marazzi, 1996 en Dinerstein, 2001).

Las bases que sientan de alguna forma el origen histórico del capitalismo como sistema se remontan a la Inglaterra de los siglos XVII y XVIII durante el primer período del liberalismo como pensamiento y práctica social, denominado liberalismo clásico, que tuvo su apogeo en ese país a la luz de los procesos revolucionarios de las crecientes clases burguesas que se oponían al control de la economía por parte del gobierno. El segundo período del liberalismo, conocido como liberalismo moderno, florece sobretodo en Estados Unidos que heredó de Inglaterra los principios liberales de la revolución puritana. De esta forma, sostiene Rico (1997 p. 28), se sentaron las bases legales para el desarrollo del capitalismo como sistema económico, la propiedad privada, la libre empresa y la economía de libre mercado, y en este sentido afirma que *“los liberales y los capitalistas clásicos y modernos fueron supremamente exitosos en limitar las acciones del Estado en el manejo de la economía”*.

Hay quienes remontan al capitalismo hacia comienzos del siglo XV cuando el feudalismo, un sistema donde la tierra era explotada por siervos sin que ellos fuesen los dueños y con pocos incentivos para aumentar su productividad, da paso a un sistema de arriendo, donde la renta dependía de las condiciones del mercado generadas por la competencia entre arrendatarios actuales y potenciales para obtener dichas tierras. Tal proceso de cambio genera que las ganancias sean la base sobre la cual se calcule el pago de la renta al dueño de la tierra: tanto arrendatarios como arrendadores tenían un interés en aplicar nuevas técnicas que aumentaran la productividad. En otras palabras, surge cuando los derechos de propiedad se establecen de forma definitiva de tal forma que los propietarios puedan disponer de sus recursos de la mejor forma (Ema, 2009).

En este nuevo escenario económico y social, mana el trabajo remunerado por un salario como relación esencial y se produce una reducción en el empleo rural, por lo que muchos trabajadores se ven obligados a migrar a las ciudades donde existe trabajo en fábricas incipientes, con salarios bajos y de largas jornadas. Es en este contexto social incipiente que Marx (1995, en Dinerstein, 2001) incluye dentro de “trabajo” toda “actividad” que “produce” los componentes materiales y culturales que constituyen sociedad. Así entendemos que el capital, por tanto, es una fábrica social, un proyecto al que todos los humanos pertenecen. En el capitalismo, capital y trabajo son los elementos de producción y de creación de riqueza sin embargo, en este sistema económico, predomina el primero por sobre el segundo en este sentido.

Hay quienes sostienen que los objetivos del liberalismo moderno y del capitalismo entraron en franca decadencia durante las dos guerras mundiales debido al surgimiento de sistemas totalitarios y los avances del socialismo democrático, que establecieron bloques preocupados por el desarrollo de sus economías, el nacionalismo y la búsqueda del bienestar sin garantizar un resultado de igualdad o bienestar para todos (Rico, 1997).

En resumen, tradicionalmente se entiende el capitalismo como el orden social que resulta de la libertad económica en la disposición y usufructo de la propiedad privada con el capital como herramienta de producción. Sin embargo, no existe claridad absoluta ni una definición única sobre lo que significa realmente el capitalismo y cuál es su alcance en lo social.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL CAPITALISMO

- 1) La propiedad privada desempeña un papel fundamental
- 2) Los recursos deben estar en manos de las empresas y personas particulares a quienes se les facilita el uso, empleo y control de éstos
- (3) La importancia a la libertad de empresa, que permite conseguir recursos económicos, transformarlos y ofrecerlos en el mercado que ellas dispongan, a la vez que son libres de elegir el negocio que quieran desarrollar y el momento para entrar y salir de éste
- (4) La libertad de elección, que permite a la empresa manejar sus recursos como estime necesario, a los trabajadores realizar un trabajo cualquiera dentro de sus capacidades y a los consumidores elegir libremente
- (5) El interés propio como motivación dominante
- (6) La competencia, empresas ofrecen y venden un producto en un mercado determinado y rivalizan entre ellas tratando de acaparar la mayor cantidad de consumidores para sí
- (7) La importancia del sistema de precios o de mercado
- 8) Un reducido papel del gobierno a veces menguado a su mínima expresión

Fuente: Braudel (1987); Ema (2009); Marx (2010a, 2010b); Polanyi (1991); Rodríguez (2003); Sennett (2000)

2.1.1 Ideología Capitalista

La esencia del capitalismo como ideología se encuentra de la mano del liberalismo como ideología, una intención de lograr una mayor libertad para los individuos y una realización de su potencial humano, así se erige como *“una valoración de la libre expresión de la personalidad individual, una creencia en la capacidad del hombre para hacer que esa expresión sea valiosa para él y para la sociedad”* (Rico, 1997 p. 27). En este sentido, figura importante fue el filósofo y político conocido como el padre del liberalismo económico Adam Smith (1958), uno de los grandes ideólogos del pensamiento liberal al promocionar el pensamiento de una economía de libre mercado sin la interferencia del Estado. Esta idea la promulgó principalmente en su obra *La riqueza de las naciones* apoyando ideas de libre empresa, de la libre elección del individuo para decidir su actuar económico en el mercado, de la libre oferta y demanda, y de un gobierno con poca intervención en los asuntos económicos más bien como defensor, regulador y protector de un sistema normativo para garantizar la propiedad privada y la seguridad nacional.

Weber (2003) considera que la ideología religiosa también es parte importante en cuanto al origen del capitalismo al establecerla en su obra *La ética protestante y el espíritu capitalista* como una de las bases principales sobre las que se construyó el capitalismo en Inglaterra y en Estados Unidos. Indaga cómo la ética protestante se relacionaba directamente con el éxito en las actividades económicas y cómo los principios religiosos y la ética se mezclaron con las prácticas económicas para reforzar el “espíritu del capitalismo” explicando la paradójica asociación entre la religiosidad y la acumulación de riquezas, en función de la doctrina de la Predestinación sostenida por los teólogos que apoyaban a las sectas protestantes puritanas (Rico, 1997). Así, por ejemplo Jefferson (s/f en Rico, 1997) apeló a las leyes divinas para sustentar una de las ideas más importantes que aparece respaldando el sistema democrático en la Constitución de los Estados Unidos que es que “Dios creó a todos los hombres en condiciones de igualdad y les dio los derechos a la vida, la libertad y la búsqueda de felicidad” (p.28), que en el liberalismo clásico era la propiedad y la búsqueda de la riqueza.

Teniendo a la base los principios básicos del capitalismo anteriormente señalados, se tiene que en un sistema de estas características los individuos y empresas llevan a cabo la producción e intercambio de bienes en forma libre dentro de la división del trabajo con miras a la obtención de beneficio monetario para la obtención de recursos. A su vez, la producción, distribución y los precios de los bienes son determinados por el libre mercado: la oferta y la demanda entre productores y consumidores (Ema, 2009). El capitalismo se basa en una economía en la cual el mercado predomina, o como bien definen este aspecto Alemán y Larriera (1998), el capitalismo funciona como telón de fondo de una condición universal y abstracta que convierte todo en equivalente-intercambiable... todo se hace disponible como mercancía.

En este escenario protagonista propio del capitalismo denominado *mercado*, se llevan a cabo transacciones entre las personas y organizaciones que ofrecen productos y quienes los demandan. A su vez, el mercado por medio de estas leyes de oferta y demanda, regula los precios según los cuales se intercambian los bienes y servicios, permite la asignación de recursos y garantiza la distribución de la renta entre los individuos. Cada uno de los actores del mercado actúa según su propio interés: el capitalista, quien posee los medios de producción, los recursos y el capital, busca la maximización del beneficio propio por medio de la acumulación y reproducción de los

recursos del capital; los trabajadores que trabajan por el salario que reciben; y por último, los consumidores, quienes buscan obtener la mayor utilidad adquiriendo lo que quieren al menor precio posible (Marx, 2010b).

Con estos antecedentes mínimos a la base se ha teorizado acerca de las consecuencias y efectos -algunos más directos y evidentes, otros más solapados- que la constitución de un sistema económico y social como el capitalista tendría en las naciones que lo instauran y promulgan, en las relaciones entre los sujetos que lo habitan, en la naturaleza y en las subjetividades. Como uno de los efectos de la puesta en práctica este sistema, se podría establecer que dentro de la forma de funcionamiento del capitalismo como ideología y política económica opera un mecanismo de desigualdad económica y dependencia entre sus actores. Dicha dominación se podría observar tanto a nivel macro, por ejemplo al analizar el comportamiento de naciones tercermundistas que devienen dependientes de países del primer mundo cuya economía y distribución social se encuentran regidas por este sistema; como a nivel más micro, observando al obrero que vende su trabajo al capitalista, acción que lo vuelve dependiente, un subordinado (Marx y Engels, 2007).

Otro de sus efectos directos sería la transformación de factores de producción -como la tierra, la naturaleza o los seres humanos a través del trabajo- en mercancía que puede ser vendida o comprada en beneficio del capital, siendo entendido este como la cantidad de recursos, bienes y valores para satisfacer una necesidad o llevar a cabo una actividad definida y generar un beneficio económico o ganancia particular (Braudel, 1987; Marx, 2010a, 2010b; Polanyi, 1991). El proceso que se encuentra a la base del capital (fuerza de trabajo, créditos, inmuebles, maquinaria, etc) consiste en que éste sostiene la producción de bienes de consumo que a su vez, implican un beneficio económico para el capitalista. Entendiendo al capital así, la importancia en su uso y desarrollo en comparación con otros sistemas económicos anteriores es que implica, entre otras cosas, un ahorro de esfuerzo en la producción, aumenta la productividad, facilita la explotación de recursos naturales, aminora los gastos de producción, exige la especialización del trabajador e incentiva la persistente investigación tecnológica (Ema, 2009; Marx, 2010a, 2010b; Marx y Engels, 2007; Sennet, 2000). Por otra parte, otro efecto que se ha teorizado acerca del capitalismo sería que, al predicar como norte absoluto el crecimiento y la acumulación constante del capital, eventualmente podría llevar a un agotamiento de los recursos naturales. Hay quienes sostienen que sería para este fin que abogarían por reducir al mínimo la

intervención estatal en materia económica y social y por la defensa del libre mercado (Ema, 2009). En cuanto a la influencia del capitalismo en términos subjetivos, Ema (2009) postula que, como ideales a alcanzar, el capitalismo establece una exigencia del placer y la felicidad individual por sobretodo. Esta felicidad sería alcanzada por el individuo mediante la completitud (que el autor plantea como una imposibilidad constitutiva) conseguida sólo a través de la obtención de objetos en el mercado. Esto supondría el acontecer de un sujeto hiperfragmentado en sus múltiples conexiones con los objetos que, a su vez, alimentarían su insatisfacción.

Marx (1973, 2007, 2010a, 2010b), en su espíritu crítico, propone al marxismo como una teoría contra la sociedad capitalista y, por ello, revolucionaria. El interés del marxismo es develar las contradicciones cambiantes que subyacen a la existencia del valor y explicar la constitución real e ilusoria de las distintas formas políticas, económicas, sociales, culturales, ideológicas y de ser, de dichas relaciones. Dinerstein (2001) sostiene que si bien *capital* implica una noción holística de las relaciones sociales, su existencia contradictoria y fragmentada obliga a suponer que no existe una explicación totalizante acerca de las formas en que la relación del capital se expresa. La única universalidad que subyace a la dinámica social es la existencia del valor como forma perversa de existencia del poder.

2.1.2 El sujeto del Capitalismo

El capitalismo no surge sólo como una forma de organización de los medios de producción – un sistema económico constituido sobre la lógica desigualitaria de la acumulación de beneficio- sino también como un modo de subjetivación (Ema, 2009). Hay autores (Ema, 2009; Marx, 2007; Sennett, 2000, entre otros) que sustentan que en la sociedad que el capitalismo ayuda a crear, un mundo más homogéneo en su empuje mercantilizador donde todo es equivalente como mercancía y menos igualitario, existe un sujeto específico con ciertas propiedades que lo hacen distinto al sujeto de otros sistemas sociales. Se afirma que el capitalismo es hoy triunfante porque está muy bien engrasado en nuestra estructura subjetiva. El capitalismo eso si no es el único modo de subjetivación ni actúa en todos los sujetos de modo similar, no es necesario ni obligatorio, sino que convive en cada sujeto de manera singular con otros procesos subjetivantes.

Se establece que el capitalismo necesita de la complicidad subjetiva de los sujetos sociales a los que oprime porque sin ella no podría sostenerse (Sennett, 2000). Por ejemplo, Ema (2009 p. 226) propone al capitalismo como un *“proceso ambivalente de constitución de un sujeto como punto de apoyo de las palancas del poder que sostienen hoy de manera casi global su hegemonía”*. Lo de ambivalente lo relaciona al hecho de que el sujeto del capitalismo no se puede reducir a una mera consecuencia de esta ideología, pero tampoco es un sujeto que se enfrente a su poder opresor, sino que entiende que la subjetividad puede a la vez oponerse a algunas formas de coerción como también ser vehículo de dominación y sujeción. De esta manera, el sujeto puede ser un perfecto aliado del poder.

Dada la alta importancia del mercado en el capitalismo y de la mercancía intercambiable, Marx (1973) analiza el capitalismo mediante la figura de la “forma mercancía” describiéndola como el proceso en que las mercancías en el capitalismo toman su valor en su intercambio en el mercado –o valor de cambio- y no a partir de su capacidad para satisfacer necesidades –o valor de uso-. El sujeto que habita el capitalismo vive entonces en este mundo que se convierte en una gran red de objetos-mercancías (que en parte ha ayudado a crear) donde todo está disponible aquí y ahora.

Por otra parte, para Kazi y Pellegrini (2003) dentro de los efectos subjetivos del capitalismo se encuentra una reducción del sujeto histórico social a la alienación individual. Esto, dado que el sujeto trabajador no se reconoce en el proceso de producción, toma sus productos inmediatos como separados de él mismo y no cuestiona el engranaje. Para estos autores, esto constituye la “alienación primaria” donde se encuentra la alienación a las relaciones de dominación, proceso mediante el cual el sujeto considera normal aquel orden de relación establecido con el capitalista, paso necesario por el cual se llega a identificar la ideología del oprimido con la del opresor. En relación a esto, Marx (1973) postula que los procesos y productos del trabajo en el capitalismo devienen ajenos al trabajador y suponen una alienación para el mismo. Kazi y Pellegrini (2003) exponen ciertos tipos de alienaciones secundarias, entre ellas, la insatisfacción del deseo de adquirir determinada mercancía dada la imposibilidad de ver que el objeto deseado no es el mismo para él que para el explotador, al considerarlo como una entidad aislada del todo, lo que genera alta cantidad de angustia. Para los autores, las diversas alienaciones procedentes del

capitalismo consolidan su hegemonía en lo social y obstaculizan el ejercicio de la conciencia del sujeto oprimido. En síntesis, para ellos el proceso de producción capitalista origina la fetichización de la mercancía -dinámica bajo la cual se cosifica al trabajador- y la reificación del capital, siendo una consecuencia de su imperio la reducción del sujeto histórico social a la alienación individual.

Uno de los aspectos fundamentales para Marx (1973, 2007, 2010a, 2010b) acerca de la relación dependiente del trabajador y el capitalista se refleja en el concepto de *plusvalía*, elemento que explica como el mecanismo mediante el cual siempre el salario del trabajador será menor al valor de cambio de los bienes producidos por él; es decir, corresponde a la diferencia entre el valor de cambio de las mercancías producidas y el salario pagado, diferencia que siempre supondrá una ganancia o beneficio del capitalista. *“Nuestro capitalista persigue dos objetivos: en primer lugar, producir un valor de uso que tenga un valor de cambio, producir un artículo destinado a la venta, una mercancía. En segundo lugar, producir una mercancía cuyo valor cubra y rebase la suma de valores de las mercancías invertidas en su producción, es decir, de los medios de producción y de la fuerza de trabajo (...) no basta con producir un valor de uso, no (...) sino que aspira a una plusvalía, a un valor mayor* (Marx, 2010b, p.40). En relación a esto, Kazi y Pellegrini (2003) sostienen que al existir por parte del capitalista un monopolio de los medios de producción, trabajador y capitalista se erigen como dos clases sociales antagónicas y en permanente conflicto dada esta plusvalía y la ganancia que supone para el capitalista, ganancia que no existiría si el salario no fuera menor sino igual al valor de la mercancía que el trabajador produce. Dicho mecanismo constituiría la relación de explotación por parte del capitalista y la base para el surgimiento de la lucha de clases.

Otra forma de caracterizar la relación entre el sistema capitalista y el sujeto común que lo habita es lo que en Marx (1973, 2010a, 2010b) se encuentra como central para el modo de producción capitalista: la competencia, que implica incrementar tecnología y maquinaria para incrementar la productividad del trabajo, lo que conlleva a la formación del “ejército industrial de reserva” (masa de cesantes, pobres, indigentes) y a la imposibilidad de alza de salario debido al excedente de fuerza de trabajo.

En una sociedad capitalista, la proliferación del mercado y la disponibilidad de múltiples y diversas mercancías para el sujeto va de la mano, como fue mencionado

anteriormente, con una tendencia fragmentadora y un empuje a la desaparición de toda referencia estructurante “fija” por encima del sujeto. Ema (2009) propone que a esta disminución de formas de control más tradicionales, habría que añadir hoy –bajo esta nueva forma de sociedad- otras formas de dominación: aquellas que disponen de la subjetividad como “servidumbre voluntaria” una nueva forma de subordinación que cuenta precisamente con la propia libertad de elección del sujeto, con esa subjetividad que se ha librado del poder tradicional. Se propone bajo esta idea que, paradójicamente, el capitalismo -como dispositivo o modo de subjetivación- se erige como una condición estructurante sólo a través el debilitamiento de las estructuras sociales y mediante el empuje hacia la fragmentación, la incertidumbre y el cambio continuo, formas que se fomentan como ideales a alcanzar. Ema (2009) propone que el correlato subjetivo del capitalismo como modo de subjetivación es un sujeto dispuesto a elegir el modo de encadenarse a las promesas de completitud que el mundo del mercado le ofrece. Es un sujeto al cual se le muestran infinitudes de posibilidades de mercancías que ofrecen casi una certeza de que no existen para él experiencias de límite ni freno al deseo alimentado en el mercado como necesidad. Para este sujeto -que de ahora en adelante denominaremos “sujeto capital”- cualquier experiencia de finitud es considerada amenaza y debe ser aplacada.

Otra forma de plantear este “sujeto capital”, es comprender a este sujeto como poseedor de una cierta economía subjetiva que lo convierte en aliado de aquello que lo somete: como se ha planteado anteriormente, el capitalismo no puede ser entendido únicamente como una máquina exterior que se impone sobre los sujetos sino que estos mismos son cómplices de su propia dominación. Žižek (2002) plantea que, a través del mercado, el capitalismo ofrece una perspectiva de lo social en la que al parecer nada falta. En el mercado, producción y deseo están asociados como mecanismo que involucra hasta lo más íntimo de la subjetividad. El autor explica esto proponiendo que, como sujetos, todos deseamos cosas y en el capitalismo estamos obligados a alcanzar libremente nuestra propia singularidad subjetiva sólo si consumimos los objetos que el mercado nos ofrece para satisfacer ese deseo. Sin embargo, y he aquí la clave del funcionar del modo capitalista, nunca el objeto es suficiente para satisfacernos: el consumo así nos hace más infelices y nos obliga a seguir buscando incesantemente lo que nos falta. Mediante este modo de funcionamiento, el “sujeto capital” interioriza como mecanismo de control una autoexigencia de plenitud que no cesa (Žižek, 2002). Esto queda claramente

ejemplificado si nos detenemos a pensar en uno de los ideales más convincentes e importantes a alcanzar en nuestra sociedad actual: la obligación de disfrutar y ser felices.

Lacan (1977, 2008) es otro de los autores que hace referencia al “sujeto capital” proponiendo que existe algo en la propia estructura afectivo-deseante del sujeto que le permite convertirse en cómplice del capitalismo. El autor retrata un modo de funcionamiento de la economía subjetiva de los individuos a partir de la noción de plusvalía de Marx. Plantea al individuo como ser viviente que, al verse inmerso en el mundo social, al lenguaje o al mundo del significante, se constituye como sujeto y recalca que esta transformación se produce sólo a costa de la pérdida de toda dimensión esencial natural en su vida. Lacan (2008) denomina esta pérdida primordial como la pérdida del “goce natural de la vida”, del “ser”, o de la “identidad del sujeto”. A raíz de esto, la vida de todos los individuos está regida por la inclinación a la recuperación de esta pérdida y por el manejo de las implicancias afectivas de esta condición, lo que no significa la recuperación de una satisfacción plena que nunca se tuvo y que no podrá ser alcanzada bajo ninguna condición, sino al empuje a alcanzar esta satisfacción que Lacan denomina “goce”³ (Castrillo, 2008).

La paradoja ganancia-pérdida que divide al sujeto, este imperativo subjetivo que lo empuja a continuar con la búsqueda de esta satisfacción imposible planteada por Lacan (1977, 2008) y Žižek (2002), satisface su no satisfacción. Esto es lo mismo que incita el propio capitalismo a través de su mandato social de gozar de modo absoluto y sin límite, a *“vivir en el ciclo continuo del consumo que se levanta sobre un desequilibrio constitutivo, la propia imposibilidad de una satisfacción definitiva”* (Ema, 2009 p. 230). Tenemos entonces al capitalismo como modo de subjetivación que

³ Para el autor, esta inclinación a la recuperación puede aparecer incluso contra todo equilibrio subjetivo, por ejemplo en cualquier tipo de adicción. Esta satisfacción ambivalente para Lacan reviste nuestras relaciones con los objetos del mundo y se produce simultáneamente a partir de una pérdida (que proviene de la certeza de que es imposible recuperar la satisfacción primordial perdida, un goce completo) y de una ganancia, un plus (proveniente de que aunque no hay plenitud, sí se comprende un acceso parcial a la satisfacción, concedido mediante la aproximación a ese punto de satisfacción posible). Este acercamiento a ese lugar posible procura un plus de satisfacción que reviste esa práctica, objeto o relación, y a este “algo más” que el propio objeto en concreto Lacan (2008) lo denomina “plus de gozar”. Este paralelo que hace Lacan acerca de que el “plus de gozar” funciona de manera homóloga a la plusvalía marxiana como causa-motor de deseo y tiene importancia porque logra demostrar de una forma cómo el desarrollo del capitalismo tiene un correlato subjetivo que lo sostiene, identifica de cierta forma el funcionamiento subjetivo del capitalismo y su insaciable sed de producción (Ema, 2009; Castrillo, 2008).

estimula sujetos deseantes, asfixiados por la obligación de disfrutar, de gozar, de ser felices en todo momento. Esto, ya que el capitalismo se vale de la influencia subjetiva del “plus de gozar” para empujar a los sujetos hacia la superación de esa imposibilidad constitutiva de recuperar la satisfacción plena perdida. Pero como esto es imposible debido a que ningún objeto funciona jamás como ese objeto de satisfacción inmediata prometido, el fracaso subjetivo avivado por el “plus de gozar” incita con más fuerza a seguir buscando en el mercado mercancías, respuestas inmediatas a lo que todavía nos falta. Como plantea Ema (2009, p. 231) *“el voraz super-yo capitalista vuelve entonces a la carga con una exigencia de satisfacción que cada vez se hace mayor”*. También en relación a esto, Marx (1973) se refiere al capitalista como un sujeto con un apetito insaciable de ganar que se obliga a si mismo a poner en circulación constantemente el beneficio obtenido. Este apetito voraz, el *“afán de enriquecimiento absoluto, esta carrera desenfrenada en pos del valor”* (Marx, 1973, p.109) funciona como causa del proceso constante de obtención de beneficio, de plusvalía. Según esta perspectiva, el “plus de gozar” de Lacan y la plusvalía de Marx funcionan –a través de la puesta en circulación de una pérdida y una ganancia- como motor impulsor, como causa del deseo, del proceso de producción de mercancías y de nuestra forma de gozar, y es porque la circulación de la plusvalía supone una forma subjetiva de gozar, que el modo capitalista de producción económica encuentra un cómplice en la estructura subjetiva del “sujeto capital”.

Toda esta dinámica descrita de la correlación subjetiva del capitalismo como modo de subjetivación nos brinda la idea de que el “sujeto capital” podría ser concebido finalmente como un sujeto que no posee su propio mecanismo de poder, que no es autónomo ni con libertad de elección (Dinerstein, 2001), características liberales que paradójicamente el sistema capitalista promulga como esenciales. Otra forma de describir al “sujeto capital” es analizando su vinculación social con sus pares. Ema (2009) y Sennett (2000) señalan que el capitalismo propone un tipo de experiencia marcada por el individualismo y la fragmentación que homogeneiza las diferencias y que promueve la ocultación de cualquier límite, corte o división subjetiva bajo la promesa del completamiento mediante los objetos. Señalan que *“este sujeto sometido al mandato del objeto bajo la ilusión de su autonomía y de libertad, se deriva en un sujeto hiperfragmentado en sus múltiples conexiones parciales con los objetos que insisten en alimentar su insatisfacción”* (Ema, 2009, p. 234). El capitalismo, frente al “sujeto capital” y sus pares, se impone como un empuje desestabilizador,

desencadenante de fragmentación subjetiva, de debilitamiento de los vínculos sociales y de todo un conjunto de experiencias de inseguridad e incertidumbre vital: su normalidad reguladora es paradójicamente fragmentación e incertidumbre desestructurante. Frente a todo esto, la contradicción aparece en cuanto que el capitalismo apostaba en un ideal de subjetividad liberal autónoma, capaz de decidir libremente el curso de sus acciones a partir de su razón (elegir de acuerdo a sus intereses), ideal heredero de concepciones del individuo desde el liberalismo y la Modernidad, y que realizaba un individuo con autonomía, autodeterminación y autoconciencia, pero aparece en él un sujeto que encarna todo lo contrario, un sujeto fragmentado y dependiente. El análisis de esta contradicción aparente (fragmentación subjetiva v/s sujeto completo, autónomo y autodeterminado en su libertad) permitirá mostrar el relevante papel de esta concepción liberal de sujeto en el engranaje de los mecanismos contemporáneos del poder.

Ema (2009) sostiene que la concepción liberal del sujeto en el capitalismo se enfrenta al mismo empuje disgregador del modo de subjetivación capitalista. La concepción liberal del sujeto en este contexto es una utopía, un fetiche, un mecanismo de control que sostiene la máquina del capitalismo. El autor propone que los mismos ideales a alcanzar que el capitalismo propone suponen mecanismos de control; primero, el ideal de sujeto autónomo y la libertad que invisibilizan las condiciones socio-históricopolíticas de los fenómenos, de la acción humana, a la vez que invisibiliza el mandato regulador del propio capitalismo y pone como única causa las propias decisiones. Ésta es la práctica de poder más efectiva del capitalismo: la invisibilidad. Asimismo, el ideal de sujeto libre del capitalismo le permite defenderse de la división, fragmentación, incertidumbre del propio capitalismo ya que incita y propaga la posibilidad de alcanzar la completitud mediante las “propias decisiones” correctamente tomadas, posibilidad únicamente alcanzable en el mercado, nunca cuestionado.

En síntesis, la supuesta elegibilidad que posee el sujeto en el capitalismo, esa supuesta autonomía, es un mero telón detrás del cual se esconde la imposibilidad de poder elegir libremente porque las opciones ya están dadas de antemano por las leyes de mercado. El capitalismo como sistema social y económico tiene repercusiones en las subjetividades de quienes lo encarnan y se erige como un modo de subjetivación que sienta las bases de cómo los sujetos se comportan y qué es lo que buscan y anhelan, los parámetros por los que se rigen. El capitalismo crea un tipo especial de

vínculo entre los sujetos y los objetos (mercancías, capital), moldea una cierta forma de los afectos mediante la cual incita a buscar compulsivamente la felicidad y la completitud, incita a un comportamiento que tiene como base la inmediatez de los resultados y promueve un sujeto liberal que equivale a un sujeto individualista: está aislado de su condición o contexto social y de las condiciones que los producen (Ema, 2009; Sennet, 2000). Tal como sugieren Kazi y Pellegrini (2003) es necesario para la efectividad del poder –invisible- del capitalismo la reducción del sujeto histórico social a la alienación individualista, base para las relaciones de explotación y dominación inherentes a él.

2.1.3 Capitalismo o Neoliberalismo y Salud Estatal en Latinoamérica

Desde hace al menos tres décadas ya que se han puesto en observación los alcances de la Salud Estatal en América Latina y el Caribe ya que los sistemas de salud en la región eran considerados notoriamente poco equitativos e ineficientes y debido a que los niveles de salud estaban por debajo de lo que podía esperarse debido a su bajo desarrollo económico. Con esto a la base se impulsaron diversas reformas en los sistemas de salud en distintos países de América Latina y el Caribe, entre ellos Chile, cuya característica central ha sido la de tratar los servicios de salud como mercancía con diversos esquemas de financiamiento y entrega formando parte del enfoque del desarrollo de la región (Echeverri, 2008). Según el autor, es precisamente a finales de las décadas de los setenta y los ochenta del siglo XX cuando ocurren tres hechos en el mundo que cambiaron el paradigma de los servicios de salud en muchos países de la región latinoamericana: la privatización de las empresas del Estado, la mercantilización de los servicios de salud y el fracaso del modelo soviético.

Echeverri (2008) señala que frente al cambio del rol del Estado en el manejo de las empresas públicas que suministraban bienes y servicios públicos, el argumento central fue la ineficiencia del gobierno para suministrar bienes y servicios a la población por lo que la solución fue reducir el tamaño del Estado y transferir al sector privado la producción y el suministro de algunos bienes y servicios, entre ellos la salud. Así, simultáneamente con los cambios en el rol del Estado, los economistas cambiaron el carácter de “bienes meritorios” o “cuasi-públicos” de los servicios de salud y los convirtieron en una mercancía como los zapatos o las papas. Este cambio habría ocurrido fundamentalmente por la crisis del sistema de salud en algunos países

capitalistas debido a los altos costos, la creciente inflación, la exigencia de grandes capitales para diseminar nuevas tecnologías en el cuidado individual de la salud y la ineficiencia de los servicios públicos de salud (Echeverri, 2008). Transformar al hospital en empresa tiene consecuencias en la práctica médica y en la organización de los cuidados médicos, ya que como establece Grimaldi (2008) habrá que privilegiar las actividades médicas y las enfermedades rentables, mejorar la productividad y organizar el trabajo a “flujo tenso” como “en cadena”, “flexibilizar” el empleo privilegiando los contratos temporales, entre otros⁴.

Mediante estas reformas los ministerios de salud comenzaron a extender los servicios de salud a poblaciones marginadas y rurales, siguiendo principios de solidaridad y universalidad en el acceso a servicios de salud; de eficacia en función del costo (mediante la promoción de los servicios de atención primaria y de prevención); y de participación comunitaria (lo que más tarde se ha llamado democratización de los servicios de salud) (Homedes y Ugalde, 2005a). Sin embargo, la crisis económica que afectó a la región alrededor de los años 80 junto con la orientación biomédica de la atención sanitaria truncaron la iniciativa y derivaron en una reducción de los presupuestos en salud, un deterioro de los servicios y un aumento de la insatisfacción de los usuarios (Homedes y Ugalde, 2005a). Frente a esto el Banco Mundial, mediante su programa de préstamos al sector de la salud⁵, promovió una reforma de salud en los distintos países basada en los principios básicos de que el sector privado es más eficiente que el sector público y de que la función del gobierno es regular no proveer servicios (Homedes y Ugalde, 2005a). Los demás fundamentos del Banco Mundial como principal propulsor del modelo neoliberal se centraron en que un mercado libre y competitivo genera bienes y servicios de mejor calidad que un mercado monopolístico, que es más fácil controlar la corrupción, se atiende mejor a las necesidades locales, más satisfechos quedan los usuarios y que para aumentar eficiencia y productividad es necesario contar con una fuerza laboral flexible (Homedes y Ugalde, 2005b). Siguiendo la ideología neoliberal, la institución propuso la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debía definir de acuerdo a sus recursos y estudios de eficiencia en función de los

⁴ Como es el caso de la industria farmacéutica cuyo objetivo inmediato es vender productos rentables al margen de cual sea la mejora real del servicio médico prestado.

⁵ Se había convertido para fines de los 90 en la agencia internacional que más fondos prestaba a los países en vías de desarrollo para ese sector.

costos. Esto, con el fin de lograr los objetivos de las reformas que están dirigidos a *“conseguir niveles aceptables de eficiencia, calidad y equidad en los servicios de atención médica y a aumentar la satisfacción de los usuarios”* (Homedes y Ugalde, 2005b, p. 202). *“El modelo de privatización avanzado por el BM tiene un claro sello neoliberal: reducir el gasto y las funciones del sector público y promover la competencia (...) favorece los seguros privados y las organizaciones de mantenimientos de la salud al estilo de los EE.UU, donde cada día están más desprestigiadas por corruptas, ineficientes y de calidad deficiente”* (Homedes y Ugalde, 2002, p. 57).

En Latinoamérica varios países se opusieron a la privatización de la prestación de servicios de salud financiados por el sector público o por sistemas de seguridad social pero Chile, que había tenido un sistema nacional de salud con cobertura universal y de acceso gratuito entre el año 1952 y el 1981, fue el primer país latinoamericano en aplicar una reforma neoliberal a principios de la década de los 80 (Homedes y Ugalde, 2005a). Previamente, desde comienzos de 1930, tuvo lugar una pugna histórica de los sectores progresistas en el país entonces liderada por Salvador Allende debido a la discriminación establecida por el Seguro Social chileno entre trabajadores y empleados (Labra, 2002). Durante este período, Allende debatió por la integración de todos los servicios de salud en una única institución, propugnando además políticas destinadas a corregir las disparidades entre regiones y clases sociales a partir del principio de que la salud es un derecho de todos y un deber del Estado (Allende, 1939). Al asumir la presidencia del país a finales de los 70, empuñó con determinación la bandera del Sistema Unificado de Salud a ser financiado solamente con recursos del Tesoro Nacional y que acabaría con las discriminaciones existentes, incluiría la participación comunitaria y, mediante un conjunto de políticas sociales redistributivas y la mejoría de la calidad de los servicios, incentivaría la elevación de las condiciones de vida, la equidad en el acceso y la calidad en la asistencia. A este proyecto se opuso tenazmente la mayoría de los médicos (Labra, 2002). La dictadura fragmentó el sistema nacional de salud y privatizó el sistema previsional cuando los fondos del seguro social acumulados por los afiliados con base en los aportes tripartitos fueron perentoriamente transferidos a Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que son sociedades mercantiles privadas, lucrativas y competitivas, formadas con capitales nacionales y *holdings* internacionales (Labra, 2002). También se crearon aseguradoras privadas denominadas Institutos de Salud Provisional (ISAPRES),

empresas privadas lucrativas, a la vez que descentralizó la atención primaria y hospitalaria mediante su transferencia a las municipalidades y a las áreas de salud respectivamente. Así, desde 1981 Chile fue pionero en establecer un modelo dual de servicios de salud que fija de entrada una discriminación en servicios de salud principalmente para los pobres (en general los más enfermos) a cargo del asegurador público Fondo Nacional de Salud (FONASA) y para los ricos (a menudo los más sanos) a cargo de entidades aseguradoras privadas (ISAPRES)⁶, ya que aunque en teoría la población puede elegir el seguro público o el privado, en la realidad este último es el que elige a sus asegurados (los que pueden pagar) y los pobres “eligen” el seguro público “(...) *la solidaridad del sistema de salud chileno es mínima*” (Echeverri, 2008 p. 215). Los cambios introducidos en la financiación de la salud en Chile mediante la determinación del neoliberalismo autoritario “*viabilizaron la implementación de una medicina para ricos y una para pobres*” (Labra, 2002 p. 1046).

Labra (2002) sostiene que bajo el dogma de la primacía de mercado y de la falencia del Estado Benefactor, el núcleo hegemónico comandado por Pinochet y economistas neoliberales implementó, en muy poco tiempo (1978-1981) un audaz proyecto privatizador que atribuyó al Estado un papel apenas subsidiario de la iniciativa privada y que tal proyecto contó con el apoyo de un grupo ultraderechista de médicos que tomó el mando del Colegio Médico cuando se produjo el golpe de Estado.

⁶ Ésta última sin la equidad como uno de sus objetivos pero sí la eficiencia (contención de costos incluyendo recortes en el cuidado necesario del paciente) para lograr su objetivo de lucro (Echeverri, 2008).

SÍNTESIS DE LAS TRANSFORMACIONES A RAÍZ DE LAS REFORMAS NEOLIBERALES EN EL SECTOR SALUD EN CHILE

- Fortalecimiento del Ministerio de Salud que asume papel rector político-técnico del sector
- Separación entre las funciones normativas (MINSAL), ejecutivas (servicios regionales) y financieras (FONASA)
- Extinción del SNS creándose en su lugar el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)
- Municipalización de la Atención Primaria trayendo consigo problemas como pérdida de status de funcionarios públicos, desorganización de los registros de información, grave congestión, desmantelamiento de hospitales y depreciación de los salarios, entre otros
- Introducción de un segmento comercial de planos privados de salud (creación ISAPRES)

Fuente: Labra (2002)

Según diversas evaluaciones realizadas (Homedes y Ugalde, 2005a), la reforma aplicada en Chile 1) segmentó el sistema, lo que provocó mayor inequidad en el acceso a servicios ya que sólo los ricos tienen los recursos económicos para acceder a las ISAPRES y no mejoró su eficiencia; 2) benefició a la ISAPRE, que llega a funcionar con amplios márgenes de beneficio; 3) aumentó la inequidad entre áreas rurales y urbanas; y 4) redujo el presupuesto público del sector de la salud.

La implementación del modelo del Banco Mundial ha encontrado obstáculos en muchos países de la región, no solamente por las características señaladas del sector salud sino también por factores políticos y sociales, por ejemplo, la oposición de empleados públicos, incluyendo trabajadores profesionales y la pobreza de un porcentaje elevado de la población (Homedes y Ugalde, 2002). Las críticas a la reforma liberal en salud de los países latinoamericanos no sólo surgen entonces a raíz de lo ocurrido en Chile, sino también en otras regiones por ejemplo en Colombia, país que siguió -en su reforma de salud de 1993- más de cerca las recomendaciones del Banco Mundial y que resultó en programas fracturados, procesos de afiliación estancados (al 2005 el 45% de los colombianos no disponía de seguro de salud), limitada capacidad de elección y elevados gastos administrativos y de promoción. También se reportó una baja en la calidad en la atención por parte de los mismos

proveedores de salud quienes recalcaron una pérdida de la calidad humana (MkPake, et.al. en Homedes y Ugalde, 2005a).

Homedes y Ugalde (2005a) se refieren a la descentralización impuesta por el Banco Mundial como una política improvisada y como una medida que ha aumentado la inequidad dado que no se han estudiado los costos y beneficios políticos, económicos y sociales de cada una de las funciones que se pueden descentralizar y debido a que las grandes diferencias demográficas, étnicas, epidemiológicas, de desarrollo económico, de infraestructura, de recursos humanos, históricas y políticas entre las grandes ciudades y municipios en América Latina son tan extremas *“que no es aconsejable descentralizar las mismas funciones a los mismos niveles en todos los países”* (p. 215). La falla en la descentralización también se asociaría según los autores por ejemplo, a la desviación de recursos a programas que no son prioritarios, a que los encargados de tomar decisiones locales carecen de conocimientos técnicos que les permitan tomar las decisiones sanitarias más adecuadas, al privilegio de la atención médica por sobre la prevención, a la aplicación de tecnologías más modernas antes que favorecer la atención primaria o al tratamiento con medicamentos antes que intervenciones educativas para cambiar el estilo de vida.

Es difícil poder encontrar en la literatura -que no esté financiada por el Banco Mundial ni por otras agencias que adhieren a sus principios- información que confirme que la descentralización en América Latina y las reformas de carácter neoliberal que allí fueron establecidas hayan contribuido a lograr los objetivos que se habían propuesto, sino que más bien se encuentran estudios llevados a cabo por independientes que afirman lo contrario⁷. Como objetivo declarado, la descentralización promovida en la región aboga por una función promotora, mejorar calidad, eficiencia, equidad y participación comunitaria, sin embargo, investigaciones afirman que el Banco Mundial y otras agencias internacionales promueven la descentralización por otros motivos como reducir los gastos del gobierno mediante la transferencia de los gastos en salud a las provincias, estados o municipios con el fin de liberar fondos para pagar la deuda externa o sus intereses; y facilitar la privatización de los servicios, por ejemplo, mediante la conversión de los hospitales públicos en autónomos con ánimo de lucro para conseguir que funcionen como entidades independientes que pueden contratar al

⁷ Para mayor información revisar Homedes y Ugalde, 2005; Homedes y Ugalde (2005c) y Jaramillo (2002).

sector privado para servicios de apoyo (Homedes y Ugalde, 2005a). Los investigadores sostienen que las reformas neoliberales no consiguieron lo que promovieron sino que han contribuido a aumentar la desigualdad, posiblemente a usar los recursos menos eficientemente y que claramente el objetivo más importante de las reformas neoliberales es la privatización de los servicios.

Otra crítica importante a las reformas es en relación a su manejo frente a la necesidad de introducir cambios en el área de recursos humanos del sector salud debido a los problemas que venían afectando –y que aún afectan- a esta área, como son la desproporción entre las diferentes categorías de profesionales y técnicos⁸, la desproporción entre el número de profesionales de centros urbanos y rurales⁹, el pluriempleo médico (una de las causas de absentismo laboral en las instituciones públicas y de la baja productividad de los médicos en este sector aparte de ser una fuente de conflictos de intereses para los médicos ya que remiten a sus pacientes a los servicios privados) y la falta de control gerencial de los recursos humanos, entre otros (Homedes y Ugalde, 2005b). Se denuncia que poco han hecho las reformas para contribuir a la solución de estos problemas ni frente a las necesidades generadas por los cambios introducidos por ellas (descentralización, autonomía hospitalaria, privatización de servicios entre otros). De hecho estudios realizados en México, Brasil, Guatemala y Colombia llegaron a la conclusión de que la calidad de los servicios hospitalarios no había mejorado y que posiblemente era peor que antes de la reforma, lo que llevó a varios países a la peor crisis administrativa de la historia y a algunos hasta a la quiebra (Homedes y Ugalde, 2005, en Homedes y Ugalde, 2005b). Esto derivó en que sus defensores ofrecieran diversos programas para mejorar la gestión de recursos humanos en América Latina como el entrenamiento gerencial, el programa Flagship¹⁰, y el adiestramiento en la preparación y administración de contratos¹¹.

⁸ No había suficientes técnicos para apoyar el trabajo de profesionales, faltaban profesionales que no fueran médicos y había un exceso de médicos especialistas. Este desequilibrio entre el número de profesionales y de técnicos afecta directamente la eficiencia y a la calidad de los servicios. Asimismo la diferencia entre profesionales médicos y los que no lo son tiene un impacto directo en la orientación curativa de la atención que es más costosa que intervenciones preventivas y tratamientos curativos no farmacológicos. Si bien se incorporan paulatinamente profesionales no médicos a los equipos de salud, las decisiones siguen bajo el control de los médicos por lo que no ha habido cambios en el énfasis curativo de la actividad sanitaria.

⁹ Se observa una concentración desproporcionada de recursos humanos en hospitales y centros de salud urbanos y muy limitado el acceso de la población rural a todo tipo de servicios.

¹⁰ Diseñado por el Banco Mundial para promover la reforma neoliberal entre los altos ejecutivos de los servicios de salud mediante un equipo de docentes seleccionados por esa entidad para cada región del mundo (Homedes y Ugalde, 2005b).

Otro de los importantes cambios en relación a los recursos humanos de las reformas neoliberales implantadas en América Latina en el sector salud tiene que ver con la flexibilización de la mano de obra, ya que el neoliberalismo ha promovido la flexibilización de su fuerza laboral a fin de reducir los costos e incrementar la eficiencia. Para conseguirlo limitó algunos derechos y beneficios del trabajador conquistados a lo largo de años de luchas laborales como las jubilaciones y salarios justos, además de establecer el derecho a despido inmediato. La defensa de los derechos de los trabajadores mediante la sindicalización que otorga la administración pública, según conceptos neoliberales, crean monopolios y estos impiden la eficiencia (Homedes y Ugalde, 2005b), por tanto para incrementarla es necesario que el gerente tenga control absoluto de la organización del trabajo. La flexibilidad les permite imponer libremente condiciones laborales como carga laboral, horarios, nuevas actividades a realizar y cambios del lugar de trabajo (Sennet, 2000). Por temor a perder su trabajo, ya que el empleador puede despedirlo, el trabajador debe aceptar las condiciones y según la doctrina neoliberal el temor de los trabajadores a perder su empleo aumenta la productividad y mejora la calidad (Homedes y Ugalde, 2005b; Sennet, 2000). Sin embargo, evaluaciones realizadas a la reforma indican que *“la flexibilidad de la mano de obra raramente consigue los objetivos buscados y que, por el contrario, puede empeorar la situación”* (Homedes y Ugalde, 2005b, p. 205), por ejemplo un estudio realizado en Argentina, Colombia, México y Brasil demostró que las reformas aumentaban el estrés y la insatisfacción de los trabajadores, su inseguridad por los contratos flexibles, la migración laboral entre diferentes instituciones y que añadían nuevas labores burocráticas para las cuales el personal no estaba entrenado a la vez que debían realizar más actividades en menos tiempo y con menos personal de apoyo, por ende tenían menos tiempo para atender pacientes que previo a la reforma (Guevara y Mendias, 2002).

Otras consecuencias asociadas a estas reformas en recursos humanos en las que existe coincidencia son que el énfasis en la productividad puede disminuir la dedicación a los pacientes y hacer que se dejen de realizar actividades importantes que requieren tiempo adicional como establecer una buena comunicación entre el

¹¹ Ya que las reformas neoliberales requieren de una mano de obra flexible que permita despedir a un empleado cuando el empleador lo considere necesario, para evitar despidos arbitrarios se requiere establecer contratos que especifiquen las razones justificadas de despido además de aquellos entre las instituciones de financiamiento y los proveedores de servicios (Homedes y Ugalde, 2005b; Sennet, 2000).

médico y el paciente o la educación de salud; también que las presiones para aumentar el ahorro llevan a los gerentes muchas veces a reducir gastos de mantenimiento y los insumos con lo que la calidad del trabajo se pone en entredicho y cuando se incrementa la inversión en tecnología por ejemplo, se ejercen presiones sobre los médicos para que los utilicen sea o no necesario, especialmente cuando una empresa administradora de servicios de salud paga los gastos (Buchan, Thompson y O'May, 2000 en Homedes y Ugalde, 2005b).

Estudios en Estados Unidos, cuna del neoliberalismo, muestran que los servicios de salud en ese país están fragmentados y descoordinados, son ineficientes, costosos y producen gran desperdicio, así como también se ha encontrado que sólo la mitad de los pacientes reciben la atención recomendada y que un 30% recibe una atención contraindicada (Dranove, 2002 en Echeverri, 2008). Esto ha llevado a que los intermediarios del negocio de la salud en el paraíso del libre mercado sean altamente cuestionados por la sociedad y a considerar la tendencia creciente de vender los servicios de salud como mercancía como negativa por decir lo menos.

Con todo esto a la base, la mayoría de los trabajadores del sector de la salud considera que las reformas neoliberales van en contra de sus intereses y los sindicatos se han opuesto firmemente a las reformas de salud en Bolivia, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Perú y Venezuela y han conseguido evitar la privatización de los servicios de salud en Argentina, El Salvador y México (Homedes y Ugalde, 2005b).

Tanto en Chile como en Colombia, el modelo que promueve las reformas neoliberales y la privatización en los sistemas de salud proviene del sistema estadounidense pero no se basa en datos locales probatorios. Ha perpetuado la inequidad en el acceso a los servicios de salud y no hay pruebas de que haya contribuido a mejorar la calidad o la eficiencia, pero sí a que aumenten considerablemente los gastos administrativos y el enriquecimiento de las ISAPRE en Chile y de las administradoras de salud en Colombia. Se han invertido muchos recursos y esfuerzos en promover una reforma que no responde a los valores ni a las necesidades ni a la capacidad técnica de las instituciones que la tienen que poner en práctica (Homedes y Ugalde, 2005a). Labra (2002 p. 1050) sostiene que *“(...) bajo la dictadura y el cortejo de transformaciones neoliberales que abrieron el mercado en la salud se institucionalizaron las*

desigualdades entre los ciudadanos (...) todo eso fundamentado en la nueva cultura del individualismo y el consumismo (...)". Hay quienes sostienen incluso que en el fondo la motivación para el cambio fue principalmente el interés corporativo en generar lucro con un tipo de servicios cuya demanda no cesa de crecer debido a cambios demográficos y epidemiológicos y que permitiría la explotación de un enorme mercado para nuevas tecnologías (Echeverri, 2008). Otra característica de las reformas es que en todos los países se han diseñado secretamente en los ministerios de salud y su aplicación se ha impuesto por mandato, "desde arriba", sin participación de los trabajadores y es por este sigilo del proceso que se han provocado rumores, confusión e incluso hostilidad (Salinas y Lenz, 1999 y Brito, 2000).

Luego de múltiples análisis e investigaciones (Bennet y Franco, 1999 en Homedes y Ugalde, 2005b) se evidencia que las reformas neoliberales no han conseguido aumentar la eficiencia, quizás por el énfasis exagerado en la compensación monetaria que puede desplazar otros valores que son fuente importante de motivación para mejorar la eficiencia y calidad como el placer de hacer las cosas bien o ayudar a los usuarios. Se ha encontrado también que incluso la lealtad a la institución puede desaparecer cuando *"la compensación económica es la única fuente de satisfacción"*. (Homedes y Ugalde, 2005b p. 206). Se ha mostrado entonces que el manejo de los servicios de salud como una mercancía en una economía de mercado no favorece el mejoramiento de la salud y por tanto, va en contravía de los esfuerzos por incrementar el desarrollo, pues existe una relación circular entre la salud y el desarrollo en la cual la primera condiciona el desarrollo y viceversa (Echeverri, 2008). En varios casos, entre ellos Colombia, tratar la salud como mercancía ha conducido a un mayor grado de exclusión e inequidad para la población y a un deterioro marcado de la salud estatal. Se tiene también que el traslado del "negocio" de la salud a los conglomerados económicos no ha logrado reducir los costos ni ha creado coberturas de servicios suficientes, ni mucho menos ha producido una mayor equidad en el acceso a los servicios o mejores niveles de salud.

Los argumentos a favor de los servicios privados de salud ignoran décadas de evidencia acerca de que los servicios de salud que se brindan con fines de lucro son significativamente más caros, menos eficientes, más difíciles de auditar, a menudo de menor calidad y mucho menos accesibles, especialmente a los más vulnerables. Esto coincide paradójicamente con lo que señala el Banco Mundial en su informe anual del

2004 donde afirma no sólo que esto es cierto, sino que en la práctica ningún país ha logrado mejoras significativas en materia de mortalidad infantil y educación primaria sin la acción del gobierno.

En resumen, existe un relativo consenso en la región acerca de que los servicios de salud se han comercializado como nunca antes y el profesionalismo en el área de la salud parece darle paso al empresarismo. Una nefasta consecuencia de esto es que pareciera haber más preocupación por la empresa y sus costos que por el paciente. La insistencia del libre mercado en la salud ha llevado a la obligación de la disyuntiva del profesional de escoger entre sus pacientes y el rendimiento económico de las “empresas de salud” donde trabajan; entre el diagnóstico y el tratamiento necesarios y el margen de ganancia de la empresa. El consenso también se encuentra en que dichas reformas no han logrado que los sistemas de salud en Latinoamérica sean más equitativos, más eficientes ni de mejor calidad y que además han producido una creciente alienación en el recurso humano en salud.

2.2 El correlato subjetivo

*“Ninguna otra técnica de conducción de la vida
liga al individuo tan firmemente a la realidad
como la insistencia en el trabajo”
Sigmund Freud*

En el ámbito de las ciencias sociales, la literatura sobre las fracturas en lo económico, político y social que produce el capitalismo es bastante abundante y se han analizado en profundidad las relaciones del actual capitalismo en estas dimensiones. Pero el análisis del impacto de éste en lo existencial del individuo y su relación con las dimensiones nombradas ha sido relativamente más escaso, por lo que para este escrito profundizar teóricamente en torno a las condiciones de producción de subjetividad humana en un contexto *“socio-histórico atravesado y sugestionado por el mito neoliberal del mercado mundial”* (Rodríguez, 2003 p. 92) es tarea necesaria.

2.2.1. Las Subjetividades

Para poner el juego y discutir sobre el papel del capitalismo como modo de subjetivación y su función en la posibilidad de modificación o transformación de las subjetividades de los actores que en él se insertan y sobreviven, ya sean éstos proletarios trabajadores o productores, es necesario referirse mínimamente al proceso de construcción de subjetividad y esclarecer cómo ésta será entendida en este texto. Es decir, *cómo se construyen modos concretos, imaginarios y simbólicos de hacer, pensar, sentir, decir o fantasear* (Kazi y Pellegrini, 2003).

Comúnmente la subjetividad es entendida como *“lo que pertenece a un individuo o es inherente al sujeto humano. En filosofía se utiliza preferentemente como sinónimo de “autoconciencia” o “conciencia” de sí mismo, por la que el hombre se percibe como una unidad siempre idéntica y diferenciable respecto a los demás seres u objetos del mundo. (...) aunque, para el racionalismo, esta idea de subjetividad (...) es el fundamento absoluto de todo saber, para sistemas filosóficos posteriores, este concepto parece más bien vacío, de modo que, de cara a la verdad y al saber, aun los datos inmediatos de la conciencia deben interpretarse en una relación de intersubjetividad con los demás”* (Cortés y Martínez, 1996). También es entendida como el conjunto de percepciones, imágenes, sensaciones, actitudes, aspiraciones, memorias y sentimientos que impulsan y orientan el actuar de los individuos en la interacción permanente con la realidad (Grajeda, 2001). Otro entendimiento de subjetividad es el que propone Guinsberg (s/f) quien la define como una cualidad de lo que existe solamente para el sujeto, para la conciencia del que lo experimenta; como un carácter esencial de los procesos psíquicos, que sólo por el sujeto son conocidos directamente. También hace hincapié de la subjetividad como la unilateralidad en los juicios, que se forman a base del punto de vista propio.

Como puede inferirse de algunas de las definiciones citadas, la noción de subjetividad surge y se desarrolla esencialmente en la filosofía¹², suscribiendo a ésta desde sus comienzos a través de las diferentes tendencias y escuelas (por ejemplo el idealismo y materialismo) y de nociones y relaciones entre sujeto y objeto. Pero, como ocurre

¹² Para profundizar en el tema debería revisarse ni más ni menos que la historia de la filosofía como disciplina -lo que no es posible hacer aquí- y en particular, aunque no exclusivamente, los planteamientos de Platón, Aristóteles, Arquímedes, Descartes, Berkeley, Locke, Hume, Kant y Hegel, entre otros.

tantas veces, el concepto ha ido escapando lo conocido y tradicional para adoptar nuevas significaciones según su contexto de utilización. Más allá de las connotaciones filosóficas que se mantienen hasta hoy, desde hace más de un siglo por ejemplo el surgimiento de la psicología como disciplina ha hecho que se entienda por subjetividad y por subjetivo todo lo perteneciente al ámbito de lo psíquico y de lo psicológico (Guinsberg, 2004).

La relación entre sujeto y sociedad, por lo tanto la construcción de la subjetividad social, ha sido y sigue siendo una interrogante para la teoría y la filosofía política y, por supuesto, para la psicología. Distintos enfoques han fluctuado entre la autonomía del individuo respecto a la sociedad, la relación dialéctica entre ambos, el individuo como producto social y el sujeto como una creación de poder (Dinerstein, 2001). Por ejemplo para Castoriadis (s/f en Franco, 2000), rigurosamente hablando no podría hablarse de un sujeto más que cuando los individuos pueden reflexionar sobre sí mismos y su sociedad, cuando tienen un “nosotros” e instituyen –con conocimiento- un campo de significaciones imaginarias sociales (es decir tienen una relación lúcida con estas, se conocen como creadores de las mismas). Sin embargo, a partir del desarrollo del psicoanálisis y su concepción del inconsciente, adviene una particular perspectiva de la subjetividad ya que “algo” –desconocido por la conciencia- orienta al individuo en su pensar, sus afectos, sus actos y *“ la conciencia sufre una derrota en su pretensión de considerarse sinónimo de sujeto”* (Franco, 2000 p. 1)

Se parte aquí de la base de la concepción del sujeto como un ser histórico y social, de ahí que la necesidad de comprender el sistema social en el que se inserta y se desarrolla la subjetividad aparece como un tema ineludible en este escrito para comprender, por ejemplo ya más en profundidad en adelante, el capitalismo como modo de subjetivación, dado que se entiende que es el sistema social el que delimitará sus posibilidades de realización. En relación a esto Gergen (1996), refiriéndose acerca de los orígenes comunes del significado, plantea que las concepciones del “yo” y de los otros se derivan de las pautas de relación, a la vez que son sostenidas por estas mismas. De esta forma, el autor es enfático en asegurar que la relación sustituye al individuo como unidad fundamental de la vida social. Desde una perspectiva más radical del construccionismo social, Gergen (1996) presenta una genealogía del yo y describe al yo posmoderno, fuertemente influenciado por las nuevas tecnologías, en su carácter contingente, su fragmentación e irremediable disolución como un yo

“multifrénico” haciendo referencia por ejemplo a la fuerte incidencia del discurso psiquiátrico en la categorización de las conductas humanas.

La relación entre la subjetividad y lo social también se encuentra clara en los señalamientos de Rodríguez (2003) quien sostiene que la elaboración de un relato con afán de rigor sobre lo imaginario y de nexos entre psique y cultura requiere como condición indispensable reconducir la subjetividad humana a los contextos sociales e históricos desde donde emerge. También haciendo una referencia acerca de la cultura y su incidencia en la formación de subjetividades, Guinsberg (s/f, p.9) aclara que *“la investigación de la subjetividad consiste básicamente en la interrogación de los sentidos, las significaciones y los valores, éticos y morales, que produce una determinada cultura, su forma de apropiación por los individuos y la orientación que efectúan sobre sus acciones prácticas. No existe una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene”*.

Frente a la poca unanimidad teórica que existe frente a un concepto complejo como es el de la subjetividad, Guinsberg (s/f, 2004) plantea que los problemas centrales que se han suscitado acerca de su conceptualización a lo largo de la historia son posibles de resumir en problemas acerca de los factores que construyen lo que se entiende por subjetividad; las especificidades y vinculaciones de los campos “objetivos” y “subjetivos”; y la emergencia de nuevos campos del estudio de la subjetividad. Respecto a lo primero se puede establecer que se trata de una vieja polémica, que hasta hoy se mantiene. Hoy en día en la mayoría de los sistemas de salud, por ejemplo, se entiende al ser humano como un ser biopsicosocial, es decir como resultante de los diferentes factores tanto biológicos, psicológicos y sociales, pero existen aún muchas otras corrientes en instituciones, profesionales y academias que prefieren enfatizar uno de ellos como dominante en la producción de la subjetividad. Para aquellos que priorizan el origen biológico afianzado en cierta “cientificidad” médica, toda la estructuración psíquica hay que buscarla en el nivel del organismo humano, y las patologías en algún desorden o enfermedad de órganos específicos. Tal concepción hoy se mantiene en ciertos aspectos de la salud estatal, también en importantes sectores del campo médico en general, y del psiquiátrico en particular, lo que puede observarse en la lectura de textos de este campo médico, donde se incluye casi nada o muy poco de aspectos sociales, salvo los considerados resultados de lo

orgánico. Tal postura toma niveles de sofisticación muy grandes en terrenos neurológicos y biológicos que han convertido a los psicofármacos, por ejemplo, en las herramientas terapéuticas básicas del campo médico asociado a la Salud Mental tanto privada como estatal. La contraparte, el psicologismo, es una postura que todo o casi todo lo reduce al nivel de lo psíquico, con importante o total negación de la incidencia de aspectos orgánicos y sociales en la subjetividad y el comportamiento. Esta postura ha tenido y tiene gran desarrollo en este siglo como consecuencia del surgimiento de importantes marcos teóricos psicológicos.

Estos puntos de vista extremos en la concepción de la formación de la subjetividad desconocen la interrelación que se produce o puede producirse entre las esferas biológica, psicológica y social y la construcción de la subjetividad. Últimamente, en el intento de una ruptura con estas visiones unilaterales, otras perspectivas psicológicas han tratado de ver a la subjetividad como producto o síntesis de todos los factores - orgánicos, sociales y psíquicos- que participan en su construcción tratando de evitar lo evidente de que todas las interpretaciones que se hagan de la realidad en general – o de la subjetividad en particular- con un centro exclusivo, tendrán resultados equívocos por la negación ya sea parcial o total de otros aspectos intervinientes.

2.2.2 Subjetividad y poder: Los sujetos

Teniendo en cuenta la imposibilidad de conceptualizar de manera definitiva el concepto, se entenderá aquí que en psicología la subjetividad se concibe como el conjunto de características particulares que hacen del ser humano, un sujeto único e irrepetible, una persona autónoma con pensamientos, deseos, intereses y voluntad propia (Dinerstein, 2011). Históricamente se ha concedido gran importancia al concepto dentro de las ciencias sociales y la filosofía, pero es desde alrededor de los años 70 que surge la inquietud -a través de Foucault (1980, 1999, 2002a, 2002b, 2007)- sobre la influencia que sobre ésta tiene el poder político y las instituciones sociales en Occidente. El autor explora y desarrolla teorías acerca de las creencias, prácticas e instituciones relacionadas con temas como la cordura y la locura, la disciplina, el castigo y la sexualidad, tratando de descubrir qué significaban esos conceptos, prácticas e instituciones para quienes vivían en la época, cuidando no interpretarlos de una manera moderna ni absolutista.

Es importante la teoría de Foucault para este trabajo dado su enfoque político acerca de las relaciones de poder en sus distintas formas y la incidencia de éste en los diversos modos de subjetivación en las sociedades modernas. Se comparte con el autor la permanente y cambiante pregunta que ha guiado todo su trabajo teórico que es acerca de “Qué somos hoy”, acerca de la reflexión histórica sobre nosotros mismos.

Uno de los aspectos importantes y atinentes del desarrollo del autor es que propone que ciertas partes de la sociedad occidental han desarrollado su capacidad para mantenerse en el poder gracias a su conocimiento experto y que instituciones como la psiquiatría perpetúan este poder. Una característica importante de éste es que no es establecido por medio de la fuerza, sino por la defensa de ese conocimiento experto o “verdad” que lo insta en primer lugar, y por la interiorización por parte de los individuos que lo forjan como una verdad que ayuda a crear su propia identidad subordinada (Foucault, 1980, 2002a, 2002b). Como señala Morales (2011) el poder no sólo reprime comportamientos sino que encauza la producción de ciertos modos de individualización, cuya característica central reside en la estructuración de cierta individualidad donde la preocupación por uno mismo está puesta lejos del análisis crítico de la propia singularidad. Para Foucault es evidente que un dominio de poder es un dominio de conocimiento, al establecer que *“no puede haber ejercicio posible de poder sin una cierta economía de discursos de verdad (...) estamos sujetos a la producción de verdad a través del poder y no podemos ejercitar el poder si no es a través de la producción de verdad”* (1980, p. 93). Para el autor las personas están fuertemente vinculadas con la reproducción de estas “verdades” y éstas especifican las distintas subjetividades, además de que las personas están siendo provocadas a reproducir las subjetividades especificadas por la “verdad” (Foucault, 1984).

Otra característica propuesta por Foucault (1980) como propia del poder e importante aquí es que tiene la característica de ser ascendente no descendente, ya que señala que el origen de las técnicas de poder se produce a nivel local y que su disponibilidad fue un requisito para el éxito de la expansión de los conocimientos unitarios y globales a partir de siglo XVII, así como también para el surgimiento del capitalismo. Tales técnicas fueron esencialmente de control social, de sometimiento, dirigidas a la cosificación de las personas y de los cuerpos. Las disciplinas como la psiquiatría o la psicología asumen para el autor un rol eminentemente tecnológico orientado a la reproducción de prácticas discursivas dominantes de la época moderna que refuerzan

el control y la normatividad (Foucault, 2002a, 2002b). El interés de Foucault se centra en cómo las disciplinas llegan a ser, entre el transcurso de los siglos XVII y XVIII, fórmulas generales de dominación, cuyo poder disciplinario es además un poder tal que tiene como finalidad el buen encauzamiento de la conducta (Morales, 2011). El yo, y lo que se entiende por naturaleza humana, son productos de estos sistemas de interpretación y de estas tecnologías que constituyen el sujeto moderno y especifican la subjetividad.

De esto es posible desprender que una manera de entender las subjetividades para Foucault sería como construcciones sociales que se desprenden de prácticas de poder que obligan a los individuos a definir su identidad y su vida de forma limitada. Como sujetos del poder todos somos *“juzgados, condenados, clasificados, determinados en nuestras decisiones, destinados a cierto modo de vivir y morir, en función de los verdaderos discursos que son los agentes de los efectos específicos del poder”* (1980, p. 94). Para él, la relación del poder con los individuos no es sólo represiva sino que de subyugación ya que forja en las personas -cuerpos dóciles- ciertos modos de comportamiento y son gobernados desde afuera por discursos dominantes (Foucault, 1999). A partir de lo que desarrolla el autor, se entiende que la dominación no es la esencia del poder y que el poder requiere de alguna posibilidad de acción por parte de los individuos, una posibilidad de resistencia.

A partir de Foucault surgen numerosas reflexiones (Pakman, 2006; Parker, 2008; White y Epston, 1993 entre muchos otros) -sobre todo en relación a la psicoterapia- acerca de las complejas relaciones entre relatos, conocimiento, poder y subjetividad como una preocupación micropolítica, es decir, una preocupación por las operaciones y tecnologías del poder presentes en los discursos de la psicoterapia tradicional (Morales, 2010). Esta preocupación se sostiene en que, por ejemplo para White y Epston (1993), las personas se encuentran sujetas al poder por medio de verdades normalizadoras que configuran sus vidas y sus relaciones, las cuales a su vez se construyen en el funcionamiento del poder. De este modo, el poder va apareciendo como un modo de relación constitutivo y determinante de la vida de las personas (Morales, 2010).

Foucault (1980) nos muestra como la episteme de la época define sujetos acordes para conservar el sistema y a sí misma, pero también las contradicciones, las fisuras

que posibilitan nuevas subjetividades y modelos discursivos que re-definen la relación del Sujeto y la Sociedad en la que se inserta. La subjetividad sería por tanto el resultado de la incidencia de los mecanismos de normalización en el individuo, de la manera en que los dispositivos disciplinarios se articulan con el fin de producir un tipo de mentalidad acorde a las condiciones culturales existentes.

Se considera importante en este trabajo la visión de Foucault dado que a partir de ella se puede dar cuenta de la manera en que los dispositivos de normalización son incorporados por los individuos y de esta forma describir el proceso de subjetivación. También debido a lo que plantea Morales (2011 p. 15) *“en tanto su intención (de Foucault) no ha sido el análisis aislado del fenómeno del poder, ni la elaboración de fundamentos para un análisis de este tipo, sino el crear una historia de los diferentes modos a través de los cuales, en nuestra cultura, los seres humanos se han convertido en sujetos”*. Se considera importante debido a que contempla al sujeto como situado en relaciones de producción y de significación por tanto genera un análisis del poder y las complejas relaciones que determina éste en el proceso de subjetivación. El trabajo de Foucault sobre la genealogía del sujeto moderno pone en el centro al poder como constitutivo de subjetividades en tanto analiza las distintas formas en las que el poder convierte a los humanos en sujetos, considerando por tanto la subjetividad como una creación de poder.

Otra de las razones -aparte de su concepción del poder como constitutivo de subjetividades- de incluir a los pensamientos de Foucault en este escrito es que, al estudiar las formas de las diversas relaciones de poder, no considera a éste como un poder unificado por ejemplo sólo en el poder estatal, su desarrollo no se trata de una visión funcionalista, sino que ubica a los sujetos en el centro del análisis pues *“el poder produce realidad y produce sujetos”* (Dinerstein, 2001, p 2). A su vez, considera que el poder es productivo es decir, *“se ejerce más que se posee... no se aplica pura y simplemente como obligación o prohibición a quienes no lo tienen: los invade, pasa por ellos y a través de ellos”* (Foucault s/f en Dinerstein, 2001)

El poder es para Foucault los límites sobre nosotros mismos, en tanto éste nos ata a nuestra identidad, definida por las verdades de las ciencias humanas, y en tanto somos gobernados, aunque no estamos completamente sujetos ya que los límites que se nos imponen, aunque sean represivos, nos brindan posibilidad para resistir

(Dinerstein, 2001). La resistencia es posible porque en las relaciones de poder no hay estados de completa dominación ya que el poder es una red abierta, más o menos coordinada, de relaciones.

2.2.3 Capitalismo y Subjetividad: un modo de subjetivación

Se ha afirmado anteriormente en este trabajo que no se puede entender el despliegue del capitalismo únicamente como una máquina exterior a los sujetos que ha logrado imponerse sobre ellos, sino que hay algo en la propia estructura, en la propia subjetividad de los individuos que lo habitan, que les permite convertirse en cómplices de él. O como plantea muy claramente Ema (2009 p. 229) *“el capitalismo es hoy triunfante porque está muy bien engrasado con nuestra estructura subjetiva”*. O como bien sostiene Rodríguez (2003) la etapa actual del capitalismo es un espacio de desregularización y privatización totalizante, un espacio de precarización de la condición laboral hasta de *“trivialización autista de las subjetividades”* (p. 89) y que es necesario analizar la *“producción neoliberal de la subjetividad humana”* (p. 89) para entender las nuevas formas de desigualdad que conlleva esta etapa.

Se parte de la base aquí entonces que el capitalismo no es sólo una forma de organización de los modos de producción –un sistema económico constituido sobre la lógica desigualitaria de la acumulación de beneficio- sino también un modo de subjetivación; más no es el único posible, ni es obligatorio y convive en cada individuo de forma diferente con otros procesos subjetivantes. Por lo tanto, se puede establecer que existe hoy una dinámica en lo social que permite un proceso de constitución de modos de subjetivación que proveen al sujeto como punto de apoyo del poder que sostiene hoy de manera casi global la hegemonía del capitalismo. Este proceso lo describe muy bien Ema (2009 p. 226) quien señala que *“constatamos a diario en nuestras vidas como nuestros afectos y deseos, por ejemplo, no se enfrentan naturalmente al poder, sino que también actúan como sus aliados. Y si efectivamente la subjetividad deseante puede oponerse a algunas formas de coerción, también es vehículo de dominación y sujeción”*.

Hay quienes sostienen, situándose desde una perspectiva crítica, que vivimos en una época en que aparecen las amenazas mayores que nuestras sociedades productivistas hacen pesar sobre la especie humana ya que que la producción de la

subjetividad en el neoliberalismo reduce a los actores sociales a individuos (Rodríguez, 2003). Según el autor, nuestra supervivencia está amenazada entonces no sólo por degradaciones ambientales sino también por la degradación del tejido de solidaridades sociales y que el correlato del capitalismo ha sido en el plano político-cultural, la corrosión de la ciudadanía social donde el mercado, la revalorización de lo individual y el desprestigio de lo colectivo han devenido núcleos centrales de la práctica social. Así, las identidades se construyen en detrimento de la ciudadanía social, *“son subjetividades sustancialmente autistas y narcisistas perfectamente compatibles con la des-regulación, fragmentación y precarización de las condiciones laborales”* (p. 91). Rodríguez (2003) señala que el mayor peligro para lo colectivo que conlleva la producción de la subjetividad neoliberal, es su concepción de la diferencia como un riesgo para el “yo”; su rasgo más inquietante es el rechazo radical de la alteridad, su concepción dominante del “otro” como una amenaza. Desde su perspectiva, el autor es enfático al señalar que la índole cada vez más instrumental y mercantilista de los procesos capitalistas obliga a los sujetos a declinar su autoconciencia, perdiendo autonomía y encerrándolos en la virtualidad ilusoria de la autosuficiencia narcisista.

Existe hoy la desaparición o al menos la disminución de algunas formas de control históricamente tradicionales, como por ejemplo la esclavitud, pero hay que añadir otras formas de dominación para las que no se encuentra un horizonte claro de superación, entre ellas el capitalismo, que despliega al individuo como “servidumbre voluntaria” contando precisamente con la libertad de elección de ese individuo que se ha librado del peso institucional. El correlato subjetivo que el capitalismo ofrece en tanto modo de subjetivación es un sujeto dispuesto a elegir el modo de encadenarse a las promesas de completitud que el mundo del capitalismo, a través de las mercancías, le ofrece; esto dado que el mercado opera como una red de conexiones en las que pareciera que nada falta y en la que producción y deseo se vinculan en un *“circuito que moviliza hasta lo más íntimo de la subjetividad”* (Ema, 2009 p. 228). Los individuos que habitan el capitalismo son sujetos deseantes obligados a alcanzar libremente la propia singularidad subjetiva consumiendo objetos que el mercado propone para satisfacer su deseo sin saber que nunca el objeto es suficiente para satisfacerlo, haciéndolos cómplices de este modo de subjetivación al interiorizar como mecanismo de control esta autoexigencia de plenitud que no descansa.

El modo de subjetivación capitalista se basa en los presupuestos liberales sobre la autonomía y la libertad de acción que funcionan hoy en día ambos de tal modo que obligan los sujetos a realizar comportamientos que no querrían hacer de otro modo, según Beauvois (2009), los sujetos que participan de la ideología liberal encuentran en ella un modo de racionalización de sus comportamientos de modo que, atribuyendo su origen a elementos subjetivos “internos”, a sus propias decisiones, terminan actuando de un modo que considerarían como inaceptable para otro o para sí mismos en otra situación. De este modo, el poder que se despliega sobre los sujetos está sostenido en un conjunto de supuestos ideológicos sobre ellos mismos que, una vez interiorizados, facilitan su propia servidumbre al poder capitalista, es el modo de ejercicio del poder que se sostiene en una concepción liberal de sujeto: la aceptación de nuestra sumisión consentida en nombre de la libertad de elección (Ema, 2009).

La relación entre el capitalismo actual y la subjetividad la refleja muy claramente Castoriadis (1986 en Franco, 2000), ya que según él la hegemonía actual de la significación imaginaria¹³ del capitalismo como modo de subjetivación produce en los sujetos un conformismo generalizado y un sujeto privatizado a causa de la disminución de la participación ciudadana en la cosa pública, un sujeto consumidor, un avance de la insignificancia¹⁴ y una crisis del proyecto identificadorio, ya que ya nadie sabe cuál es su función en la sociedad, el sentido de ésta y de su participación en la misma... esto hace que Castoriadis (1986 en Franco, 2000) sostenga que esta es una sociedad a la deriva, sin un proyecto común, sin un *nosotros*.

Finalmente es interesante considerar, recordando la definición otorgada por el autor acerca de la subjetividad, la opinión de Franco (2000) quien es radical al afirmar que hoy no sería apropiado hablar de sujeto ya que la subjetividad tiende a desvanecerse en el capitalismo actual: el sujeto no tiene lugar, la heteronomía se ha hecho prevaeciente. No hay sujeto y de lo que podemos hablar es de características del individuo socializado, extrañas a él mismo y será sujeto en la medida que pueda enfrentarlas.

¹³ Para el autor, la significación imaginaria del capitalismo ha sido triunfante y comprende la idea de que el crecimiento ilimitado de la producción y de las fuerzas productivas es de hecho la finalidad central de la vida humana. Le corresponden nuevas actitudes, valores y normas, y una nueva definición social de la realidad y del ser, de lo que cuenta y de lo que no cuenta.

¹⁴ Para el autor, los individuos no tienen ninguna señal para orientarse en la vida, sus actividades carecen de significado excepto la de ganar dinero. Todo objetivo colectivo ha desaparecido.

2.3 La Salud Estatal chilena

El sistema de salud en Chile se caracteriza por ser mixto, con una predominancia del sector estatal. La coordinación del Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) que tiene funciones rectorales y normativas a la vez que está encargado de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública y tiene a su cargo 28 servicios de salud a lo largo de todo el país. Encargado del financiamiento se encuentra el Fondo Nacional de Salud (FONASA) organismo estatal que provee de seguros públicos de salud.

2.3.1 Lineamientos generales

La misión que declara el MINSAL en su página web es *“buscar contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención”*. Todas estas acciones están destinadas finalmente a *“acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes”*. Así, se constituye como visión del ministerio que *“las personas, familias y comunidades tengan una vida más saludable, participen activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo, vivan en ambientes sanitariamente protegidos y tengan acceso a una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán más seguras y protegidas”*.

Los objetivos abiertamente declarados por el ministerio pretenden ser alcanzados y puestos en práctica a nivel nacional a través de distintas instituciones dependientes de ministerio como por ejemplo, las Secretarías Regionales Ministeriales, encargadas de velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad y de adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región. Por otro lado, están también las Subsecretarías de Redes Asistenciales, cuya función gubernamental es regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación. Por último, se encuentran los Servicios de Salud,

que desarrollan sus funciones asistenciales en terreno en atención a las necesidades de salud de la población, realizando su labor por intermedio de postas rurales, consultorios generales y hospitales.

FUNCIONES Y OBJETIVOS MINISTERIALES

- (a) Formular, controlar y evaluar planes y programas generales en materia de salud
- (b) Definir objetivos sanitarios nacionales
- (c) Efectuar la vigilancia en salud pública
- (d) Evaluar la situación de salud de la población
- (e) Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia
- (f) Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud
- (g) Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales
- (h) Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena, entre otros

Fuente: www.minsal.cl

La función esencial de los Servicios de Salud consiste en que, coordinadamente, deben ejecutar las acciones integradas de promoción, protección y recuperación de la salud de las personas enfermas. Cada Servicio de Salud está constituido por un conjunto de establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. Todo este entramado institucional conforma la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y a éstos les corresponde su articulación, gestión y desarrollo. La Red de cada Servicio de Salud se organiza con un primer nivel de atención primaria, cuyos establecimientos ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo, y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención.

2.3.2 La Salud Mental en los Servicios de Salud del Estado

Las distintas políticas nacionales de salud en el país, tan meticulosamente planeadas y ejecutadas mediante los distintos eslabones de instituciones estatales, han tenido a lo largo de su existencia distintos focos de atención. Por ejemplo, en su etapa formativa, hacia la segunda mitad del siglo XX, el antiguo Servicio Nacional de Salud consideraba como las principales situaciones responsables del estado de salud de la población a la mortalidad infantil, la muerte de la madre al momento del parto y las enfermedades infecciosas. Actualmente, a principios del siglo XXI el escenario cambia y las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental (Minsal, s/f). Este cambio epidemiológico-mórbido, junto al cambio en las expectativas de vida de la población y el desarrollo del país impulsan, hacia el cambio de siglo, una reforma del sector salud a nivel nacional. Entre los cambios se nombran, por ejemplo, la reformulación de los conceptos de autoridad sanitaria, de sistemas de fiscalizaciones, de los sistemas de interrelación entre las redes hospitalarias públicas y privadas, y nuevas combinaciones entre los distintos niveles de complejidad de atención (Minsal, s/f). A su vez, los principios orientadores de la Reforma de Salud apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, a las prioridades programáticas diseñadas por el ministerio y a la modernización de la Atención Primaria de Salud (APS), e incorpora a esta última como área pilar en el proceso de cambio hacia un nuevo modelo de atención (Minsal, 2011).

Ya que esta reforma tiene como orientación original el enfrentar los desafíos mórbidos que la sociedad del siglo XXI plantea, aparece la salud mental como área protagonista dentro de las nuevas inquietudes a nivel de salud estatal. Al respecto, Minoletti y Zaccaria (2005) señalan que hoy en día cientos de millones de personas sufren en el mundo de trastornos mentales y esto es especialmente grave dado que el impacto de estas “enfermedades” no recae sólo en la persona que lo padece sino que en sus familiares y en la sociedad en general, y esto se refleja en que sus consecuencias no son sólo emocionales o individuales de quien padece sino que la gravedad está en que también atañen fuertemente al sistema financiero: se calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados (Organización Mundial de la Salud, 2004). En Chile, la depresión genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes y concentra más del 40% de las licencias médicas

(MINSAL, s/f). Dentro de los trastornos mentales y del comportamiento que mayor prevalencia tienen en el Chile de hoy se encuentran la Depresión Mayor (9%); la Distimia (8%) y la Dependencia al Alcohol (6.4%). Se señala también que estas afecciones explican el 15% total de años de vida saludable perdidos por enfermedad (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Se tiene entonces hacia el término del siglo XX una realidad mórbida que -tanto en el país como en el mundo entero- es inédita y que por lo tanto constituye un desafío para el Estado en materia de salubridad pública: Los trastornos mentales y del comportamiento constituyen hoy en día el 15% del total de enfermedades en Chile y suponen una gran pérdida económica para el país; surgen durante los últimos años desplazando a otras enfermedades médicas que solían ser preponderantes dentro de las con mayor impacto en las personas y la sociedad; y obedecen a un cambio epidemiológico a nivel mundial, lo cual obliga a una conducta activa por parte del Estado que debe reformular sus principios orientadores en salud, llevar a cabo estrategias ministeriales específicas para su tratamiento y reorganizar su inversión de recursos en materia sanitaria. El MINSAL, en su decisión de adecuarse a las necesidades de esta nueva dimensión sanitaria, decide entonces impulsar el “Programa de Salud Mental Integral en Atención Primaria” cuyo propósito es *“contribuir a mejorar la salud mental de los usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de APS en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación”* (Minsal, 2011a, p.1.)

Junto con este nuevo escenario epidemiológico se desarrolla una nueva forma de aproximación al tratamiento de la enfermedad mental que consiste en un declarado enfoque de Salud Familiar y Comunitario. Este enfoque obedece a específicas líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2001, que sugiere que el tratamiento en materia de Salud Mental evolucione desde los modelos de intervención hospitalarios hacia los comunitarios con un enfoque biopsicosocial. Sugiere también que se empodere la APS para mejorar el acceso de la población a tratamiento y que se refuercen los vínculos intersectoriales. Este cambio sienta las bases para que en el año 2000 se reformule el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (cuya primera versión fue construida en 1993) que tiene como base declarada el desarrollo del modelo comunitario de atención en Salud Mental y pretende *“trasladar el eje de la atención desde un establecimiento determinado hacia*

prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud y organizaciones de usuarios y familiares” (Minsal, 2000). En él se señalan en forma concreta, objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y la Salud Mental de los chilenos. También se entregan orientaciones técnicas para la atención de personas con trastornos mentales y del comportamiento, intervenciones que son fundamentadas en los últimos avances científicos en esta materia, y para cuya determinación se tomó en cuenta criterios económicos (eficacia en función del costo).

2.3.3 Planificación estratégica: Prioridades programáticas

La intervención, el estudio y análisis acerca de la Salud Mental en la población chilena a lo largo de los años ha llevado al MINSAL a la formulación de políticas de gobierno destinadas a la intervención en ciertas áreas específicas, denominadas “Áreas Prioritarias en Salud Mental” o “Prioridades Programáticas”. Éstas son consideradas como tal según ciertos indicadores epidemiológicos como la prevalencia de la enfermedad, el impacto social, las intervenciones más eficaces en función del costo y la disponibilidad de recursos humanos capacitados en Salud Mental y Psiquiatría.

Estas áreas prioritarias engloban los trastornos mentales y del comportamiento que más frecuentemente padecen los chilenos y aquellos que mayor pérdida generan al Estado, por ejemplo a través de las licencias médicas, el absentismo, el bajo rendimiento laboral, accidentes y enfermedades físicas (Minoletti y Zaccaria, 2005). Engloban por tanto aquellos trastornos mentales frente a los que el Estado -en su afán protector- debe tomar medidas para otorgar solución en el menor plazo posible dado que conllevan mayor impacto social y económico. Constituye una medida estatal frente a esto, por ejemplo, el hecho de que hacia 2006 se establecen la Depresión, el Consumo Problemático de Alcohol y Drogas en menos de 20 años y la Esquizofrenia como parte de las Garantías explícitas de Salud (GES).

Las distintas prioridades programáticas en Salud Mental del Estado en el Chile de hoy se encuentran declaradas tanto en la página web del ministerio (www.minsal.cl) como en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) y casi en cualquier documento ministerial acerca de la Salud Mental de la población chilena. Sin embargo, si uno es minucioso, se puede observar que las áreas son denominadas de distinta forma en los distintos documentos oficiales y que, por ejemplo, no queda muy en claro

cuál es la diferencia entre un “programa”, un “área programática” o una “prioridad programática” o si es que a pesar de contar con distintas denominaciones dan cuenta de lo mismo. Por ejemplo, en la página web del MINSAL aparece una diferencia en la clasificación entre la Depresión, -que es tratada como un “Programa Nacional”- y las diferentes “áreas prioritarias” que son seis –(a) Alcohol y drogas; (b) Trastornos Mentales Severos: Esquizofrenia; (c) Violencia Intrafamiliar; (d) Alzheimer y otras demencias; (e) Rehabilitación; y (f) Calidad en Salud Mental-. Paralelamente, en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) son tratadas todas las anteriores áreas prioritarias como “prioridades programáticas”, sin hacer diferencia entre la Depresión y las demás áreas. Sin embargo en este último, “Calidad en Salud Mental” no es considerada una prioridad ni tampoco “Rehabilitación” pero sí toma en cuenta dos áreas que no están declaradas como tales en el MINSAL: la Salud Mental Infante Juvenil, a través del “Trastorno Hiperactivo/ de la atención (THDA)”¹⁵ y “Promoción y Prevención”.

Teniendo a la base esta poca claridad nominativa ministerial respecto a las clasificaciones de las distintas áreas a intervenir por parte de los profesionales de la Salud Mental a nivel nacional, arbitrariamente se considerarán en este trabajo bajo el nombre de “prioridades programáticas” tanto las áreas prioritarias en salud mental como los programas nacionales de salud mental prescritos por el ministerio. Además, se considerará la “Salud Mental Infante Juvenil” como una prioridad programática ya que se enmarca dentro del trabajo de la APS aunque no sea declarada por el ministerio como una de las áreas prioritarias en salud mental.

Al ser creadas en el marco de política pública nacional, cada prioridad programática tiene un marco de referencia específico para su forma de tratamiento que se encuentra plasmado en distintos documentos, entre ellos, las “Guías clínicas”. Estas guías consisten en protocolos ministeriales contruidos por distintas comisiones o grupos de trabajo de profesionales de la salud y de las ciencias sociales (en su mayoría doctores o psiquiatras en una proporción 7:1 en relación a psicólogos -véase guía Tratamiento Depresión-), a petición del MINSAL, que declaran, entre otras cosas, cuáles son los

¹⁵ Últimamente dicho diagnóstico se ha visto severamente cuestionado en los ámbitos médico, psicológico y educacional, en cuanto a su validez diagnóstica y su eficacia y ética en su tratamiento, por diversas razones tales como su alta prevalencia, variabilidad de la misma según contexto, su violenta aparición histórica, su incierto origen neurológico, el aumento explosivo de tratamientos psicoestimulantes de dudosa seguridad y eficacia, etc. Para más detalle se sugiere ver Encina (2010).

pasos a seguir frente a la detección de cierto trastorno prioritario y especifican las intervenciones más costo-efectivas existentes para el tratamiento.

Entre todas las prioridades programáticas, para efectos de este trabajo han sido consideradas para ser descritas a continuación sólo las aquellas que cuentan con una guía clínica específica para su tratamiento, dado que es este material ministerial y público el que será sometido a una revisión posteriormente.

2.3.4 Avances en materia de Salud Mental del Estado en Chile

Dado que en nuestro país la planificación de determinadas estrategias ministeriales en materia de Salud Mental están regidas por una lógica “cientificista” y “resultadista” esto vale decir, que operan en su gestión valores como la eficiencia, la eficacia en función del costo, los avances científicos, los métodos efectivos, etc., todo lo que se considere como un avance debe ser formalmente tratado y estadísticamente documentado. Entonces, en este apartado se expondrán -como es debido- los avances que ha supuesto en Salud Mental del Estado el cambio epidemiológico, logístico y estratégico de los últimos años en esta materia.

Por una parte, se ha observado un aumento sostenido del presupuesto fiscal otorgado al área de la Salud Mental del Estado en Chile: el aporte al área del presupuesto total nacional en salud aumenta de un 1% en el año 1990 al 2,4% en el 2003. Por otra parte, dentro del presupuesto total para la Salud Mental, su distribución para los distintos servicios cambia: del 74% que iba otorgado a los Hospitales Psiquiátricos hacia el año 90, hoy en día disminuye al 43%, dejando un cerca 46% del aporte fiscal para los centros comunitarios (Minoletti y Zaccaria, 2005). Por otra parte, uno de los avances más significativos de centra en la construcción de 4 programas para el tratamiento de los trastornos mentales prioritarios, programas que pretenden responder de forma eficaz a las necesidades de la población. El primero de ellos es el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión iniciado en 2001, luego está el Programa para el tratamiento de la Esquizofrenia y el Programa Alcohol y Drogas. Estos tres programas tienen cobertura GES. Por último, está el Programa de Reparación Integral de Salud y Derechos Humanos (PRAIS). También se considera un avance en esta materia la ampliación de la cobertura de atención pública en Salud Mental a partir del año 1990, debido a la contratación de mayor cantidad de

profesionales para el área de Salud Mental. Esto se asocia a la aplicación del modelo comunitario de atención y a la creciente importancia de la APS, que a su vez permite la desconcentración de los niveles especializados de tratamiento (nivel secundario y terciario). Debido a que se insiste en la evaluación continua de los estándares de calidad en la atención en Salud Mental (dada la influencia de cánones norteamericanos y europeos) se crea el “Programa de Mejoramiento continuo de la Calidad” que supone una evaluación integral y continua del sistema con todos los participantes. Dicha evaluación ha arrojado una alta satisfacción entre los usuarios (Minsal, 2000; Minoletti y Zaccaria, 2005). Por último, se considera que a raíz de la importancia epidemiológica que ha tenido en el último tiempo, la Salud Mental a través de sus instituciones, profesionales, usuarios y familiares de éstos tiene hoy un mayor impacto e influencia en la creación de políticas públicas a nivel nacional.

2.3.5 (De)limitación del tratamiento “mental”: Guías Clínicas

Para las áreas programáticas Depresión, Alcohol y Drogas, Esquizofrenia, Salud Mental Infante Juvenil y Violencia Intrafamiliar se han construido ciertas “Guía Clínicas” específicas que orientan el trabajo clínico en cada uno de estos casos, estableciendo cuáles son los pasos correctos a seguir luego del ingreso y del debido diagnóstico de cada uno de estos casos por un profesional de la salud estatal. Todas fueron creadas entre los años 2005-2009 por comisiones diversas constituidas principalmente por doctores, psiquiatras, y en menor medida por trabajadores sociales psicólogos, asistentes sociales o matronas. Específicamente, en la Guía Clínica orientada a la población infante-juvenil, participa en su construcción una comisión de profesionales que trabajan en el Servicio Nacional de Menores (SENAME) dada la óptica relacionada con el ámbito penal de los jóvenes con distintos trastornos que allí se describen (en su mayoría se describe el tratamiento de jóvenes infractores de ley que cursan algún trastorno mental). En general, cada Guía Clínica entrega ciertos antecedentes (mórbidos, epidemiológicos, estadísticos, históricos) acerca del trastorno del cual trata, su definición, elementos específicos para la sospecha diagnóstica y cómo realizar la confirmación diagnóstica, así como múltiples intervenciones según grado de evidencia para su tratamiento, entre ellas las psicoterapias más adecuadas y farmacoterapias. A su vez, la mayoría de las guías contienen al final diversos algoritmos que señalan los distintos pasos a seguir por el profesional tratante de las personas con el trastorno X, algoritmos que asocian en red las distintas instituciones

involucradas (nivel primario, secundario, terciario). A continuación, se describirán los puntos centrales de cada Guía Clínica.

2.3.5.1 Guía Clínica: Tratamiento de Personas con Depresión

El Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Chile se inició en el año 2001 y declara prestar atención especial al cuidado integral de los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial (PNSM, 2001). Como se señaló anteriormente, la frecuencia con que se presenta la depresión en Chile y el mundo, y sus efectos en la calidad de vida de las personas que la padecen, determinó que esta patología fuese incluida en la modalidad GES, que encarne un área prioritaria en salud mental en el país a partir del 1º de julio del año 2006, y que por lo tanto su abordaje y tratamiento en los establecimientos de Salud Estatal se establezcan claramente en una Guía Clínica ministerial.

La orientación hacia a evidencia de la guía aparece de inmediato cuando uno comienza a analizar la metodología de elaboración de ésta, dado que consistió en búsqueda sistemática de literatura en diversas bases de datos, guías clínicas basadas en la evidencia, estudios de corte transversal, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, lectura crítica y resumen de artículos de acuerdo a normas internacionales, revisión de artículos metodológicamente adecuados, entre otras fuentes. La guía clínica se estructura inicialmente entregando antecedentes epidemiológicos, estadísticos duros acerca de la patología depresión, datos acerca de su prevalencia a nivel mundial, latinoamericano y nacional, de los distintos tipos de depresiones que se desprenden y diferenciándolos mayormente por género y por duración del trastorno.

Propone que en una primera instancia la depresión puede ser tratada *“con éxito por médicos no especialistas en conjunto con profesionales de salud debidamente capacitados”* (p.5) pero que es necesario derivar a especialista a las personas con “depresión severa”, es decir, aboga por una derivación médica a profesionales más especialistas conforme el trastorno sea más grave. La guía propone como definición del trastorno la *“alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos dos semanas). Con*

frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos” (p.6), definición operacional del MINSAL muy al estilo CIE-10 o DSM.

En cuanto a los pasos a seguir para la sospecha diagnóstica del trastorno, la guía propone tres preguntas que, al ser contestadas afirmativamente, confirmarían la sospecha de un trastorno depresivo. Luego, para su correcto diagnóstico, exige la utilización de la clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales de la OMS versión 10 (CIE 10) y señala los 4 trastornos que, según este criterio, se incorporan en la Garantía, clasificación que contiene a su vez graduación según severidad (leve, moderado, grave): Trastorno afectivo bipolar; Episodio Depresivo, Trastorno Depresivo Recurrente y Distimia. La severidad de cada uno dependerá del número (cantidad) de síntomas que el paciente presenta y la severidad de ellos y se señala como deber que el diagnóstico sea *“clínico y realizado en una entrevista que utilice criterios diagnósticos como los criterios del CIE-10” (p.7).*

La guía presenta cada una de las definiciones para cada uno de los 4 trastornos y a su vez presenta diversas tablas con los *distintos* Criterios Diagnósticos para cada uno de ellos, que surgen de adaptaciones de la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. La gravedad del trastorno depresivo está condicionada por la cantidad de síntomas que estén presentes (para depresivo leve dos o tres síntomas del criterio B, para el moderado al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del C y para el grave deben existir tres síntomas del B y síntomas del C con un mínimo de ocho síntomas en total) y su diagnóstico se realiza utilizando los criterios diagnósticos para episodio depresivo según CIE-10 (véase tabla N°6, p.8 de la Guía).

La guía se extiende re-relatando las intervenciones para la “sospecha diagnóstica” y para la “confirmación diagnóstica”, para esta última son requeridas dos entrevistas para diagnóstico clínico según criterios CIE-10 y psicosocial. La primera realizada por *“médico no especialista” (p.10);* y la segunda por profesional de la salud. También se requieren en este paso la toma de diversos exámenes para descartar otras enfermedades que puedan estar produciendo los síntomas. Sin embargo, para los trastornos de carácter severo, existe otro protocolo a seguir que consiste también en una entrevista con las mismas características pero esta vez realizada por psiquiatra; una evaluación psicodiagnóstica y una evaluación integral por el equipo de Salud

Mental. La guía también se refiere a las intervenciones para el tratamiento de casos confirmados, haciendo especial énfasis en el marco de la relación terapéutica, exigiendo que deben reducirse al máximo las barreras que puedan impedir el éxito del tratamiento y que en relación a esto, las intervenciones deben estar orientadas a aumentar la adherencia al tratamiento, dado que la baja de ésta y el abandono son *“dos de los principales factores de fracaso”* (p.11). Dentro de las intervenciones que deben estar orientadas a aumentar la adherencia se enumeran una serie de estrategias como, por ejemplo, visitas a domicilio, integración de un familiar a los controles, seguimiento y controles telefónicos, etc.

Otra de las intervenciones señaladas por la guía corresponde a la “consultoría de salud mental”, encuentro de trabajo regular del equipo de salud general con el de especialidad, que es caracterizada como *“una de las prestaciones de mayor costo-efectividad para el diagnóstico y tratamiento de personas con depresión”* (p.12). Dentro de las intervenciones para personas con Depresión y Distimia Leves a Moderadas se encuentra un “tratamiento integral”, basado en dos ejes que son: la intervención psicosocial (individual/grupal) y la farmacoterapia. Los objetivos que dichas intervenciones deben atender se especifican claramente: *“(1) reducir y eliminar todos los signos y síntomas del trastorno; (2) restablecer el funcionamiento psicosocial; y (3) minimizar las posibilidades de recaídas”* (p.13). Se considera como fundamental para alcanzar dichos objetivos la evaluación diagnóstica, comenzando por la exploración de los aspectos físicos y luego los emocionales. Se señala que en casos en los que los síntomas depresivos están asociados a eventos negativos de la vida cotidiana, *“para lograr la efectividad del tratamiento las intervenciones deben incorporar estas situaciones de vida”* (p.13). Se establece una diferencia entre pacientes que presentan síntomas leves (que responderían positivamente sólo con intervenciones psicosociales) y quienes presentan síntomas severos y perturbadores (que deberían iniciar tratamiento con fármacos y luego apoyo psicosocial).

Gran importancia se encuentra otorgada a la sección de las *intervenciones según grado de evidencia*, donde se recalcan aquellas intervenciones que se han demostrado efectivas en el tratamiento de los distintos trastornos depresivos. Entre ellas se encuentran las intervenciones psicosociales de orientación cognitiva conductual y la de orientación a la resolución de problemas, que han sido efectivas para el tratamiento de lo leve a moderado. Por otra parte, se tiene a los fármacos ISRS

en los cuales no se ha encontrado diferencias importantes en su acción antidepresiva y se señala la dosis recomendada que aquellos *más usados*. Para las patologías de carácter severo, que se obtienen cuando a los síntomas de los pacientes leves o moderados se le agregan otros (p.e riesgo suicida), se recomienda que sean derivadas *necesariamente* para tratamiento con especialista. Lo que la guía dispone como consideraciones generales para el tratamiento de personas con depresión severa es una intervención que lleve a obtener una *adecuada* alianza terapéutica y que integre el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y otras intervenciones psicosociales. Detalla las dosis y efectos adversos de los fármacos en diversas tablas de contenidos. Dentro de las psicoterapias que son consideradas en la guía se encuentran -dado su grado de eficacia en el tratamiento- la de orientación cognitivo conductual y la terapia conductual como efectivas en el control de síntomas depresivos; a su vez que la terapia de orientación psicoanalítica breve es catalogada *como “dentro de las terapias probablemente eficaces para la depresión monopolar y como efectiva para las depresiones bipolares”* (p.22). La terapia conductual aparece como *efectiva* en el tratamiento de la depresión en adolescentes. La guía ofrece una tabla como guía para la selección de una psicoterapia apropiada según objetivo primario: remoción de síntomas, restauración del funcionamiento normal psicológico y ocupacional, prevención de recaídas o recurrencia, corrección de problemas psicológicos, aumentar adherencia a la medicación y corrección de consecuencias secundarias al trastorno depresivo. Por último, la guía presenta su construcción de algoritmos de Diagnóstico y de Conductas para los diferentes aspectos del problema: población afectada, grado de severidad, tratamiento, etc.

2.3.5.2 Guía Clínica: Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años

Esta GES surge dada la necesidad de intervenir en forma temprana a un grupo que no ha terminado su desarrollo evolutivo y por lo tanto, disminuiría muchos de los daños futuros asociados a esta situación, por ejemplo, enfermedades físicas y mentales, problemas escolares, inserción laboral futura, dificultades familiares, comisión de delitos... en resumen todos aquellos problemas que implican *“elevados costos para la sociedad”* (p.7). Se establece que dentro del proceso de desarrollo de los diversos ámbitos del ser humano, cognitivo, físicos, emocionales y sociales, los adolescentes tienen necesidades y demandas específicas. Esta preparación de respuestas

específicas para este grupo responde entonces a la tendencia mundial de contar con programas de tratamiento separados de los programas para adultos, dado que el consumo en esta etapa tiene una significación específica diferente al consumo en la etapa adulta.

En la revisión epidemiológica se constata que la realidad del uso de sustancias en adolescentes chilenos merece preocupación según el sexto estudio nacional de drogas en la población general de Chile de CONACE (2003), que muestra que la prevalencia de vida de consumo de alcohol en este grupo llega a un 63% (p.7). Según otro estudio de CONACE del año 2005, dentro de la población escolar de Chile el alcohol es la droga de mayor consumo. Se plantea un marco para el cuidado de la salud en este grupo (según la Organización Panamericana de la Salud) que considera “fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural” (p.8). La guía declara ciertas variables importantes a tener en cuenta en el desarrollo de estrategias de intervención: género, vulnerabilidad social, etnia, etapas de la adolescencia y conflicto con la justicia.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LOS ADOLESCENTES EN RELACIÓN AL ABUSO DE SUSTANCIAS

- 1) *Patrón de uso y dependencia a sustancias*, ya que es en la adolescencia donde más frecuentemente se produce el inicio del uso, tienen mayor tendencia al abuso, poseen una gran influencia del contexto familiar y escalan hacia una rápida progresión a la dependencia
- 2) *Problemas derivados del consumo*, ya que los adolescentes abusadores y dependientes presentan menor acumulación de problemas médicos que los adultos, lo que podría incidir en una menor motivación al cambio por parte de este grupo ya que tienden a ver más las ventajas que las desventajas del consumo. Sin embargo, se establece que el abuso afecta el logro de una serie de tareas de la etapa de desarrollo que merma su desempeño psicosocial
- 3) *El desarrollo biológico* que se refiere mayoritariamente al desarrollo cerebral del adolescente y que el abuso de sustancias podría afectar en funciones que dependen en gran medida del lóbulo frontal, como el control de impulsos y el manejo motivacional

Fuente: Ministerio de Salud (2007)

En cuanto a los alcances de la guía, está construida para personas dentro del rango etario que presenten *Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas* de acuerdo a la clasificación CIE-10 de la OMS exceptuando el consumo de tabaco y cafeína, trastorno que incluye el *Consumo Perjudicial* y el *Síndrome de Dependencia*. El documento está dirigido a equipos de salud de APS y de Salud Mental y Psiquiatría. En la declaración de intención, se señala que la guía no fue elaborada para establecer estándares de cuidado para pacientes y que la adherencia a las recomendaciones no asegura desenlace exitoso. La guía hace otra declaración acerca de sus objetivos que consisten en 1) mejorar la pesquisa, el diagnóstico y el tratamiento integral de esta población; 2) mejorar su inserción laboral y educacional; y 3) aportar a la disminución de conductas violentas o trasgresoras a la ley.

El documento hace referencia a ciertas recomendaciones a seguir en cuatro grandes áreas: *Prevención primaria, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento*. Cada de de estas recomendaciones ha sido elaborada bajo estrictos niveles de *evidencia* y *grados de recomendación* provenientes de (de mayor a menor nivel de *evidencia*) ensayos aleatorizados; estudios de cohorte, de casos y controles; ensayos sin asignación aleatoria; estudios descriptivos; y opinión de expertos. De mayor a menor *nivel de recomendación*: A altamente recomendada, B recomendada, C recomendación basada en opinión de expertos o estudios de baja calidad y D Insuficiente información para formular recomendación.

Específicamente en relación a la prevención primaria, la guía establece según un nivel de *evidencia 3* y un *grado de recomendación C*, que el espacio más privilegiado para evitar consumo es el ámbito educacional, ya que la educación en si misma es preventiva, y que las mejores prácticas se basan en la ejecución de módulos de contenidos en el contexto escolar adaptando los contenidos y metodologías a la etapa de desarrollo en que se encuentra el adolescente, y que deben incorporar no sólo al adolescente sino que al conjunto de la comunidad escolar. Con el mismo grado de evidencia se establece que deben realizarse iniciativas de prevención en el ámbito comunitario y que deben estar basadas en la participación de las personas en el lugar donde llevan a cabo sus actividades cotidianas. Se debe informar y capacitar en el desarrollo de habilidades, valores y actitudes frente al consumo.

Según *nivel de evidencia 4*, la acciones en el nivel de salud deben estar orientadas a la detección precoz y la pesquisa de personas con consumo problemático en forma activa y, para tal efecto, existe hoy el *Programa de Detección y Tratamiento temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas*. La detección y evaluación diagnóstica se realiza mediante la aplicación del instrumento de tamizaje a *todo* consultante mayor de 15 años, la aplicación del cuestionario AUDIT y una entrevista familiar. Además, establece que se debe realizar acogida (*evidencia 4*), llevar a cabo una intervención motivacional (*evidencia 4*), mantener a lo largo del tiempo una adecuada relación con los adolescentes (*evidencia 4*), velar por la continuidad del tratamiento y la inserción en la comunidad, y una intervención terapéutica con adolescentes que tengan compromiso biopsicosocial leve a moderado, que puede ser manejado en APS (*evidencia 4*).

En relación a la confirmación diagnóstica, se establece que los adolescentes pueden diagnosticarse según criterios CIE-10 como *Consumo Perjudicial* o de *Dependencia* pero sólo cuando se presenten criterios suficientemente claros. Cuando esto no suceda, sólo se puede establecer un diagnóstico no diferenciado de consumo perjudicial/problema (*evidencia 2 recomendación B*). Esto, dado que la tolerancia producida por el consumo tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia en este grupo, así como los problemas físicos asociados no son tan frecuentes y el abandono de las actividades regulares puede no estar presente. Para diagnosticar *Consumo Perjudicial* o *Dependencia* y su severidad, se deben considerar los criterios CIE-10 y las siguientes variables psicológicas y sociales: patrón de consumo, compromiso biopsicosocial (CBPS), presencia de familia multiproblemática y presencia de co-morbilidad en salud mental. Si en todas las variables la persona se encuentra en un rango de severidad de riesgo alto se debe derivar a equipo de Salud Mental y Psiquiatría. El criterio CIE-10 para el diagnóstico de *Consumo Perjudicial* se refiere a una “*forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud incluido el deterioro del juicio o alteraciones del comportamiento*” (p.15). Debe haber pruebas de que el consumo ha persistido por al menos un mes o se ha presentado en reiteradas veces en un período de un año. Por otro lado, *Dependencia* según este criterio, es el “*conjunto de manifestaciones físicas, conductuales y cognoscitivas que demuestran que el consumo de una o más sustancias adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían mayor valor*” (p.16). Para establecer su diagnóstico es

necesario que al menos tres de 6 criterios estén presentes durante al menos un mes o en forma repetida en un periodo de 12 meses, entre ellos, deseo intenso de consumir, dificultades en controlar el consumo, presencia de tolerancia, abandono progresivo de otras fuentes de placer, etc.

Para establecer la severidad del consumo se establecen tres categorías, “consumo de bajo riesgo”, “consumo de riesgo moderado” y “consumo de alto riesgo”, clasificación que depende de una serie de patrones de consumo como edad de inicio, sustancia consumida, frecuencia del consumo, vía de administración, etc., así por ejemplo, un adolescente que consume alcohol y marihuana solamente es menos riesgoso que aquel que padece policonsumo o si consume sustancias vía oral es menos riesgo que aquel que se inyecta, etc.

Como se tiene de norte un diagnóstico y tratamiento lo más integral posible, se considera necesario prestar especial atención a la presencia de comorbilidad con otra enfermedad mental así como al CBPS, para lo cual también existe un tabla que señala las distintas dimensiones biopsicosociales que deben ser consideradas: salud mental y física, desarrollo psicoemocional, familia, reparación, socialización y modulación de conductas trasgresoras e integración social. Según la cualidad de estas distintas áreas, por ejemplo si el adolescente en el área de integración social tiene una adecuada integración a la institución o si logra o no armonizar tiempos de labores con los de ocio, se evalúa su CBPS en: Sin CBS; CBPS Leve; CBPS Moderado; o CBPS Severo. Dentro de los aspectos a evaluar se considera el tipo y estado de la familia, donde es importante a considerar la presencia de la familia multiproblemática, aquella en la cual se han perdido los roles y figuras de autoridad y existe falta de cohesión, entre otras cosas, dado que este grupo familiar *“no puede brindar apoyo al adolescente ni ser parte activa en su tratamiento” (nivel de evidencia 2 recomendación A)* (p.17).

En cuanto al tratamiento, la guía es enfática en considerar sólo aquellas intervenciones terapéuticas *efectivas* para este trastorno, alternativas que se derivan de una síntesis de evidencia acerca de aquellas que *“poseen las mayores evidencias sobre su efectividad clínica en esta área”* (p.18). Dentro de las intervenciones que se enumeran se encuentra la Entrevista Motivacional (EM) que tiene por objetivo el modificar hábitos y que se debe utilizar en todos los adolescentes diagnosticados. El

profesional aquí debe implementar un estilo empático, desarrollar las discrepancias de una forma no confrontacional y estimular la auto-eficacia del paciente (*evidencia 1, recomendación A*). Dentro de las intervenciones a seguir también está la Psicoterapia Individual (PI), dentro de la cual se recomienda la utilización de la psicoterapia expresiva/de apoyo y la psicoterapia interpersonal, ya que ambas resultan “*altamente efectivas*” (p.19) en estas personas. También se explicita que se debe utilizar de forma individual o grupal en todos los planes de tratamiento la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) dado que se ha demostrado que es *efectiva* en reducir el uso de sustancias (*evidencia 1, recomendación A*) y la Terapia Familiar (TF), que aparece como “*ampliamente efectiva*” (p.20) para, por ejemplo, enganchar a las personas a tratamiento.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se describe que “*el abordaje de las dependencias debe incluir la administración de medicamentos debidamente prescritos y monitoreados*” (p.20) y que existen tratamientos tanto para la dependencia a sustancias como para las patologías mentales concomitantes. Se indica el uso de benzodiazepinas para el *Síndrome de Dependencia* (*evidencia 4, recomendación C*).

Por otra parte, está diseñada la implementación de planes de tratamiento de distinta intensidad basados en un criterio establecido por la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AACAP) en el 2004, que ha “*potenciado el efecto de las intervenciones*” (p.21). Entre los planes que se señala, se encuentran el Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico (3 o 4 hrs. 2 o 3 días a la semana) para aquellos que presenten consumo problemático de riesgo moderado sin enfermedad mental severa, un compromiso biopsicosocial moderado y que cuentan con apoyo familiar. Se detallan todas las intervenciones incluidas dentro de este plan, por ejemplo, la EM, TCC, Intervenciones familiares, Consejería, Psicoeducación, etc. También tenemos el Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (6 hrs. 5 días a la semana) que está indicado para aquellos casos de riesgo moderado junto con enfermedad mental severa, y que cuenta con casi la totalidad de intervenciones del Plan Ambulatorio, con la inclusión de terapia ocupacional y coordinación con equipo psicosocial externo para el tratamiento e inserción social. Otro es el Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario (2 a 3 hrs. 4 a 5 días a la semana) para aquellos que tienen consumo de riesgo moderado, CBPS Severo, no presentan enfermedad mental severa y poseen una familia multiproblemática, y que incluye también todas las intervenciones anteriores más el aprendizaje de habilidades sociales. Existe también el

Plan de Tratamiento Residencial (24 hrs. Al día, 8 hrs. Terapéuticas, 7 días a la semana) orientado para aquellos adolescentes de alto riesgo, CBPS severo y familia multiproblemática, con las mismas intervenciones pero cuidados 24 horas al día en ambiente terapéutico. Por último, se tiene la Hospitalización de Corta Estadía (24 hrs. Al día, 7 días a la semana) para los casos en los que hay riesgo vital o enfermedad mental grave (psicosis). La evidencia establece que luego de tres meses de tratamiento en estos Planes, la persona obtiene resultados significativos desde el punto de vista terapéutico y de *“ajuste social”* (p.24).

La evidencia señala que la existencia de una planificación del alta debe ser realizada por parte del equipo terapéutico y que la mantención del contacto luego de dejar el programa sirve para aumentar la eficacia.

2.3.5.3 Violencia intrafamiliar: Detección, Diagnóstico y Tratamiento

Haciendo alusión a los conceptos generales acerca de la violencia intrafamiliar (VIF), esta guía relaciona la VIF marcadamente con las mujeres, estableciéndola como constituyente de un *“problema psicosocial, de compleja causalidad y de múltiples efectos a nivel individual, familiar y social, de un alto impacto en la salud de las mujeres y sus familias”* (p. 3). Otorga especial relevancia a la APS, dado que desde que existe la ley de VIF (1994) y desde que se realiza la Reforma del Sistema de Salud, se ha dado un carácter de mayor importancia a este problema, abriéndose la atención en los Centros de Salud de Atención Primaria, dándole una atención integral con enfoque familiar. La guía define a la VIF como un *“resultado del abuso de poder y victimización de un miembro de la familia por parte de otro, quien presenta mayor poder relativo, a nivel físico, psicológico, económico o social”* (p.4).

Epidemiológicamente, destaca como fenómenos más frecuentes de VIF el maltrato y/o abuso sexual infantil, maltrato hacia los ancianos y la violencia hacia la mujer, grupo que caracteriza como el que mayor riesgo corren en entornos domésticos y familiares: según la ONU, la violencia en el hogar es la principal causa de las lesiones que sufren las mujeres entre 15 y 48 años de edad en el mundo.

La guía se refiere extensamente al fenómeno de la VIF en Chile, entregando cifras acerca de su prevalencia y su repercusión en las mujeres. De los datos más

importantes se tiene que, por ejemplo, el 50% de las mujeres chilenas ha experimentado situaciones de violencia en la relación de pareja alguna vez en la vida, y que la violencia sexual en la pareja tiene una prevalencia de un 15%. También se establece que la VIF tiene un alto impacto en la Salud Mental de las mujeres: experimentan el doble de síntomas de trastornos de salud mental que aquellas mujeres que no padecen VIF. Luego de una evaluación al programa, se establece una relación estadísticamente significativa entre depresión y violencia en la pareja: el 51% de las mujeres con pareja usuarias del Programa de Depresión refirieron haber vivido algún tipo de episodio de violencia. También se establece que la presencia de violencia de cualquier tipo se asocia a una mayor severidad en el cuadro depresivo.

Luego de establecer ciertos lineamientos sobre la violencia hacia la mujer y su repercusión en los servicios de salud, la guía se refiere a ciertos conceptos generales acerca de la VIF y acerca de las manifestaciones de violencia en la pareja, fenómeno que se desglosa en abuso físico, psicológico o emocional, abuso sexual y abuso financiero. Parte importante de la guía se refiere a la detección de la VIF, que clasifica como dificultosa ya que el maltrato no sería expresado espontáneamente *por las mujeres* por diversas razones como miedo, vergüenza, interiorización de la violencia, protección a la pareja y falta de conciencia de síntomas. La detección de la VIF se realiza mediante la *aplicación* de una entrevista y la *aplicación* de un instrumento de detección que costa de 3 preguntas cuyas respuestas pueden ser SI o NO. Algunos de los criterios para la *aplicación* de la entrevista son *“invitar a la persona a sentirse cómoda”*; *“demostrar interés y preocupación”*; *“expresar comprensión por la complejidad de la situación”*; *“reconocer sentimientos y emociones de la persona”*; *“motivar para que ocupe un rol activo dentro de sus relaciones y deseche rol pasivo que ha establecido en la mayoría de sus relaciones”* (p.13). A su vez, se presentan sugerencias para la aplicación del instrumento como tener una relación previa con la persona y preguntar en forma directa y no valorativa.

La atención de mujeres que viven VIF se entiende como un proceso que parte con el diagnóstico y le sigue la intervención, cuyos objetivos están previamente establecidos: *(1) favorecer la protección y eliminar la violencia, (2) disminuir las consecuencias de la violencia en la mujer y su familia y (3) favorecer el desarrollo sano de relaciones de pareja y familia* (p. 15). La intervención integral se divide en tres fases 1) diagnóstico e intervención de primer orden, 2) intervención psicosocial grupal y 3) atenciones

paralelas alternativas, que se desglosan en intervención psicosocial individual; consulta social o consultoría familiar; y visita domiciliaria.

La primera fase, considerada una etapa crucial ya que determina la consecución de los propósitos que este tipo de intervención demanda al nivel de APS, está centrada en desarrollar una evaluación integral del caso, fortalecer los recursos personales y relacionales para su protección y construir un motivo de consulta en violencia para el proceso de continuidad de la intervención. Tiene una duración de dos sesiones individuales de 60 minutos cada una y toma en consideración la caracterización con que la mayoría de mujeres se presenta: baja autoestima, daño en sus relaciones interpersonales, vida emocional alterada y falta de autonomía. Esta entrevista tiene como objetivos: establecer un vínculo de ayuda, evaluar las dimensiones del problema, construir en conjunto motivo de consulta en VIF, propiciar recursos y habilidades que fortalecen a la persona afectada y vincularla a recursos de atención especializada. Para esta fase, se requiere de cierta actitud terapéutica que consiste en establecer vínculo de ayuda significativo con la persona, reconocer emociones, establecer confidencialidad relativa y estar atento a los contrasentimientos, entre otros. La VIF está contemplada como un síndrome y por tanto, síntomas y signos deben ser evaluados mediante la aplicación del Instrumento de Diagnóstico en VIF para acceder a una mirada *eficiente* de cada caso y poder diseñar las estrategias de intervención. Este instrumento recoge la propuesta de valorar el comportamiento de un total de seis ejes: violencia, social, sintomático, personalidad, jurídico, interaccional y género. El primer eje proporciona una caracterización de la violencia en todas sus dimensiones y es la base para la intervención de primer orden. Explora entre otros, la relación de violencia; tipos de ésta (psicológica, física, sexual y económica) en gradiente de menor a mayor gravedad según puntaje obtenido; severidad; características de la violencia; data; ciclos; conciencia; además de reconocer otros fenómenos abusivos en la familia, por ejemplo el maltrato infantil. Se establece que las personas con perfil leve (físico) o moderado (psicológico, sexual y económico) reciben tratamiento en APS y aquellas con perfil moderado (físico) a severo (psicológico, sexual y económico) deben ser derivadas a nivel secundario.

La guía también considera ciertos factores como esenciales para establecer un Plan de Protección más integral, entre ellos, las manifestaciones de agresión física de parte de la persona hacia su pareja (riesgo de homicidio, conductas de heteroagresión);

violencia cruzada; contexto de la violencia y descripción del último episodio (reconocimiento de desencadenantes); antecedentes de violencia y grado de normalización de la violencia y el abuso.

En el eje sintomático se pretende evaluar los síntomas psíquicos y/o somáticos que están presentes en la persona para evaluar daño y condiciones de la persona para enfrentar el proceso de salida de la situación de violencia. Contempla la aplicación de pautas estandarizadas que permitan establecer presunción diagnóstica, que debe ser confirmada por médico general o especialista. El primer grupo de síntomas a indagar son los trastornos depresivos mediante criterios CIE-10; luego se diagnostica la presencia o no de los trastornos de ansiedad generalizado, pánico, fóbico o de estrés post traumático, según la cantidad de respuestas SI en cuanto a la presencia de determinados síntomas (preocupación, sensación de angustia, temor, inquietud, opresión en el pecho, palpitaciones, temblores, sensación de ahogo, etc). Por último, se tienen los trastornos somatomorfos a evaluar, los síntomas de trastorno de personalidad y el consumo de psicofármacos.

En la evaluación del eje social se exploran las características sociales de la persona y su familia incluyendo aquella que ejerce abuso, la composición familiar, la cualidad de las relaciones, salud, características socioeconómicas, de vivienda y permite diagnosticar factores mantenedores de violencia, factores protectores o recursos, competencia y calidad e los vínculos. Incluye la evaluación de las redes sociales caracterizándolas como de 1) aislamiento social-emocional, 2) red primaria débil, y 3) red primaria y secundaria de apoyo.

En el eje de personalidad se evalúa la personalidad de la persona víctima de violencia, evaluación que permite reconocer la presencia o ausencia de determinados recursos, habilidades o problemáticas, presencia de patología psiquiátrica, rendimiento intelectual y características de establecimiento de vínculo terapéutico. También se evalúa la personalidad de la pareja de la persona (si presenta condiciones para responder al control social) y factores de riesgo vital.

El eje jurídico contempla caracterizar desde el marco jurídico y de los derechos, la situación de violencia; el eje interaccional se refiere a las dinámicas particulares de la relación de pareja, su pauta relacional; y por último, el eje género incluye aspectos de

la individualidad que tienen que ver con la especificidad de la representación cultural de los roles femeninos y masculinos. También se evalúan las soluciones intentadas por la consultante o la pareja.

Dentro de la etapa de co-construcción del motivo de consulta, se establece que el entrevistador *no debe tener una actitud de neutralidad* frente a la violencia sino que debe compartir con la consultante la definición propia del problema como una situación dañina para quienes la viven y mostrarle a la usuaria cómo pareciera que se está presentando en su propia vida. Es decir, *“la co-construcción del motivo de consulta VIF siempre implica la desnormalización de la violencia como forma de relación en la pareja (...) definir la violencia como problema a ser abordado de manera específica”* (p.27). Se debe generar un compromiso de cambio propio en la mujer que vive esta situación.

En cuanto a las intervenciones para la VIF, la guía prescribe tanto intervenciones psicosociales grupales como individuales, intervenciones familiares, visitas domiciliarias, sesiones de control y seguimiento e intervenciones paralelas, como tratamiento farmacológico y consulta jurídica.

La intervención psicosocial grupal es la modalidad más aplicada en la APS y consta con un Manual de Intervención Grupal. Es así, dado que presenta la ventaja de ser el que *absorbe mayor cobertura y la demanda de manera inmediata*, se desarrollan en él aspectos terapéuticos, educativos y de red social y se erige de cierta forma en contra el secretismo, aislamiento y rigidización de repertorios relacionales que la problemática suele presentar. Es una modalidad específica para ser brindada a mujeres con VIF leve a moderada sin riesgo vital. Consta de 12 sesiones cada una de duración de 2 horas y sus objetivos son, entre otros, la desnormalización de la violencia, aumento de la autoestima, disminuir el aislamiento, desarrollar autonomía y ampliar el repertorio interaccional.

Las intervenciones individuales, por otra parte, son asignadas a mujeres que no cumplen con los requisitos para la intervención grupal pero que sí deben ser tratadas en APS, que requieren contención y estructuración de su estado psicoemocional, y para aquellas que por sus características puedan dificultar el trabajo colectivo. Dentro de sus objetivos se encuentran fortalecer la toma de conciencia de la situación de

violencia, eliminar manifestaciones de abuso y desarrollar habilidades psicoemocionales. Para este fin se promociona el enfoque estratégico.

Las intervenciones familiares están consideradas en esta guía como la inclusión de otras personas significativas en la intervención individual en función del logro de los objetivos, pero no es recomendable incluir a quien ejerce el abuso dadas las posibilidades que se reproduzcan las dinámicas de abuso en la intervención. Esta intervención está indicada para personas que presentan escasos recursos propios para detener la violencia.

La visita domiciliaria se considera una medida complementaria a la entrevista diagnóstica, en casos donde hay presencia de factores mantenedores de carácter social o familiar y pretende favorecer el espacio familiar como beneficioso en la introducción de acciones de control social y protección de la mujer. Sus objetivos están claramente establecidos como: *desarrollar intervenciones familiares orientadas a potenciar factores protectores y reducir factores de riesgo, proporcionar información en relación a la desnormalización y completar el proceso de evaluación e intervención de primer orden (p.30).*

Las sesiones de control y seguimiento están prescritas para quienes estén prontas al alta o para quienes necesiten el rediseño de su intervención, y en los casos en que exista tratamiento farmacológico, se deben realizar tres sesiones. También es necesario en aquellas personas en las que existe una buena evolución sintomática pero donde la VIF persiste, cuando hay adherencia insuficiente o deserción y en los casos donde la VIF se agrava. Para el alta de la persona se aplica el Instrumento de Cierre de Caso VIF.

2.3.5.4 Orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental

Este documento está dirigido específicamente a los equipos de APS y surge frente a la demanda nacional de enfrentar los trastornos que afectan a la población adolescente (en alrededor del 20% predominan los factores del comportamiento, depresión, tabaquismo y violencia), población que es considerada como en una *“etapa crítica evolutivamente donde se pueden redireccionar situaciones de vida, replantear*

relaciones en el mundo y se puede contar con recursos para elaborar una identidad nueva” (p.8). Frente a esto, se ofrecen aquí recomendaciones basadas en la evidencia para favorecer el desarrollo psicosocial de los adolescentes.

Cabe destacar que supuestamente todos los conceptos y lineamientos planteados en la guía son consistentes con el Modelo de Salud Familiar de la APS a la vez que en ésta se entrega información acerca de las *“estrategias de intervención más costo-efectivas para brindar a los adolescentes” (p.9). Todas las recomendaciones están “basadas en experiencias con resultados efectivos en términos del desarrollo de ellos” (p.9).*

OBJETIVOS DECLARADOS DE LA GUÍA

- (1) Visualizar las problemáticas que afectan la salud mental de adolescentes en el nivel de APS*
- (2) Entregar herramientas técnicas que permitan mejorar las competencias en el equipo*
- (3) Facilitar elementos para una atención oportuna acorde a las características propias de este grupo etáreo*
- (4) Relevar la coordinación y la utilización de recursos de la red de salud y intersector para el abordaje de las problemáticas*

Fuente: Ministerio de Salud (2009)

La organización de las orientaciones va desde la consideración del contexto de la atención -recursos actualmente disponibles, instrumentos de registro, vinculación con el modelos de salud y vías de acceso de los adolescentes en la APS en el área de salud mental- hasta la especificación de elementos diagnósticos y tratamiento sugerido, *“según la evidencia disponible” (p.10). La guía se divide en 5 largos capítulos, cada uno con un desglose importante de temáticas: 1) Principios, Enfoques y Consideraciones generales; 2) Consideraciones generales de la Atención Preventiva de Salud Mental de Adolescentes; 3) Conductas normales/esperadas que pueden generar demanda por atenciones de Salud Mental: Descripción y abordaje técnico; 4) Factores y Conductas de Riesgo: Descripción y abordaje técnico; y 5) Cuadros clínicos en la Adolescencia.*

En el capítulo 1, se señalan elementos generales acerca de la salud mental en la adolescencia, el desarrollo normal en esta etapa del ciclo vital y ciertos principios orientadores que deben ser incorporados en el diseño, implementación y entrega de servicios para ellos, tales como la equidad, acceso universal, singularidad, integralidad, etc. También se hace referencia acerca de los enfoques teóricos que de cierta manera influyen la mirada en la intervención de este grupo, que reflejan variables que influirían su desarrollo y comportamiento, a la vez que incidirían en el abordaje de su salud mental. Entre ellos se encuentran el enfoque de determinantes sociales de la salud de los adolescentes; el modelo ecológico; el enfoque de género y de interculturalidad. Específicamente, el modelo ecológico es utilizado para *“la comprensión sistémica de la interacción entre los factores protectores y de riesgo en esta etapa y su impacto en la expresión conductual de los mismos”* (p.17). Los distintos factores de riesgo se clasifican en grandes áreas: Sociales, Comunitarios, Familiares e Individuales. Un ejemplo declarado de factor de riesgo del entorno - considerado un inhibidor del potencial de desarrollo- es la *“mercantilización de las necesidades de los adolescentes y sus símbolos identitarios”* (p.23).

En el capítulo 2, se hace referencia a la adolescencia y la APS y a las fuentes de demanda por Salud Mental en este contexto. También se desarrolla la definición del motivo de consulta y se señalan algunas consideraciones generales sobre farmacoterapia en la adolescencia. Por último, se muestra un esquema decisional general en la demanda por atenciones de salud mental en adolescentes. Este consta en un ordenamiento según gravedad de factores de riesgo, signos, síntomas y cuadros clínicos, que define los cursos de acción a seguir de acuerdo a la gradiente de severidad de éstos (leve, moderado y severo) y cuyo punto de partida está dado por la distinción entre *“el comportamiento esperado y el no esperado o anormal”* (p.39). Teniendo como principio orientador el esquema previamente señalado, en el tercer capítulo se describen conductas frecuentes típicamente constitutivas de la crisis normativa individual del adolescente pero que pueden motivar a una consulta: la excesiva atención al desarrollo físico e incomodidad con el propio cuerpo; inhibición social; baja en el rendimiento escolar; auto referencia; labilidad emocional y conductual, etc., y se indican frente a esto las intervenciones preventivas necesarias:

con las figuras maternas y paternas, con los mismos grupos de adolescentes y en el ámbito de la sexualidad adolescente¹⁶.

En cuanto a las intervenciones con grupos adolescentes, se hace referencia a aquellas que han tenido según la OPS *resultados positivos a mayor plazo y que han mostrado eficacia*: aquellas que incluyen una variedad de estrategias, en distintos niveles, con un plazo de al menos 3 a 5 años. Se alerta sobre aquellas que *no resultan efectivas* para la *asunción de conductas saludables y modificación de conductas*: intervenciones dirigidas a la entrega de información como elemento principal, aisladas, focalizadas en un solo tema, que incluyen mensajes amenazantes y que excluyen opciones conductuales. En cuanto a las intervenciones orientadas al ámbito de la sexualidad adolescente, se estima necesario un abordaje integral y los objetivos centrales son la prevención, lograr la capacidad de decisión, logro de la postergación del inicio de la actividad sexual y la adopción de conductas protectoras una vez que han iniciado actividad¹⁷.

Considerando el esquema del continuo acerca del comportamiento esperado/normal en el adolescente y aquellos comportamientos anormales, además de la presencia de factores de riesgo tanto leves, como aquellos que suponen observación de problemas de salud mental moderado (repetencia de curso, deserción, aislamiento, consumo exploratorio, etc) y severo (psicosis, depresión severa, agresión, conducta delictiva,

¹⁶ Acerca de las primeras intervenciones, se establece que *“inequívocamente la construcción de autonomía e identidad requiere guía desde las figuras paternas”* (p.42). Frente a esto, se recomienda que el profesional procure el entrenamiento de habilidades parentales/maternales y focalice el trabajo con los padres específicamente en 5 tareas fundamentales: *Amor y cercanía*, donde se enumeran estrategias como buscar momento de genuino, reconocer los buenos momentos, prepararse para la crítica y el debate, utilizar tiempo sólo escuchando, apreciar y reforzar nuevas áreas de interés y pasar tiempo juntos; *Supervisión y observación*, cuyas estrategias son conocer detalles del entorno del adolescente, contactar otros adultos que se relacionen con él/ella, aprender y observar signos de alerta, enterarse acerca de las relaciones afectivas de él/ella, entre otras; *Guía y límites* ya que los adolescentes *“requieren cuidadores que sostengan límites claros que muestren coherencia con los valores y reglas familiares”* (p.44) y para ello, entre otras cosas, se deben mantener reglas familiares, explicitar reglas y consecuencias de su incumplimiento. Por último, se debe reforzar el ser un *Modelo de comportamiento y referente de opinión*, que padres los apoyen en toma de decisiones y donde ellos deben ser un buen ejemplo.

¹⁷ Tiene como foco a los preadolescentes ya que la prevención es más efectiva en etapas tempranas del desarrollo. Se debe lograr mediante estas intervenciones que sean capaces de anticiparse, reaccionar y protegerse de insinuaciones sexuales, conocer claramente los valores y expectativas de los padres respecto a conductas apropiadas para interactuar con el sexo opuesto, decidir explorar su sexualidad y demostración de afecto sólo a través de conductas como tomarse las manos y besarse y tener una firme convicción personal en contra de iniciar relaciones sexuales a esta edad.

trastorno de conducta alimentaria severo), el capítulo 4 describe los factores de riesgo identificados tanto en el nivel familiar o microsocio e individual y sus consecuencias para el desarrollo. Específicamente, el capítulo desarrolla los factores de riesgo familiar, individual y su manejo, y también se refiere a otros factores y conductas de riesgo específicos para la adolescencia: enfermedad crónica o discapacidad, maltrato, abuso sexual, aislamiento social, matonaje, deserción escolar, grupo de pares en conductas trasgresoras, consumo exploratorio, relaciones sexuales desprotegidas, paternidad, autoagresiones y riesgo suicida. Para cada uno de estos factores hay una definición, su prevalencia, sus probables consecuencias para el desarrollo, su pesquisa, abordaje técnico y otras observaciones generales¹⁸. Las recomendaciones acerca del manejo de estos factores pasan por realizar intervenciones comunitarias e intersectoriales, sostener una mirada integral familiar explorando dinámicas relaciones, factores de riesgo, VIF, abuso o maltrato, apoyo afectivo proveniente de la familia; explorar todas las áreas de funcionamiento del adolescente e identificar figuras de apoyo, entre otras.

El último capítulo de la guía hace referencia a los cuadros clínicos en la adolescencia, específicamente al Trastorno de Conducta, Hiperactivo, Depresión, Consumo perjudicial y Dependencia, Ansiedad, de la Conducta Alimentaria y Esquizofrenia. Son considerados los problemas de Salud Mental prevalentes en la adolescencia y para cada uno de ellos se señala una definición, su prevalencia estadística, características, principales consecuencias para el desarrollo normal del adolescente, su pesquisa y se enumeran estrategias para su buen abordaje técnico.

El primero de ellos, Trastorno de Conducta en la adolescencia incluye al Trastorno Disocial Desafiante Y Opositor del CIE-10 y la acepción de Trastorno Negativista Desafiante del DSM IV. Su definición es *“un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante y hostil dirigido a figuras de autoridad de al menos 6 meses de duración”* (p. 84). Los ejemplos de esta conducta están dados por incumplimientos de acuerdos

¹⁸ En relación a los factores de riesgo familiar, se establece que el consumo de drogas se asocia a las familias con bajos niveles de cohesión, que tendrían escasa contención emocional y que influirían en la falta de internalización de normas como el autocontrol. Estos elementos junto a una familia multiproblemática, constituyen factores de riesgo para la depresión y la ansiedad adolescente. Lo que se identifica como factores de riesgo individuales son aquellas características propias del desarrollo de esta etapa que pueden facilitar el surgimiento de tensión con el entorno y que pueden transformarse en factores de riesgo activo si no existe contención. Se tienen la necesidad de reafirmación, de transgresión, de conformidad intra-grupal, sensación de invulnerabilidad, y susceptibilidad frente a las presiones del entorno.

familiares, tendencia a culpar a otros por comportamiento propio, escaso control de impulsos, trasgresión de normas y pueden llegar a constituir delito. Son frecuentes los conflictos familiares, falta de habilidades parentales que se traducen en la aparición de maltrato físico, estado de ánimo de tonalidad negativa con contenido depresivo, y factores de riesgo como pandillaje y consumo de sustancias entre otros. La pesquisa se debe realizar mediante una entrevista que explore la dinámica familiar en relación a los problemas de conducta, entre otros, explorando la actitud de los padres, intentos de solución y valores y creencias asociados al estilo de crianza. El abordaje técnico hace referencia a la necesidad de darle un espacio a los padres para trabajar el tema de los adolescentes, el fortalecimiento de las habilidades parentales que son las intervenciones que han mostrado *“mayor efectividad”* (p.85) en este tema y porque los adolescentes *“necesitan padres que monitoreen y modulen su conducta a través de límites claramente establecidos”* (p.85). Estas normas deben ser trabajadas para ser explícitas, concretas y consistentes.

En cuanto al Trastorno Hiperactivo, cuadro clínico que se identifica cuando se presentan déficit de la atención, hiperactividad o impulsividad en forma persistente y en más de uno de los ambientes del niño o adolescente, se establece que su tratamiento debe empezar desde el inicio del período escolar, ya que existe dificultad para acatar normas, son impopulares en grupo de pares, presentan actividad desorganizada y retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje. Su pesquisa debe ser realizada mediante un enfoque integral sistémico y la aplicación del cuestionario TOCA.RR y el test de Connors, un examen médico y un diagnóstico psicosocial dirigido a dilucidar condiciones del entorno familiar, escolar y social. Su tratamiento consiste de tres partes: tratamiento farmacológico con metilfenidato de lunes a viernes con suspensión en vacaciones; intervenciones psicosociales individuales y grupales mediante psicoeducación, entrenamiento de habilidades parentales, entrenamiento de habilidades sociales de grupo como la asertividad, resolución de conflictos, autocontrol, intervenciones educativas y grupos de autoayuda. Por último, se tiene un seguimiento al tratamiento mediante consulta, vistas domiciliarias y rescate.

En cuanto a la Depresión en la adolescencia, la guía sostiene que los criterios diagnósticos usados para la depresión en adolescentes son similares a la de la depresión en adultos por lo que es homologable, sin embargo existen diferencias

clínicas, pronósticas y terapéuticas según esta etapa evolutiva. Los síntomas útiles para la pesquisa entre otros son baja autoestima, desinterés marcado y pobre concentración. Se enumeran los factores de riesgo asociados a la depresión tanto individuales, familiares como ambientales y sociales. Se encuentran dentro de los primeros baja autoestima, estilo atribucional interno; dentro de los segundos una madre depresiva, maltrato, crianza sin apoyo; y de los terceros, pobreza, hacinamiento. También se establece que *“el costo económico de no tratar precozmente la depresión en la adolescencia sobrepasan con creces los del tratamiento, sea sólo farmacológico o integral. A mediano plazo, el mayor costo económico se produce por hospitalizaciones repetidas, mientras que a la larga son los días perdidos de trabajo adulto (...) las licencias médicas prolongadas son las principales causas del mayor costo”* (p.93). En cuanto a las consideraciones para su tratamiento, se establece que debe realizarse en 3 fases: aguda, de continuación, y de mantenimiento, siendo consideradas las dos primeras como las más importantes y siempre deben incluirse en el abordaje terapéutico. El objetivo principal de la fase aguda es *“lograr la plena respuesta y, en definitiva, la remisión sintomática”* (p.94). También se establece que los tratamientos para la depresión deben incluir siempre psicoeducación, consejería y psicoterapia -orientada a la resolución de problemas, restauración de esperanza de solución, habilidades de afrontamiento, y estrategias para la adherencia al tratamiento- ya que han demostrado *“ser efectivas y en la mayoría de los casos de depresión leve y moderada han mostrado ser suficientes”* (p. 94). Los dos tipos de psicoterapia que han mostrado evidencia de efectividad superior son la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Interpersonal, sin embargo se señala que el uso de psicoterapia en la fase aguda muestra resultados modestos. Las intervenciones psicosociales deben ser de 4 a 6 semanas y en los casos más graves es recomendable intervenciones mixtas (farmacológica más intervenciones psicosociales) con el objeto de evitar recaídas y recurrencias. Deben mantenerse por al menos 6 a 12 meses y en casos más severos el manejo terapéutico debe durar 2 o más años.

En cuanto al último trastorno, el Consumo Perjudicial y dependencia de Drogas, el documento hace referencia a la Guía Clínica previamente señalada y a la definición y abordaje técnico que allí se describen.

III. Objetivos

3.1 Objetivo general

Identificar la emergencia de un tipo de subjetividad que deriva de la ideología capitalista presente en las prácticas en Salud Mental del Estado.

3.2 Objetivos específicos

- Revisar críticamente algunos lineamientos generales de la ideología capitalista presentes en las bases de la oferta programática en Salud Mental del Estado.
- Identificar las dinámicas de construcción de sujeto en los Planes Nacionales en Salud Mental del Estado.
- Evaluar el posible impacto de la ideología capitalista en las propuestas de intervenciones en Salud Mental del Estado que derivan en procesos de subjetivación específicos.
- Establecer algunos principios generales de una propuesta de comprensión alternativa para las intervenciones globales en Salud Mental del Estado.

IV. Análisis y Desarrollo

4.1 Hacia UNA Guía Clínica Mental Global: Síntesis de los planteamientos ministeriales

A continuación, una propuesta de síntesis de las cuatro guías ministeriales resumidas previamente, síntesis que reúne lo que se considera aquí como sus principales ejes – objetivos, tratamientos, procedimientos y resultados-, y que servirá como fundamento para la identificación de las dinámicas de construcción de sujeto en Salud Mental del Estado. Para ello, un análisis de los roles otorgados a los individuos que en estas guías participan –usuarios (pacientes), interventores sociales (terapeutas)- y, por consiguiente, del sujeto que está a la base y que estas guías suponen.

4.1.1 Un planteamiento común

Como elementos en común, se puede establecer que todas las guías tienen como base una orientación a la evidencia, es así como surgen (mediante exigente revisión bibliográfica en bases de datos científicas) y es eso lo que predicen, sólo intervenciones que hayan mostrado cierto grado de evidencia comprobable. A su vez, abogan por una orientación hacia la eficacia, esto es, conseguir los mayores resultados en la menor cantidad de tiempo, para lo cual todas las guías cuentan con objetivos claros y específicos a seguir para cada problema o trastorno. Promueven también la mayor cobertura posible y una orientación hacia la inmediatez.

Como norte primario, las guías pretenden en primera instancia la sanación de ciertos males o enfermedades que el usuario (receptor de las diversas acciones) posee, esto es, que los síntomas pesquisados remitan y la enfermedad o situación problemática se extinga. Todas las afecciones consideradas a sanar son aquellas que presentan mayor prevalencia a nivel nacional y/o aquellos problemas que significan un mayor gasto o costo económico tanto para la persona como para la sociedad. *“El costo económico de no tratar precozmente la depresión en la adolescencia sobrepasan con creces los del tratamiento, sea sólo farmacológico o integral. A mediano plazo, el mayor costo económico se produce por hospitalizaciones repetidas, mientras que a la larga son los días perdidos de trabajo adulto (...) las licencias médicas prolongadas son las principales causas del mayor costo”* (Minsal, 2009, p.93), Es por esto que las cuatro

guías promueven la acción, primero, mediante la prevención. Asimismo, las guías sostienen esta sanación mediante un cuidado “integral”. Todas las guías también comparten que en su interior se encuentran las definiciones de los distintos trastornos, definiciones que provienen en todos los casos del criterio establecido por la OMS, la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10. Además se encuentran en todas ellas datos estadísticos, epidemiológicos, de prevalencia, intervenciones y abordaje técnico para cada trastorno o problemática.

Por último, se tiene que en todas las caracterizaciones de los diversos trastornos que las guías retratan existe un gradiente de gravedad de éstos (de leve a severo) así como también existen diversos grados de derivación para las distintas gravedades. Esto supone distintos niveles de especialización profesional para su tratamiento. Otro elemento en común es que en todas las guías se promueve la acción intersectorial, es decir, la coordinación de diferentes equipos de trabajo de salud con las distintas instituciones disponibles (escolar, comunitarias, entre otras). Esta línea de acción ha tenido bastante desarrollo en los últimos años y concibe a la Salud Mental de las personas como determinada e influenciada por los distintos ámbitos de desenvolvimiento: las relaciones en las familias y en las redes sociales; el medioambiente físico, psicosocial y cultural; la calidad de la vivienda y de los barrios; los hábitos alimentarios; las oportunidades educativas; las condiciones de trabajo y la disponibilidad de medios de transporte; las actividades físicas y recreativas, entre otros (Minsal, 2011b). Desde esta perspectiva las acciones promocionales deben considerar los determinantes sociales y económicos de la Salud Mental, la participación y apoyo comunitario, en base a una planificación, implementación e inversión integrada, con una mirada a largo plazo. Dentro de los resultados esperados se encuentran una *“menor ansiedad y depresión, menor abuso de sustancias, mejor salud física, mejor productividad en el trabajo, la casa y la escuela, menor violencia y criminalidad, reducción de la desigualdad en salud, y mejor calidad y expectativas de vida”* (Minsal, 2011b p.24). Conforme a lo anterior, alcanzar una salud mental positiva requiere de un trabajo intersectorial e interdisciplinario articulado, de un compromiso genuino por promover estilos de vida saludables, de prácticas y políticas públicas tendientes a fortalecer el desarrollo humano en general y el bienestar psicosocial en particular.

4.1.2 Lo dicho versus lo no dicho

Existen ciertos elementos que son declarados específica y literalmente en las *Guías Clínicas* pero que no se problematizan ni se cuestiona de dónde surgen ni qué producen, sólo se postulan como verdades incuestionables por ser derivadas de un análisis de la evidencia disponible. Son elementos que se establecen a priori y se exige tanto a los usuarios como a los interventores su búsqueda ciega. Así, son elementos considerados aquí como obedientes a un orden específico que cumple con ciertas exigencias en pos de lograr la producción de prácticas de derivan en concepciones y acciones de sujetos característicos: los sujetos del capitalismo. Estas concepciones y acciones -tal como se ha dicho anteriormente- se erigen a favor de aquellos ideales del capitalismo como la producción, la efectividad, lo costo eficaz y el individualismo. Los elementos seleccionados de las guías y analizados aquí (metas, procedimientos, tratamientos y resultados) son establecidos, nombrados y agrupados de forma arbitraria por la autora, por lo que se considera que podrían encontrarse y analizarse aún muchos otros más, la puerta queda abierta.

4.1.2.1 La meta a conseguir

Los objetivos de las intervenciones a realizar para cada problemática o trastorno son uno de los elementos que son declarados muy clara y específicamente en cada una de las guías. Para cada intervención asociada a los diferentes trastornos descritos, para cada problemática, existen distintos objetivos que deben conseguirse por parte de los profesionales tal como se plantean. A simple vista estos objetivos pueden parecer muy distintos entre sí pero, sin embargo, comparten ciertos elementos en común...

Todos son objetivos preestablecidos, contruidos de antemano para todos los usuarios del país, para todos los centros de salud, para todos los interventores sociales. Están ya escritos, previos al conocimiento del caso a atender, previos al contexto social, previos a la concepción de los actores. Previo a la pregunta al usuario de qué es lo que pretende lograr, qué es lo que quiere trabajar (en terapia por ejemplo)... esa pregunta no existe. La gran mayoría de los objetivos (¿sino todos?) tienen un breve fundamento teórico, en algunos casos inexistente, no se aclara explícitamente el por qué la persecución de determinado objetivo y por qué no otro. Son contruidos a priori, sin la participación del usuario ni del interventor. Son explícitos, concretos, consistentes y para alcanzarlos se precisa de una correcta evaluación diagnóstica.

Luego de la lectura de las guías y a modo de sistematización, es posible dividir los objetivos en: a) aquellos que se refieren a los objetivos de toda la guía o de la acción que se persigue en general, b) aquellos que se refieren a los tratamientos específicos, y c) aquellos que se refieren al actuar del terapeuta. Todos estos, sin embargo, comparten las características anteriormente descritas. Los objetivos están descritos como deberes que los actores deben alcanzar y dictan la dirección del camino a seguir. Tal es la arbitrariedad, que hasta se llega a preestablecer quién puede o no participar del espacio terapéutico –sin la palabra del usuario- y qué conductas se deben modificar, así como cuáles son las conductas saludables o socialmente esperadas.

4.1.2.2 Efectividad del tratamiento

La concepción transversal de las guías acerca del tratamiento de los trastornos o problemáticas de las que se preocupan es tener a la base una o más intervenciones, orientadas todas ellas a las soluciones. Estas deben, por supuesto, contar con un alto grado de efectividad basada en la evidencia y son por tanto, en varios casos, implantadas, ya que la evidencia proviene de contextos distintos al nacional, en especial de Estados Unidos. En general, las intervenciones propuestas están divididas en fases que consisten en distintos pasos a seguir para la consecución de un fin, o varios fines u objetivos previamente establecidos. Estas intervenciones o son farmacológicas, psicoeducacionales, psicosociales o médicas y suponen una comprensión previa del trastorno bajo criterio CIE-10. Los tratamientos persiguen la sanación del usuario -en su mayoría la remisión de síntomas y el ajuste social- mediante técnicas específicas, y las diferencias entre los distintos tratamientos expuestos –y por lo tanto la indicación de su uso- responden, entre otras cosas, al género, los niveles de evidencia y grados de recomendación y gravedad del trastorno (que corresponde básicamente a la cantidad de síntomas que el usuario presenta). De este mismo factor gravedad depende la duración del tratamiento: a mayor gravedad del trastorno, mayor duración del tratamiento.

4.1.2.3 Procedimientos

Todos los procedimientos señalados en la guía son preestablecidos, tienen claramente una orientación hacia la eficacia y están elegidos basados en la evidencia disponible.

Responden también claramente a una hegemonía del poder médico dado que se promocionan, por ejemplo, la terapia farmacológica o la terapia orientación cognitivo conductual dado que se caracterizan como los tratamientos más costo efectivos a corto plazo. Los procedimientos a seguir para cada problemática están señalados claramente en las guías y no hay dónde perderse, en general se dividen en acciones orientadas a la prevención, la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. Una parte muy importante de los procedimientos incluye la *aplicación* de instrumentos de medición y diagnóstico que son los elementos que propician una mirada eficiente.

Los procedimientos que el ministerio exige tienen como fin ser “integrales” aunque no queda muy claro qué significa esto. De lo que se puede deducir es que se pretende tener a la base un enfoque biopsicosocial, se pretende incluir a la familia de los usuarios -aunque sea como mero elemento de control y de logro de ciertos objetivos- y se pretende otorgar un tratamiento variado: terapia individual, con participación familiar y médica mediante fármacos. ¿Será esto a lo que se refieren? Bio=fármacos, Psico=terapia, Social= inclusión familiar. Todos los procedimientos descritos son estándar ya que deben ser aplicados a todos por igual. Siempre suponen un diagnóstico clínico realizado por un experto, lugar que en su mayoría es encarnado por el médico y sus fármacos ya que lo psicosocial deriva en un mero “apoyo”. En pocas palabras, los diversos procedimientos se encarnan en diferentes estrategias a seguir por parte de los interventores sociales, estrategias que se encuentran enumeradas, clara y específicamente, que a veces sería fácil confundirlas con órdenes a obedecer. Algunas hasta exigen claramente que el interventor social otorgue una direccionalidad e influencie la orientación del tratamiento, abogando por un abandono de su “neutralidad” (ideológica).

La gravedad del trastorno es una variable importante a considerar en los procedimientos ya que estos cambian a medida que la gradiente de severidad va en aumento, así el número de sesiones (previamente establecidas) y la duración de éstas (también previamente establecida) varía según la cualidad del trastorno, de esto depende también si es o no derivado a especialista o, mejor dicho, a médico psiquiatra.

4.1.2.4 Resultados

Como ya fue dicho anteriormente, los resultados esperados de todos los tratamientos, intervenciones y objetivos disponibles en las guías, es la sanación, el logro del comportamiento saludable y (ojalá) ajustado socialmente. Ya sea el cese de síntomas, la extinción de la violencia o la extinción del consumo. Los resultados que se persigue obtener se tiñen de facilidad, rapidez y no permiten un énfasis en la crítica o en la reflexión, sino que éstos están puestos en la inmediatez. Son, por sobretodo, resultados esperados, obtenidos mediante estrategias definidas, que se extiendan ojalá a largo plazo y que sean homologables a todas las personas con depresión, a todas aquellas que están en una relación de violencia, a todo el que consumen droga o a todos los adolescentes con algún trastorno mental. Los resultados esperados de cada guía son soluciones a un problema de una persona individual, soluciones que deben ser efectivas (surgir ojalá varias, en el menor tiempo posible, con la menor cantidad de recursos invertidos) y por sobre todo, replicables, para que sigamos redundando la evidencia disponible.

Al ser resultados que están previamente esperados, que se sabe lo que se logrará, son resultados a priori y porque se suponen al final de la intervención resultan a posteriori de ésta. Por último, se cree firmemente aquí que son resultados ideológicamente creados e influenciados, que suponen un sujeto a la base que obedece, que no sabe y no cuestiona (y se incluye aquí como “sujeto” tanto al usuario como al interventor); un sujeto que acumula (recetas médicas, estrategias, fármacos, intervenciones, objetivos, etc) y muchas veces no sabe qué acumula. Supone un actor que responde frente a una orden imperativa (“mejórate”, “actúa así”, “realiza esta intervención y no esta otra”, etc) y, por sobretodo, supone actores que trabajan por la obtención de una conducta esperada y que cumple ciertos fines (de (re)producción, de ajuste social) que no están tan claramente indicados en una guía como los objetivos a seguir en determinado tratamiento.

4.2 ¿Cuál es el sujeto de la Salud Mental del Estado?

Cada una de las guías que postulan el marco de intervención para los distintos trastornos que son prioridad en Salud Mental del Estado en Chile suponen -en su descripción del trastorno, de los actores que implica y del procedimiento propuesto-

ciertos roles para cada sujeto perteneciente a cada intervención. Debido a esto, se supone que existen ciertas características específicas para el sujeto que suponen estas guías, características que a su vez son homologables a un sujeto en particular: el sujeto que el capitalismo propone como sustento para su hegemonía. Se distinguen -según su tipo de participación o rol que cumple en el engranaje- dentro de los sujetos que participan y trabajan hoy en la Salud Mental Estatal en Chile: el sujeto interventor social, que puede ser asistente social, psicólogo o cualquier “especialista”, y el usuario del sistema o comúnmente llamado paciente. Ambos participantes adquieren ciertas funciones preestablecidas de antemano por el Ministerio en las *Guías Clínicas*, matriz que indica específicamente la función que ambos deben realizar y el tiempo en que dichas tareas deben ser realizadas; así como los objetivos y resultados que deben perseguir. Cada rol e intervención asociada está muy bien definida y no admiten posibilidad error ni tampoco de abordaje alternativo.

4.2.1 Roles de los participantes

Para los dos tipos de sujetos participantes en la Salud Mental Estatal en Chile se establecen ciertos roles a cumplir en la labor cotidiana, roles que están elementalmente asignados, con lineamientos claramente señalados y cuyas metas, objetivos y responsabilidades están comprendidos en las Guías Clínicas. A continuación se señalan algunas de las características de este tipo de sujeto que se pretende develar.

4.2.1.1 Interventor social

Está claramente descrito como una persona que es *experto* en establecer diagnósticos y tratamientos para trastornos específicamente señalados mediante manuales internacionalmente validados. Es experto, a su vez, en *aplicar* entrevistas y cuestionarios. Es una persona directiva en su trabajo que sabe lo que tiene que decir y cuándo, qué es lo que tiene que lograr y cómo. En la búsqueda de una cura (remisión de síntomas, por ejemplo) su interlocutor (usuario) no sabe (no es experto), sólo aguarda para que él señale los pasos a seguir. Por lo tanto, es un sujeto que define *eficientemente* la realidad en la que el usuario debe moverse, qué pasos debe seguir, qué dirección tomar. En el fondo define (leyendo la guía) cuál es la cura más eficiente para todos los usuarios de determinado trastorno por igual y se aboca a seguirla. Es

así un sujeto unilateral en su actuar ya que no se lee en ninguna parte la pregunta por la concepción del usuario de su trastorno, de cuáles serían los objetivos por él a lograr ni si considera efectivamente que su padecimiento es tal. El interventor social con el que nos encontramos en la Salud Mental Estatal en el Chile de hoy es un sujeto nacido en pos de la inmediatez y que posee marcadamente una orientación hacia la ganancia, muy presionado por conseguir ciertas metas (léase estas metas como objetivos a cumplir en su trabajo así como bonos económicos), presionado por efectuar un trabajo bajo estrictos cánones de eficacia y que por tanto termina actuando un trabajo muy orientado a las metas y objetivos, breve, sintético y coleccionado del otro lado del mundo.

El sujeto que el Ministerio de Salud espera tener “a su servicio” es al fin y al cabo un sujeto acrítico a más no poder, que no se cuestiona sus condiciones de nacimiento ni para qué o quién se supone su labor, un sujeto que toma un instrumento y lo aplica cual computador o cirujano esperando cierto resultado exacto y replicable de la intervención y marca pasos a perseguir; un sujeto que no incita a la pregunta ni a la reflexión más todo lo contrario: silencia y perpetúa las condiciones de un sistema que produce y reproduce un ejército de tratamientos y objetivos que embisten a una población en su mayoría también ignorante, es un sujeto a la merced de un sistema que oprime e inhabilita a los usuarios incapacitándolos para re-conocerse y reflexionar acerca de lo que les atañe. En resumen es cumplidor, obediente y cómplice.

4.2.1.2 Usuario

El usuario del sistema que supone la Salud Mental del Estado en el país es, en su ideal, un sujeto que guarda la esperanza de ser sano, sin enfermedad, feliz, de estar satisfecho y completo en sus necesidades. Simplemente para tal sujeto es para el cual las guías están construidas, aquél que conoce y legitima ese ideal de persona sana y completa y se vuelve cómplice de un camino eficiente para llegar a serlo. A su vez, se entiende este sujeto como el sujeto que encarna la enfermedad y que recibe tratamiento para sanarse de aquella. Muy acorde con la descripción del sujeto (interventor) que lo *pre-fija*, el usuario que el sistema espera en es aquél que se caracteriza por ser totalmente pasivo y receptivo en cuanto a lo que su trastorno y el abordaje del mismo suponen, y por exigir un empuje hacia la satisfacción inmediata. Por lo tanto, se puede establecer que también es un sujeto substancialmente acrítico y

automático en su proceder, ya que no tiene incidencia absoluta en su actuar una vez ingresado al sistema: recibe una definición de lo que padece, órdenes de tratamiento, responde preguntas y cuestionarios, se despide, vuelve otra vez y eventualmente produce ciertos resultados esperados, esencialmente la reducción de determinados síntomas y signos. Es tan respondiente y ajeno a su tratamiento que ni siquiera forma parte de la creación de éste.

Ambos sujetos que se han caracterizado brevemente aquí suponen un sujeto que está esencialmente alienado en cuanto a sus condiciones de producción y en cuanto a lo que ayuda a re-producir, ya que sus procesos y productos inmediatos en su trabajo devienen ajenos a él y no cuestionan el engranaje. Suponen un sujeto adaptado a un sistema previamente diseñado y que reproduce las características de éste, por ende reproduce a su vez la formación de sucesivos sujetos a ellos homologables, sujetos con una marcada orientación individualista y hacia la sanación mediante la optimización eficaz de recursos, hacia la ganancia, la producción, la completitud y felicidad, el ajuste social y con una exigencia hacia la satisfacción inmediata. Estos sujetos operan a favor de una estructura o sistema con una ideología específica previamente establecida, una estructura que opera de modo invisible cuyos valores ideales son la producción eficaz (costo-efectiva) y la orientación hacia la ganancia así como también la orientación hacia un estado pleno, satisfactorio, posible de alcanzar por todos nosotros por igual en el mercado (en este caso de la salud). Este sistema, que se considera aquí como hoy en día hegemónico, es el capitalismo.

4.3 El sujeto del capitalismo y el sujeto de la Salud Mental del Estado ¿uno solo?

*“La manera como se presentan las cosas
no es la manera como son;
y si las cosas fueran como se presentan
la ciencia entera sobraría”
Karl Marx*

Mediante lo analizado previamente, se considera la atención en Salud Mental del Estado en Chile hoy como una institucionalidad reproductora de la ideología hegemónica capitalista, donde el sujeto que allí se plantea (ya sea este paciente o interventor social) trabaja adaptado y a favor de las normas de convivencia del capitalismo. Se sostiene así que el sistema en su planteamiento ministerial de cómo debe ser el abordaje de los trastornos prioritarios y los tratamientos que se exigen, incita a que se atraviese la subjetividad, obstaculizando su formación, desarrollo, y realización genuinas (Kazi y Pellegrini, 2003).

A continuación se intentará dar cuenta de algunos de los elementos que pueden analizarse para comprender al sujeto que el capitalismo como ideología propone, moldea y necesita para su funcionamiento, como homologable al sujeto que la atención en Salud Mental Estatal en Chile sostiene como obligatorio.

Si bien el capitalismo propone un sujeto libre y autónomo en su actuar, se tiene que en ambos contextos, es decir ambos sujetos (el sujeto del capitalismo y el de la Salud Mental del Estado), operan y actúan en un contexto donde las opciones están dadas de antemano, por ende no son libres, ni iguales, ni autónomos en sus decisiones ya que dependen de una realidad donde sus lugares ya están definidos. En el capitalismo como sistema económico, el trabajador produce objetos que él no decide producir y recibe un salario cuyo monto es decidido por su empleador a la vez que las horas trabajadas. En el caso del sujeto interventor de la Salud Mental Estatal es igual, el sujeto pertenece a cierto eslabón del engranaje y depende de ciertos lineamientos generales que le otorga el ministerio para poder realizar su trabajo. Lo mismo ocurre con el usuario, quien tiene un lugar específico en la organización y que depende de lo que le digan para proceder, por ejemplo, en su tratamiento. Nada surge de la libertad

de cada uno y menos aún son ambos libres sino que todo lo contrario: están *sujetos* a lo que otros dicten de ellos.

Otro paralelo se establece en cuanto a la organización del trabajo. El capitalismo en su puesta en práctica exige una división social del trabajo con la consecuente especialización de éste. El obrero se especializa en su tarea y además obtiene cada vez más una porción de ésta, su actividad la va compartiendo cada vez más con más trabajadores. Este modo de trabajo surge debido a que es un modo de producción más eficiente para el capitalismo. Lo mismo ocurre con el sujeto de la Salud Mental Estatal, también está inmerso en una especialización del trabajo y también comparte su trabajo con otros especialistas de diversas áreas. Existe así la llamada intersectorialidad por ejemplo, la cooperación entre los diversos agentes e instituciones para el trabajo en red de un trastorno específico. Esta cooperación sin embargo sólo es superficial y obedece nada más que a una producción más eficiente que genera ciertos vínculos o ciertas formas fugaces de asociación (Sennet, 2000) que se maquillan para mostrarse como verdaderas comunidades trabajando conjuntamente por un bien común, comunidades que irían en contra el individualismo que genera el trabajo en este contexto pero que en el fondo no hacen más que encubrirlo y encubrir la falta de apego duradero que el sistema genera. La falta de apego en las relaciones personales y en la relación con el trabajo, elemento que cada vez se va cubriendo de una actitud indiferente por parte del trabajador, quien ha perdido interés al ser tan mecánico y en constante evolución.

Existe en Salud Mental Estatal un imperativo de búsqueda constante e incesante de la satisfacción imposible planteada por Ema (2009). El mandato de la ideología capitalista insta a gozar sin límites, ser felices en todo momento, a que el sujeto satisfaga lo máximo posible su no-satisfacción constitutiva, lo que Lacan (2008) denomina como paradoja ganancia-pérdida o "plus de gozar". Los objetivos en Salud Mental Estatal van dirigidos al empuje a la superación de esta imposibilidad constitutiva del sujeto (del goce, de la felicidad, de la facilidad, e inmediatez): existe un norte claro de "sanar" al usuario, "mejorar" al paciente y existe a su vez el usuario que recepciona sin cuestionar la pastillita que le quitará su mal, sin importar cuántas veces tenga que tomarla, por cuánto tiempo, muchas veces sin ni siquiera manejar información básica acerca de qué es lo que toma, o qué proceso de terapia es el que sigue. Tampoco le importa ni se cuestiona si es que le hace efecto. Se tiene en este

contexto entonces un sujeto que espera y exige la satisfacción inmediata mediante una receta médica y una terapia breve y eficiente.

Se cree que existe en esta institución una oda a la obtención constante de beneficio acorde con el apetito insaciable del capitalismo por obtener ganancia en las acciones que lleva a cabo (valorización, bajo costos, más productividad, eficacia), un afán por el enriquecimiento, ya sea este mediante la obtención máxima de remisión de síntomas o la obtención de mayores ingresos para el programa de depresión, lo que se traduce eventualmente en la adquisición por parte del profesional de bonos económicos dado el cumplimiento de metas ministeriales. La ganancia es una ganancia individual, un beneficio propio del interventor social o del usuario o del sistema en general que se puede observar por cierto en cómo ha ganado adeptos por ejemplo el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión que el Ministerio de Salud puso en marcha en la Red Pública de Salud el año 2001, que aumentó rápidamente su cobertura: de 29.000 personas tratadas en el año 2002 a 63.067 personas en el año 2003, 110.373 en el 2004 y 140.808 personas en el 2005. Acerca del individualismo, aunque se apele a un modelo comunitario, el enfoque en Salud Mental Estatal es individualista siempre al igual que en el capitalismo, ya que la comunidad o la familia son un condicionante y un factor que influye, pero la enfermedad es individual *“los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes”* (Minoletti y Zaccaria, 2005).

La ganancia obtenida por el sujeto en su trabajo -o plusvalía- puede también verse como una ganancia que va dirigida para otro, no el sujeto en sí mismo. Por ejemplo, en el caso del capitalismo, la ganancia o beneficio económico siempre cae en manos del capitalista quien obtiene plusvalía a través de la valorización mínima del trabajo del obrero y la maximización de recursos al menor costo. En el caso del sujeto de la Salud Mental en contexto estatal es igual, el interventor social trabaja según los lineamientos que le son entregados a fin de producir un sujeto determinado que cumpla con las características necesarias acordes a un sujeto que logre producir en el mercado y que consuma (sujeto del capitalismo), de igual modo sucede con el sujeto que es usuario: se debe mejorar para producir acorde al sistema en el cual está inmerso. Es decir,

ambos sujetos producen y son producidos a la vez que reproducen el sistema para la generación consecuente de posteriores sujetos con las mismas características.

El valor del sujeto en este contexto está dado por su valor como mercancía, es decir, por el uso que este sujeto tendrá en la sociedad en que vive: se espera un sujeto que sea productor y poseedor de características que lo lleven a comportarse ajustado socialmente. Frente a esto, se establece que de ambos contextos emergen nuevas formas de control y que la libertad a la que abogan no es más que una libertad engañosa, no es que hayan variado las metas de producción ni lo que se espera del sujeto en estos contextos sino que simplemente nuevas formas de producción se enmarcan en nuevas formas de legitimaciones, pero el empuje hacia la producción continua, hacia la producción de un sujeto particular. Lo que ha variado meramente es el “cómo” de dicha producción, el individuo sigue sin poder decidir qué es lo que producirá.

Asimismo, se hace una lectura del abordaje de la Salud Mental en sistema de salud estatal como un sistema que tiene una orientación clara hacia el cambio, cambio que conllevará la obtención de “salud”. El sujeto que llega a consultar por Salud Mental es un sujeto fragmentado pero se tratará con el norte de conseguir un estado de plenitud, con la promesa de una “cura” que eventualmente se traducirá en un estado de completitud. Existe en el diseño de la atención en Salud Mental Estatal, al igual que en el capitalismo, una (auto)exigencia de plenitud, estado que se alcanzará sólo mediante el consumo de psicoterapia, de consultorías, de terapias grupales, de respuestas a un cuestionario. Se establece que existe claramente el norte del consumo, por ejemplo de psicofármacos, para conseguir la felicidad y el estado pleno.

Otro elemento que se establece como en común entre este sujeto del capitalismo y el sujeto de la Salud Mental en contexto estatal es que ambos están inmersos en una rutina que podría catalogarse como autodestructiva, tal como señala Sennet (2000), en la cual no se concibe nada a largo plazo, todos los objetivos están estructurados previamente a corto plazo, donde existe ciertamente una orientación hacia un modo de pensar inmediato en desmedro de cualquier orientación que implique un trabajo profundo, que implique un proceso largo de reflexión y crítica. Esta inmersión en tal rutina conllevaría a que el sujeto pierda el control en su propia actividad, pierda el sentido del propio esfuerzo en el producto en el que trabaja y generaría una actitud

marcada por la indiferencia frente a su trabajo, relacionada evidentemente con la falta de apego hacia éste. En relación a esto y a la orientación hacia la inmediatez, también se exige en ambos sujetos un comportamiento ágil y flexible, no existe preocupación por los procesos que tienden a una duración más allá de lo inmediato y que precisan de tiempo como son la vida interior emocional, la historia de vida. Lo decía claramente Sennet (2000), existe en el capitalismo un carácter corroído donde se evita una sensación del yo sostenible en el tiempo y de unión entre sí y en las relaciones humanas. A través de lo dicho hasta aquí, se establece que esta corrosión existe también en el usuario de la Salud Mental Estatal, legitimada eso sí bajo un planteamiento ministerial.

Por último, se cree que ambos sujetos comparten una orientación clara hacia la evidencia y efectividad, elementos que se ponen claramente en juego en el deseo de rendimiento de los sistemas en que ambos están insertos, por un lado el capitalismo y por otro la Salud Estatal, en el deseo de rapidez en las acciones que se llevan a cabo y también en la pretensión de la reinversión continua, de la búsqueda del modo de producción o tratamiento, respectivamente, más costo-eficaz. Esto se declara literalmente por ejemplo en los tratamientos psicológicos y farmacológicos que se promueven: deben ser eficaces y dicha eficacia debe estar basada en evidencia sólida. Si bien es cierto que se promueven caminos alternativos a la terapia farmacológica o cognitivo conductual (las más efectivas), por ejemplo la educación para el paciente y la inclusión de su familia en tratamiento, estas medidas son sólo utilizadas en la medida que existe evidencia de que optimizan la efectividad del tratamiento, por ejemplo en el caso de la Depresión.

Así, refiriéndonos a la optimización de costos, léalo Ud. mismo, el tratamiento de la depresión se orienta a reducir o eliminar los síntomas del trastorno y estimular los recursos personales y sociales de autoayuda. Es decir, a restablecer el equilibrio biológico, a optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y a minimizar la probabilidad de recaídas (Minsal, 2006). Un 75 % de las personas que sufren depresión, consulta al médico general, sea en la Atención Primaria o a los distintos especialistas. Sin embargo, las formas “encubiertas” por síntomas físicos, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos e interconsultas no resolutivas, elevando los costos de la atención médica y retrasando el inicio de un tratamiento eficaz. Esta puesta en escena netamente de factores como los criterios costo

efectividad y el modelo científico imperante, hace que la atención en Salud Mental del Estado, así como la producción en el capitalismo, se encuentre centrada sólo en los resultados –esperados de antemano, homologables- y no en proceso en sí mismo ni en la persona que los lleva a cabo.

4.4 La subjetividad alienada

El punto central que unifica todo lo expuesto anteriormente respecto a las similitudes entre el sujeto que el capitalismo como modo de producción imprime y aquél que se deriva de los lineamientos en Salud Mental del Estado en Chile hoy, es el referente a la participación o involucramiento que tiene en su quehacer cotidiano el sujeto en su contexto. En el caso del sujeto que nace y se desenvuelve en el capitalismo, sabemos que su única opción es trabajar para obtener un salario, pero lo que no se suele pensar es que su trabajo, conforme el desarrollo de nuevas tecnologías para transformarlo en eficiente, deviene ajeno al trabajador. O como diría Sennet (2000), el trabajo para el sujeto del capitalismo es ilegible, cuando la tecnología toma el lugar que antes ocupaba él y lo que queda a hacer sólo es accionar un botón o usar un sistema computacional ya que no existe por parte del trabajador una comprensión del quehacer y el sujeto se transforma, además, en ignorante en cuanto a las condiciones de su trabajo. Se plantea aquí que lo mismo ocurre con el sujeto que trabaja hoy en la Salud Mental del Estado en Chile. Mediante lineamientos que se encuentran claramente estructurados; instituciones que conservan su misión con el norte de curar y sanar a la mayor población que sea posible de los males que son estadísticamente prioritarios; un tratamiento prácticamente igual para todos los usuarios; y con una óptica declaradamente costo-eficaz, el resultado de esta práctica es un profesional al cual le otorgan un instructivo tipo *Guía Clínica* y se pretende que siga los objetivos y pasos allí señalados. Un trabajador que no participa por tanto en la construcción de su trabajo, sino que éste conserva su carácter de ser señalado exteriormente por tanto ajeno. Se establece entonces aquí que en el Sistema de Salud Mental del Estado de este país, al igual que en el capitalismo, el trabajador social está alienado en tanto acontece foráneo a su labor, es decir, deviene extranjero en su propio trabajo debido al mandato ministerial prescrito y su lógica costo-eficaz.

Se plantea por último que al pertenecer a un contexto laboral en el cual el sujeto se siente ajeno en su participación y en su comprensión del trabajo que realiza, el sujeto

se transforma en una mera máquina reproductora de acciones y movimientos en serie, idénticos unos a otros, máquina que produce y reproduce una y otra vez el mismo engranaje o mecanismo, esperando el mismo resultado. Si observamos el interventor social psicólogo de la Salud Mental Estatal veremos que es un sujeto que mediante el seguimiento del señalamiento externo ministerial (guías clínicas) aboga por un sujeto, esta vez usuario, con las mismas características que el usuario que estuvo con él hace 30 min. (en consulta previa), esperadamente un sujeto que remite la máxima cantidad de síntomas, que mantiene un comportamiento socialmente ajustado, un sujeto que se toma sus medicamentos, que no tiene comportamientos extraños o suicidas, en fin un sujeto que quiere y se esfuerza por vivir mejor, completo, sano y ojalá en el menor tiempo posible. El sistema de Salud Mental Estatal en Chile, su estructura y funcionamiento (que aquí representa claramente el carácter capitalista) adquiere un cómplice en el sujeto interventor social que allí trabaja -en este ejemplo psicólogo pero que puede provenir de variadas disciplinas- ya que éste ayuda a producir cierto de sujeto a la vez que también mediante el lugar que ocupa en el engranaje (y el poder que éste le otorga, de experto en Salud Mental) y el ritmo que tiene (de 8 a 10 usuarios o pacientes sólo en una mañana de jornada laboral) reproduce este sistema de producción de sujetos sanos en serie.

Sin embargo, es necesario hacer notar, estos sujetos-producto que el interventor social ayuda a lograr en beneficio del orden social capitalista y él mismo tienen un elemento en común: al ser ambos producto de un sistema de producción capitalista, ambos son acríticos y no cuestionan sus condiciones y, por lo tanto, se transforman en sujetos alienados en sus propias condiciones de producción, de sus procesos y productos ya que estos devienen ajenos a él por lo que no hay una pertenencia real al propio trabajo. El interventor social sólo reproduce lo que ya está escrito por otros y el usuario responde a lo que el experto le señala hacer. Ninguno de los dos reflexiona, construye o critica el mandato.

Se piensa por tanto el Sistema de Salud Mental del Estado en Chile como un modo más de subjetivación (capitalista) de sujetos específicos, los *sujetos-producto*, que obedecen a las características del sujeto que el capitalismo espera, dado que su condición esencial es vivir alienados.

V. Hacia una propuesta acerca de las condiciones y posibilidades de una óptica en Salud (Mental) del Estado alternativa

“La subjetividad contemporánea sólo podrá salir del repliegue sobre sí misma, de la infantilización masmediática y del desconocimiento de la alteridad en el dominio humano cuando aparezcan a su alcance objetos creadores...”

Félix Guattari

La crítica en este trabajo señalada a los cambios neoliberales en los que nuestro país se ha visto sumergido en los últimos 40 años y a las repercusiones que dichos cambios ideológicos han tenido en el quehacer gubernamental y en el planteamiento de políticas públicas –en específico en el manejo y orientación de la atención en Salud Mental- no niega la necesidad efectiva de cambio, de renovación y mejoramiento de dicha labor.

Dicha renovación podría comenzar con el replanteamiento de lo ideológico que sustenta la base de los lineamientos ministeriales de atención en Salud Mental y las intervenciones específicas que dichos lineamientos estipulan que se deben llevar a cabo, junto a otros elementos como los objetivos que dichas intervenciones deben alcanzar. Este replanteamiento *¡sí!*, para encaminarse hacia los objetivos generales que se consideran aquí –y por muchas masas más- como imperativos para toda institución que hoy en Chile se haga llamar de carácter “estatal” y que provea por tanto servicios públicos: aumentar la calidad en la atención, promover la igualdad y la equidad en las oportunidades de acceso.

Específicamente en la atención en Salud Mental del Estado se considera que aún hay mucho camino por recorrer para efectuar de hecho una atención de calidad, sólida, y equitativa que deje tanto a los usuarios como a los interventores sociales satisfechos. Desafíos en esta área podrían ser por ejemplo el camino hacia la concepción de la enfermedad y su tratamiento como relacional ya que aún siguen siendo considerados como un aspecto de porte individual; el cambio en el ideal de eficiencia que prima hoy por sobre intervenciones que no han sido probadas científicamente; la prevalencia aún de la hegemonía médica tanto en el diagnóstico como en el tratamiento; la consideración del usuario en la construcción de su tratamiento; y un mayor desarrollo

aún de la intersectorialidad, entre muchos otros cambios que se podrían estar quedando afuera aquí. Se acepta como premisa que todas las sociedades e instituciones precisan de estados permanentes de cambios para superar estados de inercia e ineficiencias, incorporar innovadores desarrollos tecnológicos, nuevas soluciones y resolver nuevos conflictos que irán surgiendo; pero por sobretodo se considera necesario que permanezcan en constante replanteamiento, auto-crítica y reflexión acerca de su ideología a la base y sus consiguientes postulados, lineamientos y objetivos generales. De modo que se considera como necesario en esta propuesta el que se haga un examen continuo del quehacer institucional y no sólo del sector estatal sino de cualquier organismo en el cual su actividad esté basado en las relaciones con personas, pero más aún si dicha relación se basa en el diálogo, la entrega personal y la confianza absoluta como es el caso de algunas de las intervenciones en Salud Mental (por ejemplo la psicoterapia).

Se comparte aquí como idea provisoria (no definitiva ni mucho menos conclusiva) que una posibilidad o propuesta de cambio alternativa al cambio que propuso (¿o impuso?) la ideología neoliberal mediante las reformas en los Estados Latinoamericanos, podría buscarse en y orientarse hacia los principios y valores que históricamente propulsaron la organización -por ejemplo del sector salud en Chile y en gran parte de Latinoamérica-, es decir hacia lo que sostienen Homedes y Ugalde (2005b p. 206): *“la solidaridad más que en la competitividad y en la ayuda más que en el beneficio”*.

También se considera como válida o al menos necesaria, la pregunta política sobre qué estado de atención estatal en salud tendríamos en Chile si las reformas e intervenciones, sus bases y lineamientos, estuvieran basados en principios ideológicos menos materialistas. Tal es el caso por ejemplo de Cuba que sufre una transformación radical del sector de la salud resultado de su revolución política o de Costa Rica que a pesar de la presión del Banco Mundial, ha mantenido una financiación central de todos los servicios de salud y donde todas las compañías de seguros -incluyendo las de salud- son monopolios del Estado (aunque últimamente ha surgido un mercado de seguros extranjeros privado), consiguiendo ser uno de los sistemas más equitativos y mejor organizados de la región (Homedes y Ugalde, 2002; 2005b).

Sería interesante o por lo menos novedoso imaginar un escenario nacional en el que - en lugar de implementar estrategias que no están basadas en la realidad local (ni

muchas veces internacional) y que responden a una agenda ideológica específica- las personas encargadas de generar las reformas (bien sabemos muchos médicos, economistas, políticos, cientistas sociales, etc.), los lineamientos ministeriales, las propuestas, los Planes Nacionales, las Guías Clínicas y sus consiguientes intervenciones, etc., se ocupasen de crear, evaluar y fortalecer iniciativas generadas en el país (por ejemplo por los mismos interventores sociales que trabajan en el sistema de salud o por las universidades), no en acomodar esquemas provenientes de Estados lejanos e incomparables en la gran mayoría de los aspectos y sentidos con la idiosincrasia chilena. Y que se centrasen también en invertir tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el sistema, y viceversa, abandonando de una vez la orientación tan marcadamente mercantilista, eficientista y economista. Esto, dado que se cree firmemente que los objetivos que realmente importan de lo estatal -como la equidad, la inclusión y calidad- son asuntos ajenos a los economistas impulsores de los cambios que estamos experimentando desde hace 40 años hasta el día de hoy... se olvida lo que también Echeverri (2008) comparte, que es que la política de la salud de un país no puede estar basada en el mercado porque existe un importante segmento de la población pobre que no participa en él en igualdad de condiciones.

¿Cómo proteger entonces nuestras relaciones (públicas, privadas, laborales, de amistad, de familia, terapéuticas, entre muchas otras) para que no sucumban a lo empresarial, a la (re)compensación económica, a los comportamientos a corto plazo, al modo de pensar inmediato y eficientista... básicamente al débil grado de lealtad, compromiso, crítica y reflexión que caracterizan las relaciones en el modo de producción capitalista?

El capitalismo o neoliberalismo que nos inunda hoy no importa hacia donde miremos y los que adscriben a él deben reflexionar y constatar sus llagas ya que, por definición, es un sistema que genera desigualdad, que nunca ha sido equitativo y que tiende a excluir a los que están en desventaja. Se recalca entonces que es necesario por ende investigar sobre la exclusión, la inequidad y la cultura de la pobreza (entre otros muchos aspectos que se me pueden estar quedando en el tintero) considerados determinantes sociales de la salud o la enfermedad de una nación y sobre el tipo de abordaje más idóneo pero -y aquí está lo que se pretende reforzar como idea- in situ, acá en Chile, no traer los últimos modelitos de terapia o medicamentos 4S que

parecen estar sujetos a tanto éxito y ser brillantes en eficacia del extranjero. A no ser que sea esta importación efectivamente la fórmula archiprobada para alcanzar una sociedad con cohesión social, equitativa, incluyente y respetuosa por las diferencias. Difícil. Es muy difícil que las mismas estrategias propuestas por los economistas trasnacionales mejoren la calidad, equidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios en todos los contextos. *“Cada país debe buscar sus propias soluciones para incrementar la eficiencia y equidad y hacer realidad que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios médicos de calidad, cuyo espectro debe responder a la capacidad económica de cada nación”* (Homedes y Ugalde, 2002, p. 61).

Pero como un acercamiento, se considera esencial asegurar la inauguración en Chile de una vez por todas de servicios públicos gratuitos como vital para el bienestar de todos los ciudadanos. Al reducir el espacio entre los ciudadanos se fortalece la cohesión social.

En cuanto a lo específico del quehacer de los interventores sociales en contexto de atención en Salud Mental Estatal en Chile hoy, se sostiene como necesaria –frente a la situación ideológica actual que se postula en este trabajo como que se encuentra presente a la base del diseño de las intervenciones en esta área- la inclusión de ideas, preguntas, cuestiones que apunten e insten lo micropolítico¹⁹ del quehacer profesional en las intervenciones, como por ejemplo la constante reflexión, el cuestionamiento de las propias condiciones (sociales, de producción, de la enfermedad) y la crítica más que el cambio imperativo, es decir, decir un adiós en lo posible a la avidez de cambio prefijado. Que se tenga presente la instalación histórica de disciplinas como la psicología y la psicoterapia como un conjunto de tecnologías disciplinarias relativas a las ciencias humanas, como engranajes de un dispositivo de control social y que, perteneciendo al movimiento de las técnicas de sí en Occidente, adquieren un rol central en el gobierno de los cuerpos y de la población, por ejemplo en su diseminación como ciencias de la salud (Morales, 2011). Este constante masticar y rumiar de la propia práctica se espera tanto del profesional como del usuario. Estas disciplinas de raíz *psi* que encuentran gran asedio en la salud mental estatal hoy tienen gran impacto en la perpetuación y reproducción de ciertas ideologías (de control) – en este escrito la capitalista pero no se descarta la presencia de muchas

¹⁹ Para profundizar acerca de lo micropolítico en psicoterapia ver entre otros Morales 2010, 2011; Pakman 2006, 2010,

más- que cobran relevancia a la hora de preguntarse acerca de las subjetividades que ocupan el sistema de salud -por ejemplo- y acerca de si este sistema operará o no como un modo más de subjetivación. Morales (2011 p. 87) en su análisis se refiere al tema afirmando que *“va siendo la misma psicología –en particular la psicología fisiológica experimental– la que por medio de una aproximación “fracturada” o “fragmentada” de la identidad, inaugura concepciones problemáticas del yo (...) una técnica de sí mismo (...) adhiriendo, en un nivel político, a la consolidación de un sujeto cuya economía corporal parece resultar esencial para una normalización de la vida en el asentamiento del capitalismo moderno”*.

En este sentido, podría esperarse de un lineamiento acerca de la práctica clínica en Salud Mental del Estado por ejemplo que no sea generalizador y que respete las diferencias individuales en tanto no resguarde la opción de un solo tratamiento común para todos los usuarios; también podría esperarse que respete el tiempo -o el *timing* si se quiere ya que gusta tanto lo gringo- de cada persona en tanto no avale la orientación a la inmediatez y a lo costo-eficaz preestableciendo por ejemplo número de sesiones o promoviendo ciertas terapias en desmedro de otras no tan “efectivas”. Otra característica podría ser que abogue por una práctica que otorgue sentido y que dé cabida a lo emocional y a los relatos de historia de vida, no que sea por defecto ágil, breve (psicoterapia en 30 minutos) y flexible. Que no opere por tanto a favor del mercado dinámico ni del deseo de rendimiento rápido. Que defienda relatos de identidad e historia lineal, de un yo sostenible en el tiempo más que acentuar un yo compuesto por episodios y fragmentos. Esto podría resumirse en el sentido de que sea una práctica interventiva que se sepa a sí misma como tecnología de la disciplina y el control de los cuerpos, como una relación de sujeción específica y sostenida con un sujeto obediente y en cierto modo como un modo más de disciplinamiento moderno que despliega en sus prácticas *“tecnologías ad hoc para legitimar y reproducir de modo dominante cierto tipo de subjetividad, conveniente respecto de cierta economía política”* (Morales, 2011 p.89).

Se espera una práctica clínica en Salud Mental del Estado no centrada en objetivos preestablecidos *¡previos a conocer siquiera a la persona que se sentará frente a ti como profesional a contarte su historia y quizás su conflicto!*; que no obedezca a viejas o nuevas formas, mecanismos o modos de control de la subjetividad; que luche y se resista frente a la aparición de una libertad engañosa que aparenta ser libertad de

elección frente a qué producir pero que esconde que la producción está preestablecida... que renuncie a su preocupación productiva por el comportamiento resultante.

Se espera una práctica por tanto que vaya en contra la alta capacidad de desprenderse que proponen algunas ideologías económicas hoy, en contra la falta de apego duradero (lo que se observa claramente hoy mediante por ejemplo la obsolescencia programada en distintos productos presentes en el mercado), una práctica que se erija en contra las condiciones para una actividad clínica acrítica e indiferente, una práctica clínica que como bien dice Morales (2011) perturbe a partir de ejercicios modeladores y ejemplificadores de la relación del otro consigo mismo, pero por sobre todo, que abogue por ejercicios que desasosieguen al sujeto respecto de la relación que éste establece con su propio padecer. Que vaya en contra la exclusión de los usuarios en su labor, en contra el desarrollo de una identidad frágil... en otras palabras que vaya en contra la alienación de los trabajadores inmersos en esa práctica (interventores, usuarios, familias).

Se espera por tanto en el área de la Salud Mental del Estado en Chile una base - ideológica, teórica y práctica- que permita a la intervención hacer parte a sus partes, la inclusión, la participación y la co-construcción en todos los niveles de todos los actores presentes: que los planes ministeriales de los distintos programas sean construidos con la participación de más de un grupo selecto de profesionales (en su mayoría médicos) encerrados en algún cubículo de alguna institución de renombre y que se abra a la contribución importantísima, por ejemplo de las universidades, casa de formación de los profesionales que pronto trabajarán en ese contexto específico. Que la planeación de la intervención social o clínica sea realmente en el momento mismo de la intervención con el usuario, sin ideas u objetivos prefijos, coordinando y discutiendo -negociando si se quiere- objetivos y pasos a seguir en dicha intervención²⁰; y que la intervención cuente realmente con el carácter de grupal o

²⁰ En relación a esto, Morales (2011 p. 100) señala que una psicoterapia como política de la resistencia, “se proyectará atenta a los riesgos de favorecer intercambios que dejen de ser móviles y que impidan a quienes intervienen la modificación de los mismos. Es decir, aquellos intercambios que rigidicen la disposición de los saberes, bloqueando por ejemplo los saberes sobre sí mismo del consultante extinguidos en un desborde de los saberes profesionales del psicoterapeuta. Esto significa que el eje de la dominación, como limitación de la resistencia y la libertad en un espacio de poder, no estará dispuesto en el bloqueo de cierto tipo de saberes –lo cual sería más bien un ejercicio de amputación de parte de la relación– sino más bien, podrá

familiar, que el conflicto o la problemática sea considerada como un problema en las relaciones no una enfermedad que posee un sujeto individual (usuario) y que por tanto la familia o grupo pasa a ser un mero apoyo, sostén o control del portador en las intervenciones. La reflexión aquí propuesta converge de cierta forma con aquella que se plantea Morales (2011 p. 96) haciendo alusión a los postulados de Rancière sobre si podría la psicoterapia desplazarse, en un ejercicio de resistencia, *“desde una actividad, originalmente policiaca, hacia una práctica de resistencia que favoreciera la acción política emancipatoria de la individualidad de sus participantes frente a la fuerza gubernamental de los principios individualizantes que la sostienen”*.

Sabemos que ello implicaría un cambio en el espacio psicoterapéutico en cierta forma, por ejemplo en la forma de la delimitación de un espacio psicoterapéutico donde la tarea u objetivos no provengan impuestos exclusivamente desde el exterior, es decir, que sus condiciones de posibilidad no anulen el potencial protagonismo del usuario. Más aún, debería constituirse en un espacio que favorezca la participación en la construcción del espacio de los propios consultantes y el psicoterapeuta además de los lineamientos institucionales a la base. También implicaría resistirse a aquellas estrategias y técnicas interventivas que determinan la aparición de un “paciente” pasivo y crear e instar *“estrategias que faciliten la aparición de múltiples posibilidades de ser uno mismo, como sujeto-agente, como administrador –de la salud o del padecimiento– desde el gobierno de la propia vida”* (Morales, 2011 p. 95).

Para finalizar, se comparte aquí a cabalidad la reflexión de Echeverri (2008) quien señala respecto a la ideología capitalista que el problema no es el mercado, pues el mercado es neutro, sino cómo hacen uso de él los mercaderes, ya que si lo que los moviliza es la codicia, la avaricia, la envidia, o el afán de lucro existe un gravísimo problema social. Pero si al mercader lo mueve un interés de lucro justo y equitativo existe entonces una alternativa de solución razonable ya que el imperativo de hoy no es económico: es ético. Al respecto pero más orientado a la psicología y la psicoterapia en particular, se comparte también la visión de Morales (2011) quien reflexiona que una intervención que favorezca la ética se perfilará cuidando el espacio de la relación interventor-usuario con el fin de que las relaciones de poder no se

encontrarse en la exclusividad discursiva de alguno de ellos como modo de colonización del espacio psicoterapéutico”.

solidifiquen como situaciones de dominio, fundamentalmente desde el régimen del espacio institucional.

VI. Reflexiones finales

A continuación se plantearán ciertas ideas centrales que engloban de manera general lo expuesto en este escrito y que terminan de definir lo que se ha intencionado denunciar: las prácticas interventivas en Salud Mental del Estado en Chile hoy tienen a la base ciertos lineamientos generales que adscriben a la ideología capitalista -en tanto operan como modos de subjetivación- y esto se observa a la luz de la emergencia de ciertas formas específicas de concebir, trabajar y encauzar (guiar, dirigir, conducir, gobernar) a los sujetos que ahí se encuentran (tanto interventores como usuarios).

Apología al desfalco

En primer lugar, se establece que existen **las mismas relaciones estructurales de producción** tanto en el sistema de producción capitalista como en el de atención de Salud Mental del Estado. El capitalismo es un modo de producción que tiene como objetivo el producir -mediante la puesta en marcha de una fuerza de trabajo específica- mercancías cuyo valor sobrepase la suma de los valores invertidos en su producción -es decir, generar plusvalía- y, a través de la circulación de dichas mercancías en el mercado, obtener ganancia. Similarmente, la atención en Salud Mental del Estado funciona como un régimen cuya técnica está puesta a favor de cierta estructura (económica si se quiere) más amplia, cuyo fin es también la obtención de ganancia. Esta ganancia es obtenida a través de prácticas de prevención, de intervención, de atención clínica y del establecimiento estadístico de ciertas áreas a ser intervenidas en desmedro de otras (áreas prioritarias). Existe entonces un proceso homologable en cuanto al operar *pro-ganancia* de ambos sistemas. La fuerza de trabajo con la que consta el Sistema de Salud Mental Estatal detrás está encarnada tanto en el interventor social como en el usuario. Y la ganancia se traduce en el ahorro de costos nacionales mediante ciertos resultados como por ejemplo la disminución de licencias médicas; la puesta en marcha únicamente de prácticas costo-efectivas; la atención del mayor número de pacientes en serie en el menor tiempo posible y a través del logro de la obtención final de un sujeto que sea ajustado socialmente, que sea productor dentro del sistema y que, por ende, genere a su vez ganancia.

SIMILITUDES ENTRE LAS RELACIONES DE TRABAJO, DINÁMICAS Y
EL PAPEL QUE CUMPLEN LAS PARTES DEL SISTEMA
EN EL CAPITALISMO Y EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD
MENTAL DEL ESTADO EN CHILE

CAPITALISTA	→	PLUSVALÍA FUERZA DE TRABAJO (TRABAJADOR)	→	GANANCIA
ESTRUCTURA SOCIAL SISTEMA SOCIOECONÓMICO	→	ATENCIÓN PREVENCIÓN PROG. PRIOR. FUERZA DE TRABAJO (INTERVENTOR SOCIAL, USUARIO)	→	GANANCIA AHORRO COSTOS ELEVADOS (LIC.MED.) SUJETO PRODUCTOR

Así, al igual que en el capitalismo, esta ganancia del sistema de salud no es nunca para quien la produce directamente (trabajador social, usuario) sino que supone siempre ganancia excedente para otro (el sistema socioeconómico, el funcionamiento productor del país).

Made in the USA: copy paste

Como segunda idea se considera que específicamente la intervención clínica en Salud Mental Estatal **reproduce la dinámica del modo de producción capitalista** en la medida que tiene a la base sus principales mecanismos: la orientación hacia la ganancia, la acumulación, el tratamiento a corto plazo, la orientación al cambio y a la salud mediante completitud, orientación hacia la evidencia, costo-eficacia, entre otros. A la vez que **no existe en relación a ella creación local**, sino que se apropia el Estado Chileno de prácticas extranjeras como ha ido ocurriendo ya desde hace más de 40 años. Esta apropiación está presente tanto en lo más global (formas de concebir y administrar el sistema de salud general del país), a lo más específico (formas de concebir y administrar psicoterapias eficaces). Se denuncia una ausencia del *made in Chile* en la planificación e intervención en Salud Mental del Estado de acuerdo al contexto y necesidades nacionales.

Publicidad engañosa: arrastre de poder

El tercer lugar se lo lleva la idea de que tanto en el capitalismo como en la atención en Salud Mental Estatal **acontecen nuevas formas de control** que suponen una libertad engañosa en cuanto la supuesta autodeterminación del sujeto debido a que la estructura de poder se traslada desde su versión más tradicional hacia las múltiples fuerzas que empujan a producir algo que está prefijado. El valor del sujeto de la Salud Mental Estatal y del capitalismo dado por su valor como mercancía, es decir, por el uso que este sujeto tendrá en la sociedad en que vive. Frente a esto, se establece que de ambos contextos emergen nuevas formas de control y que la libertad a la que abogan no es más que una libertad engañosa, no es que hayan variado las metas de producción ni lo que se espera del sujeto en estos contextos, sino que acontecen nuevas formas de producción que se enmarcan en nuevas formas de legitimaciones, pero el empuje hacia la producción continua, hacia la producción de un sujeto particular, productor, ajustado socialmente. Lo que ha variado meramente es el “cómo” de dicha producción, el individuo sigue sin poder decidir qué es lo que producirá. Si bien el capitalismo propone un sujeto libre y autónomo en su actuar, se tiene que en ambos contextos, es decir ambos sujetos (el sujeto del capitalismo y el de la Salud Mental del Estado), operan y actúan en un contexto donde **las opciones están dadas de antemano** (por las leyes de mercado si se quiere), por ende no son libres, ni iguales, ni autónomos en sus decisiones ya que dependen de una realidad donde sus lugares ya están definidos. La publicidad acerca de la supuesta libertad en el sistema de las ideas “libres” es engañosa ya que nada surge de la libertad de cada uno y menos aún son los sujetos libres sino que todo lo contrario: están *sujetos* a lo que otros dicten de ellos.

Sujeto Denominador Común

También se concibe que el sujeto inserto en la atención en Salud Mental Estatal, ya sea interventor social o usuario, **se muestra como una versión más** del sujeto del capitalismo, compartiendo sus características fundamentales, como el generar ganancia o plusvalía para un otro, ser producidos a la vez que producir, ser mercancías dado que su valor está dado por el uso que tienen, estar orientados a la inmediatez e inmersos en el consumismo para lograr completitud (felicidad) **pero lo que los hace iguales** es que ambos comparten el estado de **alienados**, en tanto son

seres acríticos que no cuestionan las propias condiciones de producción y dado que tanto su trabajo como sus productos devienen ajenos a ellos. Ambos sujetos, el “sujeto capital” y el sujeto de la Salud Mental Estatal nadan en una ausencia de injerencia en su trabajo diario, no se cuestionan sus condiciones de nacimiento ni para qué o quién se supone su labor. El sujeto de la Salud Mental del Estado debe ser un sujeto que toma un instrumento y lo aplica y obtiene resultados replicables; se espera sea un sujeto que no incite a la reflexión más todo lo contrario que silencie y perpetúe cual máquina las condiciones de un sistema que produce y reproduce un ejército de tratamientos y objetivos o de mano de obra. Ambos se erigen como sujetos alienados a la merced de un sistema que -mediante las reglas preestablecidas- los oprime e inhabilita, incapacitándolos para re-conocerse y reflexionar acerca de lo realizan y lo que les atañe. Específicamente en la práctica interventiva en Salud Mental Estatal, el resultado de esto es un profesional al cual le otorgan un instructivo *Guía Clínica* y se pretende que siga los objetivos y pasos allí señalados, un trabajador que no participa en la construcción de su trabajo, sino que éste conserva su carácter de ser señalado exteriormente. Estos sujetos-producto son ambos derivados de un sistema de producción capitalista, ambos son acríticos, no cuestionan sus condiciones y, por lo tanto, se transforman en sujetos alienados en sus propias condiciones de producción, de sus procesos y productos. Ya sea realizando un trabajo rutinario, reproduciendo lo que ya está escrito por otros o respondiendo a lo que el experto le señala hacer, ninguno de los dos reflexiona, co-construye o critica el mandato.

Oda al resultado preconcebido en serie

Como penúltima idea, se sostiene que las intervenciones en Salud Mental del Estado se ponen **a favor de la perpetuación de un sujeto específico**, al que se interviene con un norte claramente capitalista en desmedro de otras formas de intervención que podrían ser de carácter más reflexivo o constructivo. Desde la misma génesis socio-histórica del liberalismo económico que *“se ha intentado reducir la subjetividad humana y la exploración imaginaria de lo posible en la vida social a la estricta racionalidad económica de la doctrina”* (Rodríguez, 2003 p. 95). Los sujetos que llegan a consultar por Salud Mental son sujetos fragmentados pero se tratarán indistintamente todos con el norte de conseguir un estado de plenitud, con la promesa de una “cura” que eventualmente se traducirá en un estado de completitud. Existe en el diseño de la atención en Salud Mental Estatal, al igual que en el capitalismo, una (auto)exigencia de plenitud, estado que se alcanzará sólo mediante el consumo de

psicoterapia, de consultorías, de terapias grupales, de respuestas a un cuestionario. Se establece que existe claramente el norte del consumo, por ejemplo de psicofármacos, para conseguir la felicidad y el estado pleno. Se hace una lectura del abordaje de la Salud Mental del Estado como un sistema que tiene una orientación clara hacia el cambio igual para todos, indistintamente de quien consulte, cambio que conllevará la obtención de “salud” mediante lineamientos que se encuentran claramente estructurados y un tratamiento igual para todos los portadores de los males que son estadísticamente prioritarios.

Cínicos en vez de clínicos

La última idea que toma fuerza en este trabajo es aquella que denuncia que, si se siguieran las indicaciones al pie de la letra, es decir si se rigen acérrimamente por los planteamientos ministeriales, los interventores sociales en el ámbito de la Salud Mental del Estado en Chile funcionarían como productores capitalistas en sí mismos, dado que tendrían como norte y buscarían siempre una maximización de los rendimientos, a la vez que se regirían por la única ley de valor en economía: *“no hay más valor que la performatividad, el rendimiento, la correlación entre inputs o inducciones y outputs o deducciones”* (Rodríguez, 2003 p. 95). Así, uno se daría de frente en el box del consultorio con la *“obediencia silente a las instrucciones del psicoterapeuta; la no participación en el andamiaje del proceso de interrogatorio; la aplicación de test en los cuales el sujeto sólo debe limitarse a contestar sin mediar explicaciones; la primacía de técnicas (...) donde la posición política del sujeto queda reducida (...) las pruebas psicométricas de los primeros laboratorios psicofisiológicos; la combinatoria de clínica con técnicas farmacológicas experimentales”* (Morales, 2011 p. 89). Se piensa aquí el Sistema de Salud Mental Estatal en Chile como un modo más de subjetivación (capitalista) que modela *sujetos-producto* -productores, obedientes-similares al sujeto que habita y produce en (y es producido por) el capitalismo, pero lo importante de señalar es que para este fin, **contaría con la complicidad de un aliado fiel**: el interventor social. Afortunadamente (*¡menos mal!*) y tal como refiere Encina (2010), la incertidumbre de la práctica psicológica y de las prácticas sociales en general permite espacios de producción de movimientos libertarios y existen instituciones, profesores, espacios de formación, textos, movimientos sociales, y agrupaciones varias que promueven un trabajo (y una reflexión constante) que consiste en promover dichas condiciones de posibilidad o, como diría Foucault, las

condiciones de prácticas de resistencia. Estas condiciones podrían ser (y están siendo) acogidas por profesionales interventores sociales, que culminan comprendiendo el abordaje de la Salud Mental del Estado como un sistema con múltiples posibilidades de cambio (no sólo con un camino válido), que conciben sus lineamientos como una posibilidad dentro de muchas otras, el norte de curar y sanar como un objetivo dentro de muchos otros posibles, y el tratamiento costo-eficaz dentro de una amplia posibilidad de muchos otros tratamientos (dentro de las cuales se concibe el no tratar como una posibilidad más). Un trabajador que piense y participe activa y críticamente en la construcción de su trabajo.

VII. Referencias bibliográficas

- Alemán, J., y Larriera, S. (1998). *Lacan: Heidegger. El psicoanálisis en la tarea del pensar*. Málaga: Miguel Gómez.

- Allende, S. (1939). *La realidad Médico-Social Chilena*. Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad Previsión y Asistencia Social. [Versión de DIBAM]. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0000543.pdf>

- Banco Mundial. (2004). *Informe sobre el Desarrollo Mundial: Servicios para los pobres*. México: Alfaomega.

- Beauvois, J. (2009). *Tratado de la servidumbre liberal. Análisis de la sumisión*. Madrid: La oveja roja.

- Braudel, F. (1987). *La dinámica del capitalismo*. Madrid: Alianza.

- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública*, 8(1/2), 43-54. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/dbi/es/ART-Brito.pdf>

- Castrillo, D. (2008). Comentario sobre la noción marxista de plusvalía y el plus de goce de Lacan. Recuperado de http://www.ateneodecaceres.es/index.php?option=com_content&view=article&id=93:plusvalia-plus-de-goce-dolores-castrillo&catid=38:filosofia&Itemid=57

- Cortés, J. y Martínez, A. (1996). *Diccionario de filosofía en CD-ROM*. Barcelona: Expresa Editorial Herder S.A.

- Díaz, E. (2007). La escuela de Frankfurt, Foucault y la tradición crítica. En torno a la cuestión del sujeto. VII Jornadas de Hermenéutica aplicada “Foucault y la hermenéutica” Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Recuperado de <http://www.revistapensar.org/index.php/pensar/article/view/15/pdf>

- Dinerstein, A. (2001). Subjetividad: Capital y la materialidad abstracta del poder (Foucault y el marxismo abierto), En publicación: Teoría y filosofía política. La tradición clásica y las nuevas fronteras. Atilio A. Boron. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/teoria1/diners.rtf>

- Ema, J. (2009). Capitalismo y subjetividad. ¿Qué sujeto, qué vínculo y qué libertad? *Psicoperspectivas*, VII (2), 224-247. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/61/78>

- Encina, E. (2011). *¿Déficit atencional o diagnóstico comodín? Psicología, estatus de verdad y diagnóstico clínico: desde una Estética de Poder*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública*, 24(3), 210-216. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a08v24n3.pdf>

- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

- Foucault, M. (1998). *La historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo Veintiuno.

- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Volumen III*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Foucault, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta.

- Foucault, M. (2002a). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2002b). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.

- Franco, Y. (2000). Subjetividad: lo que el mercado se llevó. Una perspectiva desde el pensamiento de Cornelius Castoriadis. *Herramienta*, 12, 1-6. Recuperado de <http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-12/subjetividad-lo-que-el-mercado-se-llevo>

- Gergen, K. (1992). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Gergen, K. (1991). *El Yo saturado*. Barcelona: Paidós.

- Gianna, S. y Mallardi, M. (2008) Subjetividad y conciencia de clase. Reflexiones sobre la alienación y reificación en el actual capitalismo. I Jornadas de investigación y debate político "Proletarios del mundo uníos". Buenos Aires. Recuperado de <http://www.razonyrevolucion.org/jorn/PONENCIAS%20EN%20PDF/Mesa%2028/mesa29-gianna.pdf>

- Grajeda, B. (2001). Subjetividad y relación educativa. Universidad Autónoma Metropolitana.

- Grimaldi, A. (2008). Privatizaciones: Capitalismo y medicina. *Viento Sur*, 98, 92-99. Recuperado de <http://www.vientosur.info/articulosabiertos/VIENTOSUR-numero98-privatizaciones-Grimaldi.pdf>

- Guattari, F. y Rolnik S. (2006). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de Sueño. [Versión de Metabiblioteca]. Recuperado de <http://libros.metabiblioteca.org/bitstream/001/297/8/84-96453-05-7.pdf>

- Guinsberg, E. (s/f). Subjetividad. El problema de la definición. Ensayo elaborado para el proyectado *Léxico de la política* con patrocinio de Conacyt, UNAM y UAM-X. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. D.F. México.

- Guinsberg, E. (2004). La influencia de los medios masivos en la formación del sujeto: una perspectiva psicoanalítica. *Psicología em Estudo Maringá*, 8(1), p. 3-12. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a02.pdf>

- Guevara, E. y Mendias, E. (2002). A comparative analysis of the changes in nursing practices related to health sector reform in five countries of the Americas. *Rev Panam Salud Pública*, 12, 347-53. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001100009

- Hobsbawn, E. (2011). *Como cambiar el mundo*. Buenos Aires: Paidós.

- Homedes, N. y Ugalde, A. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 18-29. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv16n1/original2.pdf>

- Homedes, N. y Ugalde, A. (2002a). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv16n1/original6.pdf>

- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005a). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*, 17(3), 210-220. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>

- Homedes, N. y Ugalde, A. (2005b). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, 17(3), 202-209. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a11v17n3.pdf>

- Homedes N. y Ugalde A. (2005c). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71, 83-96.

- Jaramillo I. (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 48-53.

- Kazi, G. y Pellegrini, P. (2003). Subjetividad y aparato psíquico: acerca de quietudes e in-quietudes. *Psicología USP*, 14(2), 195-223. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a10v14n2.pdf>

- Labra, M. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 1041-1052. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400010

- Lacan, J. (1997). *Radiofonía y televisión*. Barcelona: Anagrama.

- Lacan, J. (2008). *El seminario de Lacan. Libro 16. De un otro al otro. 1968-69*. Buenos Aires: Paidós.

- Marx, K. (1973). *El capital. Libro 1*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Marx, K. y Engels, F. (2007). *Manifiesto del partido comunista*. Buenos Aires: Longseller.

- Marx, K. (2010a). *El capital. Crítica de la economía política. Tomo 1. Libro 1. Proceso de producción del capital*. Santiago: LOM.

- Marx, K. (2010b). *Capital, trabajo, plusvalía*. Buenos aires: Longseller.

- Menanteau-Horta, D. (2006). El rol del Estado en el desarrollo social y la Reforma de la previsión en Chile y EE.UU. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 10, 5-22. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=45901001>

- Ministerio de Salud. (s/f). Misión y visión. Recuperado en agosto de 2010 de http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_mision_vision/presentacion_mision_vision.html

- Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud. (2005). *Violencia intrafamiliar: Detección, Diagnóstico y Tratamiento*. Santiago: Minsal.

- Ministerio de Salud. *Guía clínica Tratamiento de personas con Depresión*, 2006. Santiago: Chile. Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b19fedae04001011f010680.pdf>

- Ministerio de Salud. *Guía clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años*, 2007. Santiago: Chile. Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e76d046deadd39e04001011f015223.pdf>

- Ministerio de Salud. *Orientaciones técnicas Atención de Adolescentes con problemas de Salud Mental*, 2009. Santiago: Chile. Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/87996104a58537f4e04001011f017479.pdf>

- Ministerio de Salud. (2011a). *Convenio Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria*. Departamento de Asesoría Jurídica. Servicio de Salud Osorno.

- Ministerio de Salud. *Estrategia nacional de salud mental: un salto adelante*, 2011b. Subsecretaría de Salud Pública: División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud Mental. Santiago: Chile. Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a73ea8bff9392ac4e04001011e011f16.pdf>

- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Programa Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev. Panam. Salud Publica*, 18(4/5), 346-358. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015

- Morales, R. (2010). Psicoterapia sistémica, micropolítica y subjetividad: alcances en torno a la formación. En Gálvez, F. (Comp.), *Formación en y para una Psicología Clínica* (45-67). Santiago: Colección Praxis Psicológica Serie Obras de Programas.

- Morales, R. (2011). *Poder, subjetividad y psicoterapia: Alcances y consideraciones desde la analítica foucaultiana hacia una política de la resistencia*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Filosofía mención Metafísica. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Invertir en salud mental, 2004*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Society at a Glance – OCDE Indicadores Sociales, 2011*. Recuperado de www.oecd.org/els/social/indicators/SAG.

- Pakman, M. (2006). Entrevista con Marcelo Pakman. Realizada por Alicia Moreno en la Universidad P. Comillas de Madrid. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/pakman.htm>

- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.

- Parker, I. (2008). Politics versus Psychotherapy. En *Psychotherapy and Politics International Psychother*. Published online in Wiley InterScience www.interscience.wiley.com DOI:10.1002/ppi.161.

- Pincheira, I. (s/f). Disciplina, Biopolítica y Noopoder. Acerca de los actuales procesos de constitución de subjetividad. *Rev. Otros Logos*, 1(1), 147-167. Recuperado de <http://www.ceapedi.com.ar/otroslogos/Revistas/0001/Pincheira.pdf>

- Polanyi, K. (1991). *La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Jorquera, V. (2007). Psicologización, poder constituyente y autonomía: repensando la construcción de la subjetividad en la postmodernidad. *Athenea Digital*, 12, 38-61. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=53701203>

- Rico, J. (1997). Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: las contradicciones en el paradigma de salud para todos. *Colombia Médica*, 28, 27-33. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28328106.pdf>

- Rodríguez, F. (2006). Modernidad, subjetividad y dominación sobre el cuerpo. *Rev. Copérnico*, 3(4), 38-43. Recuperado de http://www.cidar.uneg.edu.ve/DB/bcuneg/EDOCS/formae/Revistas_e/copernico/Número_4/6.pdf

- Rodríguez, J. (2003). La producción de subjetividad en los tiempos del neoliberalismo: hacia un imaginario con capacidad de transformación social. *Cuadernos de relaciones laborales*, 21(1), 89-105. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0303120089A>

- Salinas, H. y Lenz, R. (1999). *Las no reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso*. Santiago: Andros.

- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

- Sepúlveda, C. (2003). El significado histórico de la Reforma de la atención de salud en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 21-33. Recuperado de http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/44_1.pdf

- Smith, A. (1958). *Investigación Sobre la Naturaleza y Causas de la Riqueza de Las Naciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Weber, M. (2003). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.

- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Zizek, S. (2002). *El frágil absoluto*. Valencia: Pre-Textos.