



Límite

ISSN: 0718-1361

revlimite@uta.cl

Universidad de Tarapacá

Chile

Busta C., Cristián

A 32 AÑOS DE ALMA-ATA: APORTES DESDE EL PSICOANÁLISIS EN TORNO A UNA ÉTICA DE TRABAJO POSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Límite, vol. 7, núm. 25, 2012, pp. 61-71

Universidad de Tarapacá

Arica, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83624079005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## A 32 AÑOS DE ALMA-ATA: APORTES DESDE EL PSICOANÁLISIS EN TORNO A UNA ÉTICA DE TRABAJO POSIBLE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

*32 YEARS FROM ALMA-ATA: PSYCHOANALYTIC CONTRIBUTIONS  
FOR A POSSIBLE WORKING ETHICS IN PRIMARY HEALTH ATTENTION*

**Cristián Busta C.\***

Pontificia Universidad Católica de Chile  
Santiago-Chile

*Recibido 23 de agosto 2011/Received August 23, 2011  
Aceptado 23 de diciembre 2011/Accepted December 23, 2011*

### RESUMEN

El presente trabajo plantea una discusión en torno a las posibilidades de intervención clínica que surgen a partir de los supuestos a la base de la Declaración de Alma-Ata. De esta manera, se propone una revisión crítica de conceptos que dan cuenta de una cierta noción de subjetividad a la base en dicho documento, contrastándolos con algunas nociones psicoanalíticas. Se plantea que es posible desprender una cierta ética de trabajo en torno a las ideas de Alma-Ata que se vería enriquecida a partir de una reflexión que considere conceptos relativos a la ética propia de la dirección de la cura psicoanalítica. A partir de lo anterior, se elabora una propuesta que busca integrar algunos elementos propiamente psicoanalíticos con los supuestos a la base del trabajo de APS.

**Palabras Clave:** Alma-Ata, Psicoanálisis, APS.

### ABSTRACT

*The present work discusses the possibilities of clinical intervention that come from the underlying assumptions of the Declaration of Alma-Ata. A critical review is proposed, about concepts that account for the notion of subjectivity that underlies this document, contrasting them with some psychoanalytical ones. A certain working ethics is possible to be issued from the ideas of Alma-Ata, which may be benefited by a discussion that considers ideas about the cure direction in psychoanalysis. Related to this, a proposal is made, a proposal that seeks to integrate some psychoanalytical ideas with some assumptions at the bases of primary health attention.*

**Key Words:** Alma-Ata, Psychoanalysis, APS.

---

\* Sebastián Elcano 1100 Depto. 94. Las Condes. Santiago. Chile. E-mail: cabusta@uc.cl

*“Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones. No dudo que el acierto de nuestras hipótesis psicológicas impresionará también los espíritus populares, pero, de todos modos, habremos de buscar la expresión más sencilla y comprensible de nuestras teorías” (Freud, 2003a, p. 2462).*

## INTRODUCCIÓN

Casi un siglo ha pasado desde que Freud nos planteara la sugerencia de adaptar la técnica psicoanalítica a las nuevas condiciones sociales y, a partir de ello, resulta fácilmente constatable cómo el psicoanálisis ha penetrado, con distintos grados de resistencia, en diversos ámbitos de nuestra sociedad. Así, resulta interesante pensar cómo el psicoanálisis ha debido integrarse en diversos quehaceres institucionales y, a su vez, cómo dichas instituciones han integrado al psicoanálisis ya sea en sus prácticas o bien en su ética. En este contexto, son las instituciones de salud mental las que han sido objeto de un importante grado de intercambio con el psicoanálisis, generándose con ello valiosas experiencias de trabajo en donde es posible palpar el aporte que puede realizar el psicoanálisis en el trabajo de una determinada institución. Dentro de las instituciones de salud mental, un área que ha tenido un importante crecimiento en nuestro país ha sido la implementación, a partir de comienzos de los años noventa, de programas de salud mental en consultorios de atención primaria. De esta manera, junto con la inserción de profesionales de la salud mental en consultorios de APS (Atención Primaria de Salud), ha comenzado a instalarse una reflexión respecto a las posibilidades, las perspectivas, los desafíos, en fin, a una posible ética relativa a la salud mental en el contexto de APS.

Dado lo anterior, surge como un ejercicio relevante revisar y discutir, a partir de algunos textos de inspiración psicoanalítica, la Declaración de Alma-Ata (1978), documento que da origen y que inspira los principios y la labor de la APS en todo el mundo, incluyendo a nuestro país. Mediante este ejercicio se intentará plantear una reflexión respecto de las potenciales confluencias y aportes que el psicoanálisis puede introducir en la discusión en torno a la salud mental en el contexto de APS. En este sentido, se revisarán nociones como el concepto de salud, igualdad, bienestar, autoconfianza y autodeterminación, y se reflexionará en torno a cierta ética propuesta en dicho documento, a la luz de los aportes de algunos autores de orientación psicoanalítica, para luego dar paso a una propuesta que plantee las bases de una posible integración de ciertas nociones psicoanalíticas en el trabajo en APS.

## ANTECEDENTES

En 1978, la OMS, junto con el patrocinio de la ex URSS, organizó en Kazajistán la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. A partir de dicha conferencia, cuyo lema fue *Salud para Todos en el Año 2000*, se generó una

Declaración que contempla diez puntos en los que se establecen los principios fundantes de la Atención Primaria de Salud, siendo recogida por diversos países (Chile entre ellos) para organizar a partir de ella sus sistemas de atención primaria.

A lo largo de diez puntos, la Declaración de Alma-Ata exhorta a las autoridades políticas, económicas y sociales a nivel mundial a “Proteger y promover la salud de todas las personas del mundo” (p. 2)<sup>1</sup>. Así, un primer concepto que adquiere relevancia es el concepto de *salud*, el que será entendido, de acuerdo a este documento, como un estado de bienestar físico, mental y social, que se constituye como un “derecho humano fundamental” (p. 2). De esta manera se plantea que en función del esfuerzo realizado por variados sectores de la sociedad se debe lograr el nivel de salud más alto posible para toda la población, y con ello, cualquier desigualdad en torno al estado de salud es “inaceptable política, social y económicamente” (p. 2).

Asociado a la idea de *salud*, la Declaración de Alma-Ata supone una articulación de dicho concepto con la idea de desarrollo económico y social de un determinado país. Así, plantea que por un lado el desarrollo económico y social (asociado a la idea de “un Nuevo Orden Económico Internacional” que queda sin explicitar) es de “importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos” (pp. 2-3) y, por otro, es la promoción y prevención de la salud de la población un elemento fundamental en el desarrollo económico y social de una determinada comunidad. De esta manera se produce una especie de articulación circular en la que es la salud una suerte de garante del desarrollo económico y social y, a la vez, son dichas áreas del desarrollo, en tanto se encuentren debidamente manejadas por las autoridades, las que favorecerían un nivel adecuado de salud para todos. A su vez, junto con ser un “derecho humano fundamental”, esta idea de salud establece el deber de la población de participar activamente, en forma individual y colectiva, “en la planificación y aplicación de la atención a su salud” (p. 3).

Como parte de una meta para el año 2000, la Declaración de Alma-Ata plantea “que todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (p. 3). Vemos entonces que el concepto de *salud* está referido a un medio para alcanzar una cierta productividad en lo económico y lo social y, en este sentido, son las autoridades políticas de un determinado país las encargadas de adoptar las medidas para que esto suceda, siendo la Atención Primaria de Salud la “clave para alcanzar dicha meta” (p. 3). Siguiendo esta idea, los diversos dispositivos de APS serían parte importante de las medidas que la autoridad es responsable de adoptar, en pos de conseguir un óptimo nivel de productividad social y económica.

En relación a la definición de Atención Primaria de Salud, es posible observar que se compone de diversos elementos. En primer lugar se plantea la idea de una “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 2.

fundados y socialmente aceptables” (p. 3). De esta manera, pasarán a formar parte de la APS sólo aquellas prácticas que cuenten con un fundamento científico y sean al mismo tiempo *aceptables* a nivel social. Además de ello, se plantea que dichas prácticas deben estar *al alcance* de la comunidad, tanto en términos de participación de dicha comunidad en su implementación y desarrollo como en términos de costo económico. Se resalta acá que los métodos y tecnologías adoptados por la APS deben sostener entre los miembros de la comunidad “un espíritu de autoconfianza y autodeterminación” (p. 4) y que serán justamente los dispositivos de APS los que constituirán la puerta de entrada de la comunidad a un “proceso más continuado de asistencia sanitaria” (p. 4).

En términos prácticos, la Declaración de Alma-Ata establece que la Atención Primaria de Salud debe ser un reflejo de las condiciones políticas, económicas y socioculturales de la comunidad donde esté inserta, y debe basar su praxis en investigaciones sociales, biomédicas o sanitarias que sean consideradas relevantes. A su vez, se plantea a la APS como un dispositivo que actúa a múltiples niveles: Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Dichos niveles interactúan además con variadas formas de intervención que incluyen entrega de alimentos, provisión de agua potable y medicamentos esenciales, educación respecto de problemas de salud de alta prevalencia, inmunización contra enfermedades infecciosas, y tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes, entre otras. Se propone que variados sectores y campos de actividad participen de dichas intervenciones, incluyendo “la agricultura, la ganadería, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas” (p. 5), entre otras. Además serán específicamente los profesionales ligados a la salud (médicos, enfermeras, matronas, asistentes sociales, etc.) los encargados de ejecutar dichas prácticas, “atendiendo así a las necesidades de salud de una determinada comunidad” (p. 5).

Por último, a nivel político, la Declaración de Alma-Ata plantea el deber de las autoridades gubernamentales de formular políticas y estrategias que permitan sostener los sistemas y dispositivos de APS “como parte de un sistema nacional de salud de gran alcance y en coordinación con otros sectores” (p. 5). Así, sería la voluntad política de los gobiernos, a través de decisiones que involucren reformas y utilización de recursos, la encargada de promover los dispositivos de APS no sólo en sus propios países, sino a nivel global, bajo el supuesto de que “el logro de la salud por la población de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países” (p. 6). En este sentido, se señala la idea que sería posible alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población si existiese la voluntad política sostenida de destinar una parte de los recursos que se utilizan a nivel mundial en la compra de armamentos y conflictos bélicos “para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud, en tanto en cuanto que es elemento esencial de dicho desarrollo” (p. 6).

## DISCUSIÓN

A partir de lo recientemente expuesto, es posible constatar que la Declaración de Alma-Ata se constituye a partir de variados supuestos que van articulando el concepto de Atención Primaria de Salud y las propuestas de trabajo que se plantean en torno a ella. Supuestos que, se podría pensar, recogen a su vez una fuerte influencia del contexto histórico en el cual se desarrolla la Declaración y que siguen operativos hasta nuestros días.

Un primer concepto que aparece como elemento articulador de las ideas planteadas en la Declaración es la noción de *salud*, y con ello, la idea de sujeto que se desprende de dicho concepto y que cruza los diversos aspectos planteados en el documento. Es justamente esta idea implícita de sujeto lo que permitirá entender la ética de trabajo propuesta en la Declaración.

De acuerdo a la Declaración de Alma-Ata, la salud será entendida como un concepto que presenta la característica de ser un elemento que articula diversos aspectos del otro social. Así, la política, la economía y el desarrollo social aparecen implicados en la idea de salud, siendo ésta una especie de indicador individual de lo bien o mal que se articulan dichos elementos, lo que estará dado en función del nivel de productividad que el individuo presente respecto de lo esperable para su contexto social. En este sentido, es posible pensar que lo esperable justamente es la adecuación de cada uno a sostener un nivel de productividad que no se escape de la norma, es decir, “llevar una vida social y económicamente productiva” (p. 3).

Esta idea parece cercana a la difundida propuesta de Freud acerca de la salud quien refiere este concepto como “la capacidad de amar y trabajar”. En este sentido, podríamos pensar que para el psicoanálisis desde siempre ha sido parte de su ética un cierto adecuamiento subjetivo al contexto cultural del cual cada uno es parte, es decir, es esperable que un sujeto al final de su análisis viva mejor, lo que significa, entre otras cosas, que pueda desenvolverse mejor en el contexto en donde se encuentra. Por lo demás, es justamente ese contexto cultural el que lo constituye psíquicamente. Ahora bien, uno de los elementos que aporta un matiz diferente entre la idea psicoanalítica y lo planteado en Alma-Ata es que dicha adecuación cultural para el psicoanálisis no necesariamente se relaciona con un cierto “nivel de productividad” esperable de antemano para todos por igual. Tal como Freud (2003b) lo plantea, la adecuación al contexto “depende del concurso de numerosos factores, y quizá de ninguno tanto como de la facultad del aparato psíquico para adaptar sus funciones al mundo y para sacar provecho de éste en la realización del placer” (p. 3030). Sería ésta una adecuación subjetiva y, como tal, no homogeneizable a toda la población, una adecuación que está cruzada por la capacidad del aparato psíquico de generar las condiciones que permitan la realización del placer en el contexto social de cada uno.

Junto a la noción de salud, la Declaración plantea la idea de *bienestar*, el cual acontece a tres niveles: físico, mental y social. Así entonces la salud, es decir, la

capacidad para llevar una vida social y económicamente productiva, implica el alcanzar un cierto *bienestar* en estas tres áreas. Esta idea nos permite comenzar a pensar en la noción de sujeto implícita en la Declaración, un sujeto en el cual habría tres niveles posibles de bienestar separados entre sí. Esto significa que sería posible, por ejemplo, alcanzar un cierto bienestar físico sin un bienestar mental o bien alcanzar un bienestar mental pero no un bienestar social, es decir, un sujeto en el cual existe esta triple separación que el concepto de salud se encarga de unificar. Ahora bien, si pensamos que precisamente lo que la idea de salud plantea es la adecuación de cada uno para alcanzar un cierto nivel de productividad económica y social, es justamente esta adecuación la que conlleva este triple bienestar posible, al modo de una especie de mítico bienestar en la cultura, y por ende aquel malestar que se busca erradicar estaría dado en quienes no se encuentran dentro de los niveles esperables de productividad económica y social de acuerdo a su contexto específico.

Siguiendo con esta idea, resulta interesante contrastar este concepto de *bienestar* con la idea de felicidad que plantea Freud, quien señala:

La felicidad, considerada en el sentido limitado, cuya realización parece posible, es meramente un problema de la economía libidinal de cada individuo. Ninguna regla al respecto vale para todos; cada uno debe buscar por sí mismo la manera en que pueda ser feliz (Freud, 2003b, p. 3029).

Aparece resaltada entonces la idea de felicidad como un elemento propio de cada individuo, en donde es justamente el propio sujeto el responsable de buscar por sí mismo la manera de alcanzar esta felicidad. No es un bienestar asociado a un cierto nivel de salud homogéneo esperable para todos, como lo plantea Alma-Ata, en donde dicha salud se generaría mediante el inter-juego de los deberes y derechos exigibles tanto a la autoridad que planifica y ejecuta políticas públicas como a los individuos que a su vez utilizan y colaboran en la ejecución de dichas políticas. Para Freud, se trataría más bien de una responsabilidad en términos subjetivos en la que, más que basarse en deberes y derechos cívicos, lo que se busca es, de acuerdo a Lacan (1997), “una aprehensión más segura de la catarsis y de las consecuencias de la relación del hombre con su deseo” (p. 369). Sin duda que estas consecuencias se relacionan con el contexto en el cual el sujeto interactúa, siendo parte también de la responsabilidad subjetiva el asumir las consecuencias que ese deseo particular tiene en los otros, pues tal como lo plantea Fridman (2009) “la respuesta de esa responsabilidad es el deseo que el sujeto despeja en su análisis, y de qué modo dicho deseo se entrama con los otros. No hay deseo en soledad, y no hay deseo sin consecuencias para los otros” (p. 40). Vemos entonces que la idea planteada por Freud relativa a que cada uno es responsable de generar las condiciones para ser feliz, implica necesariamente el asumir la responsabilidad respecto del deseo propio y con ello el asumir las consecuencias que ese deseo tendrá en los otros, en el contexto social de cada uno.

Lo anterior hace pensar que la separación que plantea Alma-Ata entre bienestar físico, mental y social se desdibuja al considerar la idea de responsabilidad subjetiva propuesta desde el psicoanálisis. Así, no es posible pensar la asunción de un determinado bienestar mental o físico separado de lo social. Para el psicoanálisis la constitución psíquica, que implica también la construcción relativa a la imagen del cuerpo, está en directa relación con el Otro social, es decir, con la cultura que determina al sujeto y que lo constituye como tal, por lo que pensar en una cierta autonomía o autodeterminación subjetiva, al modo de un completo individualismo independiente de lo social que permitiría alcanzar un cierto bienestar ya sea físico o mental, o bien un completo bienestar que reúna estas tres áreas en una especie de perfecta comunión, es estructuralmente imposible.

Al pensar en la ética como el conjunto de valores y principios que orientan una determinada práctica, y a la luz de lo anteriormente expuesto, es posible entonces comenzar a identificar cuál es el conjunto de valores y principios que sustentan la noción de subjetividad implícita en la Declaración y que orientan las prácticas que de ella se desprenden. De esta manera, la noción de sujeto que se separa de Alma-Ata implica una idea constituida a partir del ideal de autonomía y autodeterminación de cada uno, en donde paradójicamente el bienestar y la salud serán entendidos de forma homogénea y universal para todos. A su vez, dicho bienestar, entendido como el logro de un mayor nivel de productividad económica y social, se alcanzaría a partir del inter-juego de deberes y derechos entre los individuos y las estructuras políticas de sus respectivos contextos. A partir de esto entonces, parece posible rescatar dos paradojas evidentes: primero, la idea de autonomía de cada uno asociada a un ideal universal de salud; algo así como decir “cada uno es libre y autónomo, pero la salud es un deber y un derecho para todos por igual”. Al decir esto, se anula completamente la posibilidad de autonomía, es decir, la posibilidad de decidir respecto a la propia salud, transformándose dicha posibilidad de decisión en una suerte de imperativo cívico.

En segundo lugar, surge el concepto de autodeterminación asociado a la salud. Se plantea que cada cual puede participar de las decisiones respecto de las políticas de salud implementadas por las autoridades, no obstante son estas autoridades las que en última instancia determinarán qué se entenderá por salud, qué será una adecuada calidad de vida y cuáles son los métodos más idóneos para alcanzarla. Así entonces, la autodeterminación asociada a la posibilidad de participar de las decisiones está determinada, a su vez, por las decisiones que ya ha tomado previamente la autoridad correspondiente.

A partir de esta lógica, la ética que se desprende de las prácticas basadas en Alma-Ata incluye varios de los elementos ya expuestos. Así, es frecuente observar en las prácticas de salud de la APS el dar por obvio que el bienestar y la calidad de vida de toda la población se podrá alcanzar en la medida en que se cumplan las metas y protocolos de atención propuestos por las autoridades de salud. De esta manera, se impulsa la homogeneización de dichos conceptos, dándole gran importancia a la

estandarización de protocolos de acción y al dato cuantitativo y estadístico, es decir, a la cobertura uniforme para todos mediante la optimización de recursos, pues se supone que mientras más personas reciban las atenciones establecidas por la autoridad de salud al menor costo posible (humano, económico, incluso de tiempo), priorizando aquellas patologías que se supone mayor merma provocan en los niveles de productividad económica y social, más saludable será dicha población. De esta manera, prácticas como el “rescate” de pacientes, las visitas domiciliarias, o el recurrir a instancias judiciales frente a ciertas problemáticas sociales, se asocian a la idea de que toda la población que se considere fuera de los parámetros considerados saludables debe acceder y recibir la atención propuesta, incluso a costa de su propia voluntad, pues se asume que si se siguen los protocolos de acción estandarizados frente a determinadas problemáticas el paciente tendrá un mayor bienestar y una mejor calidad de vida, aunque él no lo piense así.

Son justamente estos elementos los que plantean un dilema a los profesionales de salud mental en APS, quienes deben trabajar en base a los protocolos que plantean las autoridades de salud a partir de los conceptos esgrimidos en Alma-Ata buscando con ello alcanzar un *bienestar* y una *mejor calidad de vida* como resultado de la aplicación de dichos protocolos en los pacientes. No obstante las buenas intenciones, comienza a aparecer una cierta imposibilidad a partir de dichas prácticas, que está dada por la no consecución del esperado bienestar, a pesar de haber cumplido los objetivos y pasos de los protocolos. Además, lo que está dado como mejor calidad de vida a partir de las políticas de salud, no siempre concuerda con lo que los propios pacientes definen como tal, o bien lo que se plantea como *problema psicosocial* desde las políticas públicas no siempre es un *problema* para quienes experimentan dichas situaciones, todo lo cual queda en evidencia a partir de la puesta en práctica de las políticas de salud propuestas por las respectivas autoridades por parte de los profesionales de APS.

## PROPUESTA

De acuerdo a lo señalado por Lacan (1997), existirían ciertos elementos propios a la dirección de la cura en psicoanálisis que permitirían entregar algunas herramientas para releer los conceptos ya revisados en Alma-Ata, y con ello enriquecer las prácticas de trabajo en salud mental que se desprenden de la ética propuesta en dicho documento. Tal como lo plantea dicho autor, siguiendo en ello a Aristóteles, existiría una cierta dirección hacia la cual se encaminaría el trabajo en análisis que considera “permitir al hombre elegir aquello que razonablemente puede hacerse realizarse en su bien propio” (p. 349). Vemos acá que la dirección de la cura en psicoanálisis implica una elección por parte del paciente, que tiene que ver con alcanzar un cierto bien. ¿De qué bien se trata? Sin duda, no se trata de una especie de bien universal, alcanzable para todos por igual al modo de un bien en sí mismo (un soberano bien).

Siguiendo a Lacan, “haber llevado a su término un análisis no es más que haber encontrado ese límite en el que se plantea toda la problemática del deseo” (p. 357)<sup>2</sup>. Justamente es la problemática del deseo lo que Lacan pone de relieve al pensar en una ética posible de la dirección de la cura en psicoanálisis; un deseo que, si bien está articulado por la palabra, se encontraría más allá de lo que el paciente es capaz de demandar por ella: “El deseo, por más que se transparente siempre como se ve aquí en la demanda, no por ello deja de estar más allá” (p. 614)<sup>3</sup>. De esta manera la idea del deseo, pensada como la carencia de ser inherente a la constitución psíquica del sujeto en tanto constituido a partir del lenguaje y la cultura, permite orientar el trabajo analítico hacia un fin posible, fin que no es igual para todos.

Es la idea del caso a caso, de la forma en que cada paciente se hace responsable respecto a cómo ha tramitado su propia carencia de ser, su propia falta estructural que no deja de tener consecuencias para él, y también para su entorno.

La responsabilidad subjetiva es soportar las consecuencias que devienen de la propia posición deseante, soportar los efectos del deseo. No se trata, por cierto, que exista una habilitación para hacer cualquier cosa, sino de las consecuencias que implica la relación deseante con los otros (Fridman, 2009 p. 40).

En este sentido, la dirección de la cura al poner en relieve la idea de la responsabilidad subjetiva, pone de relieve también la idea de una cierta reinención del lazo social, del vínculo con el Otro, a partir de una medida que no es común para todos.

Ahora bien, considerando lo recientemente señalado, ¿qué noción de bienestar plantea el psicoanálisis a partir de la dirección de la cura propuesta? Siguiendo en esto a Lacan, cabe mencionar, en primer lugar, que la noción de bienestar posible desde el psicoanálisis no estaría dada necesariamente por alcanzar un cierto ideal social de productividad. “Promover en la ordenanza del análisis la normalización psicológica incluye lo que podemos llamar una moralización racionalizante” (p. 360)<sup>4</sup>. No es la idea de una normalización que pueda ser medible mediante algún índice cuantitativo estandarizado lo que el psicoanálisis promueve. Para el psicoanálisis, el bienestar posible a partir de la cura es un bienestar subjetivo, no homogeneizable, no es para todos por igual y por ello no es posible de ser medido mediante los métodos estadísticos tradicionales. Es un bienestar singular que va a depender de cómo cada uno se las arregle con las consecuencias que su posición deseante tiene para sí y para los otros. Concretamente, este bienestar tiene innumerables formas de manifestarse; tantas formas como pacientes existen.

Así, un primer elemento a considerar es que la noción de bienestar en psicoanálisis no necesariamente se asocia a la reducción sintomática; el bienestar no es medible

<sup>2</sup> Lacan, J. (1997). *El Seminario, Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

<sup>3</sup> Lacan, J. (2002). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II* (p. 614). Buenos Aires: Siglo XXI (Trabajo original publicado en 1958).

<sup>4</sup> Lacan, 1997, p. 360.

a partir del dato estadístico de la erradicación de la manifestación sintomática, de manera que no necesariamente para todos los casos alguien que deja de presentar un determinado síntoma vive mejor. En este sentido, tantas formas de enfermar existen como posibilidades de curarse, teniendo presente la existencia de un monto de malestar irreducible que se expresa sintomáticamente, y que sería propio a la renuncia pulsional que exige el vivir en la cultura.

En segundo término cabe hacer mención a lo planteado por Fridman:

Parece obvio, pero no lo es tanto, que no es obligatorio curarse, pese a los mandatos sociales, culturales, religiosos... La cura, o el alivio, es una decisión que emana de la posición subjetiva de cada uno, y debe estar al abrigo de los ideales culturales, de presiones de toda índole, incluso en la supuesta "irresponsabilidad" de la psicosis (Fridman, 2009, p. 41).

Más allá del mandato cultural que señale que determinada situación es inaceptable de acuerdo a ciertos parámetros de salud dados por la autoridad correspondiente, como por ejemplo situaciones de violencia o maltrato, es finalmente el paciente quien tiene la última palabra respecto a la decisión de hacer algo al respecto. En este sentido, intervenciones como el "rescate" de pacientes, o el recurso judicial para detener una determinada situación, sólo tendrían lugar si es el propio paciente quien decide utilizar estos recursos.

Un tercer elemento a considerar se relaciona con la idea de "calidad de vida". Dicho concepto, que ha adquirido un cariz propio de la modernidad al ser pensado como el conjunto de ciertos indicadores estadísticos a nivel social (porcentaje de acceso a la educación, incidencia de enfermedades infecto-contagiosas, acceso a servicios básicos, etc), plantea un cierto ideal (la noción de "bienestar" que se desprende de Alma-Ata) al cual sería posible acceder en función de cumplir con dichos indicadores. Así, la valoración positiva de dicho concepto, es decir, "una mejor calidad de vida", se asumirá a partir de que un cierto individuo se encuentre dentro de los niveles esperables de dichos indicadores. Ahora bien, tal como lo plantea Fridman (2009): "Los ideales del que interviene en la salud no deberían ser los que determinen qué modo de vida es conveniente. No es tan sencilla la respuesta cuando colisionan las decisiones de los pacientes y los que los rodean" (p. 42). Vemos que una idea de "calidad de vida" acorde con la dirección de la cura propiamente psicoanalítica no implica un universal, ni está dada desde el discurso de un otro especialista que sabe de antemano qué modo de vida es el adecuado. Por el contrario, la idea de "calidad de vida" puede ser pensada como "calidad de vida para alguien en particular", es decir, respetando la subjetividad de cada uno, lo que implica no imponer los ideales del profesional de la salud, por mucho que para dicho profesional sean "obvios".

Considerando los puntos recientemente señalados, una propuesta que considere las nociones psicoanalíticas expuestas en este trabajo y que permitiría enriquecer los supuestos que sustentan el trabajo clínico en APS, implica considerar la singularidad de cada paciente en las intervenciones que se realizan por parte del equipo de salud,

lo que significa considerar la decisión de cada paciente respecto a las intervenciones de salud que se le proponen; respetar y escuchar el deseo de cada uno en torno a qué hacer respecto de sí mismo, y en base a ello proponer caminos de acción, que en última instancia debiesen estar basados en la decisión del propio paciente. Asociado a ello, está la idea de repensar la noción de bienestar no ya como la erradicación absoluta del malestar expresado en las manifestaciones sintomáticas de los pacientes, sino más bien un bienestar que incluya la idea de un cierto malestar ineliminable, que permita dirigir las intervenciones no hacia la erradicación total del síntoma (como expresión del malestar), sino hacia otorgar un sentido a la existencia de cada paciente, a partir de la escucha y del respeto por la individualidad.

En definitiva, intervenciones que abran paso a la palabra, y con ello, a la relación del sujeto hablante con el goce, con su manera de gozar, relación que siempre será singular y única.

#### REFERENCIAS

- Freud, S. (2003a). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. En Sigmund Freud, *Obras Completas. Tomo III*. (p. 2462). Madrid: Biblioteca Nueva (Trabajo original publicado en 1919).
- Freud, S. (2003b). *El malestar en la cultura*. En Sigmund Freud, *Obras Completas. Tomo III* (pp. 3029-3030). Madrid: Biblioteca Nueva (Trabajo original publicado en 1930).
- Fridman, P. (2009). Los principios de la Bioética en Salud Mental y Psicoanálisis. En Fridman P. - Fantin J.C. (Comp.) *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis* (pp. 33-44). Buenos Aires. Pólemos.
- Lacan, J. (1997). *El Seminario, Libro 7: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1964).
- Lacan, J. (2002). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II* (p. 614). Buenos Aires: Siglo XXI (Trabajo original publicado en 1958).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Alma-Ata, 1978, Atención Primaria de Salud* (Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978). Recuperado del sitio de Internet de la Organización Mundial de la Salud: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>