

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

## **Del derrumbe de Alma Ata al aplastamiento del sujeto.**

Scorofitz, Hernán.

Cita:

*Scorofitz, Hernán (2012). Del derrumbe de Alma Ata al aplastamiento del sujeto. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/901>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/a0C>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# DEL DERRUMBE DE ALMA ATA AL APLASTAMIENTO DEL SUJETO

Scorofitz, Hernán

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

## Resumen

El presente trabajo pretende en una primera instancia tomar el recorrido histórico de los paradigmas planteados en el campo de la Salud Mental desde la Declaración de Alma Ata (1978) hasta el presente, principalmente desde un debate planteado por la teoría psicoanalítica, tomando como principales referentes a Sigmund Freud y Jacques Lacan.

Se polemizará con el concepto de Salud y Sujeto en los modelos propuestos por algunas corrientes de la Psicología Comunitaria, en los principales documentos y declaraciones de la OMS y la OPS, teniendo en cuenta además el planteo sobre una presunta inviabilidad y caducidad de la práctica analítica en vastas capas de la sociedad en general, y “la comunidad” en particular.

Iremos desplegando la lógica discursiva y política del enfoque preventivo (APS) en el área de la Salud Mental en los planteos de los modelos de atención comunitaria de los últimos 30 años, el contraste con los resultados frente a la meta trazada como “Salud para Todos” y “Estado de completo bienestar.

Por último, se destacará a la práctica analítica como insustituible en las vías de rectificación subjetiva y reposicionamiento deseante y potencialmente complementaria con los llamados dispositivos comunitarios en Salud Mental.

## Palabras Clave

Psicoanálisis, Comunidad, Bienestar, Sujeto

## Abstract

FROM THE FALL OF ALMA ATA TO THE CRUSHING OF THE SUBJECT

The following paper intends to take an historic pathway regarding paradigms within the field of Mental Health since the declaration of Alma Ata (1978) to present day, mainly related to a debate established by the psychoanalytic theory, referring specially to Sigmund Freud and Jacques Lacan.

Arguments will be made towards the concepts of Health and Subject put forth by some trends in Communitarian Psychology, and found in WHO and PHO's documents and declarations, particularly considering their point of view towards the alleged unviable character and caducity of psychoanalytic practice amidst vast layers of society and community issues.

We will unravel the political and discursive logic of the Preventive Approach within the Mental Health area related to communitarian assistance models during the past 30 years, the contrast with the results according its pretended goals, such as “Health for All” and “State of Complete Well-Being”.

Finally, we will present psychoanalytic practice as non-substitutable as a way to subjective rectification and desiring repositioning, thus potentially complementary to so called communitarian dispositives in mental health

## Key Words

Psychoanalysis, Community, Well-being, Subject

## Contenido del Trabajo

El principal objetivo expresado en la simple consigna unimembre “Salud para todos en el año 2000” suscripto por 134 países y 67 organizaciones el 12 de septiembre de 1978 -hace casi 35 años-, resultado de la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en la ciudad de Alma Ata, Kazajistán (ex URSS) se encuentra disuelto en un encono de sombras, al menos si se trata de contrastar dicha meta elevada en la llamada “Declaración de Alma Ata” con los resultados fácticos en el campo de lo que comúnmente concebimos como “Salud” en todo nuestro planeta.

A los fines de describir cierto orden cronológico en lo que respecta al “articulado” a través de una simultánea contrastación con el desenvolvimiento de los hechos históricos más trascendentales de los últimos 35 años, sin perder de vista la pretensión de marcar una crítica política, ideológica y hasta a la concepción subjetiva -desde el psicoanálisis- contenida en su lógica holística, comenzamos por su punto fundante, el primero.

“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de **completo bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” [1]

## Disparen contra un Sujeto

Nada nuevo bajo el sol. Si lo primero fue el verbo (“reitera”), y el Sujeto de la oración bimembre es el colectivo “La Conferencia”, se destaca la repetición de un principio categórico y también (re) fundador por parte de la Organización Mundial de la Salud en 1947 sobre el sentido del significante o categoría “Salud”, momento en que se intentó desterrar al mismo del campo “reduccionista” -equiparable a un “estado de ausencia de enfermedad o afección”- para reubicarlo en la noción de “completo bienestar” anudado a la tripartición “físico”, “mental” y “social”. Lo reivindicado hasta el día de hoy sobre el supuesto viraje conceptual propuesto por la OMS en 1947 -y reafirmado más de 30 años después en Alma Ata- en relación a la incorporación de la variable “social” como parámetro simétrico con lo “físico” y/o “mental” en relación a lo que se debería entender como “salud”, parece plantear en un principio algunos desavenencias, al menos, para quienes pretendemos desenvolver la práctica clínica psicoanalítica en lo que concebimos como el terreno del padecimiento de EL Sujeto -o mejor dicho de UN Sujeto- .

En un principio, ambas declaraciones colocan la categoría de *Salud* en la columna de “completo - bienestar”, cual Ideal de lo posible, a partir de determinadas coordenadas históricas, físicas, mentales y/o sociales que atraviesan la singularidad de *un* Sujeto. Dicho precepto se erige en las antípodas de las vicisitudes que inevitablemente entendemos desde el psicoanálisis que *un* Sujeto debe atravesar, independientemente de las condiciones sociales e históricas que lo determinen dentro de sus propias contingencias vivenciales y singulares, por el simple hecho de su condición de *parlêtre* (termino que desarrolla Lacan en el Seminario 23 conocido como *Le Sinthome* como sujeto mortificado y escindido por el significante). “Simplemente”, padece, desea, hace síntoma, es preso de sus mortificantes inhibiciones, se entierra en su angustia... porque habla, y cada tanto, desea. Independientemente de los llamados atravesamientos imaginarios, significaciones sociales y culturales, *Eppure Si Muove...E Parla*.

Si agregamos el “pesimismo” del propio Freud sobre el Ideal moral y “humanista” de “completo bienestar”, trazado años después en las declaraciones de 1947 y 1978, nos encontramos cada vez más lejos del paraíso perdido del “Estado de bienestar... *completo*”: empezando por el problema inercial del síntoma que Freud expone desde su “compulsión de repetición” en “Recuerdo, repetición y elaboración” (1914) [ii], hasta arribar en 1920 a su último “dualismo pulsional”, momento en el que Freud -con casi 40 años de práctica clínica- “sorprende” con la mala noticia que dará cuenta que en la vida anímica de cualquier Sujeto, siempre “el mal triunfaría sobre el bien” prevalencia tanática mediante en el aparato psíquico -inconsciente- : **‘La meta de toda vida es la muerte’**. [iii]

En el entrecruzamiento que venimos planteando hasta aquí, la definición de *Salud* como “completo bienestar” en una presunta superación del concepto de “ausencia de enfermedad” poco puede hacer frente al irrenunciable malestar que resiste e insiste a través del síntoma en *un* Sujeto. Más aún, el “completo bienestar” termina por confundirse casi como un Imposible de lo Real. Tal cual lo definiera Lacan al síntoma -entre las diversas aseveraciones que tiene sobre dicho operador a lo largo de su obra-, “...como aquello que se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (8) [iv], no solamente se vincula al sufrimiento de *un* Sujeto, sino por sobre todas las cosas a aquello prácticamente inextirpable con lo que hay que “saber hacer” (lejos de “eliminarlo” o suprimirlo), efecto ineludible de la cultura y el lenguaje.

Al homologar la etiología del padecer de *un* Sujeto simplemente a sus condiciones particulares de existencia cultural y social, esto es, des-responsabilizarlo de las mazmorras de su propio goce como de las postrimerías de su deseo ,resulta ni más ni menos que un aplastamiento de su singularidad, la propia muerte de *El* Sujeto.

El horizonte trazado en Alma Ata expresado en la máxima “Salud para Todos” es retomado casi al aniversario del primer año de la caída del Muro de Berlín, cuando en nuestro país -entre otros- comenzaban a resonar el plapeo de la tormenta “neoliberal”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocaban en Caracas (Venezuela) a una *Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)* para emitir una nueva Declaración -que resultó ser suscripta por parlamentarios y representantes técnicos de 23 países-, la primera suscripta después del documento de Alma Ata en 1978. [v]

La Declaración de Caracas ratifica el espíritu y la meta establecida 12 años antes en Alma Ata: “*Que la Atención Primaria de la Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los países miembros para lograr Salud Para Todos en el Año 2000* (punto 1, Considerandos). Sin embargo, el documento -a diferencia de la Declaración de Alma Ata- enfunda una especificidad en lo que respecta a distintos planteamientos en el campo de la Salud Mental, apuntando a dos aspectos centrales: la transformación de los modelos hospitalocéntricos (y monovalentes psiquiátricos) prevalentes en los sistemas públicos de Salud Mental, con el consiguiente desarrollo de dispositivos y herramientas de Salud comunitarias y locales como alternativa a la centralización hospitalaria. Así, sin titubear, la Declaración de Caracas casi al comienzo en el segundo punto del “Notando” establece “...*Que el Hospital Psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados...*”: “...*atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva*” (punto 1).

Los cinco puntos finales de la Declaración simplemente ratifican y afianzan el enfoque preventivo (Atención Primaria de la Salud) indisoluble del modelo social comunitario en el campo de la Salud Mental: su primer punto insta a “*Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de las redes sociales*”, mientras que el quinto y último punto declara “*Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria...*”

El hecho que la principal organización mundial vinculada al campo de la Salud -e integrada por prácticamente todos los países “alineados” en la ONU- comience a instar a realizar transformaciones sanitarias dotándose de conceptos -al menos en el plano del discurso- y propuestas originadas en corrientes y disciplinas que no se condicen -por lo menos en lo que respecta al plano ideológico formal- con los clásicos recetarios más retardatarios y reaccionarios de las clases dominantes, a los cuales suelen asociarlos inequívocamente con el llamado “discurso médico hegemónico” de la “psiquiatría clásica”, no puede al menos dejar de llamarnos la atención.

### **Mejor prevenir que curar...y (psico) analizar**

Comenzada la última década del siglo pasado, el enfoque preventivo en Salud Mental a través de la aplicación de modelos y dispositivos pretendidamente comunitarios frente al llamado “discurso médico hegemónico” comienza a ser asimilado por la gran mayoría de países capitalistas (desarrollados y subdesarrollados) en sus compromisos fijados a través de declaraciones frente a los organismos internacionales (OMS, OPS). En muchos Estados se instala un proceso de discusión y posterior sanción de marcos normativos y leyes locales (y nacionales) para regular los distintos sistemas de atención sanitaria bajo estos principios.

Curiosamente, la Psicología Comunitaria, que comienza a desarrollarse en la década del '70 en América Latina de la mano de muchos teóricos vinculados a “movimientos de liberación nacional”, surge oficialmente en el propio corazón de la primer potencia imperialista dominante en nuestro mundo: Estados Unidos. Con el llamado “modelo conceptual de Caplan” (con antecedentes bastantes cercanos más en el tiempo que en el espacio con la denominada “Psiquiatría

de Sector” en Francia con Daumezon y Bonafe, sumado a la actividad de Franco Basaglia en la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia en inicios de la década del '60 y cumpliendo las mismas funciones directivas en el Hospital Psiquiátrico de Trieste una década después), surgen las primeras experiencias en distintos estados norteamericanos en los años '60 orientados por el enfoque “preventivo” (dividido en tres niveles) junto a la descentralización hospitalaria para el tratamiento de enfermedades mentales, a través de la apertura de Centros de Salud Comunitarios -los cuales muchos fueron cerrados durante la década del '80 con el gobierno de Ronald Reagan-.

Si resulta “mejor prevenir que curar” para arribar a una “Salud Para Todos” (en el año 2000) como “Estado de completo bienestar físico, mental y social” a través de “modelos de atención comunitaria en Salud Mental” que retoma la Declaración de Caracas, a esta altura, lo que queda desplazado del centro de gravedad conceptual ya no son solamente los resabios de la llamada “hegemonía médica” en el “saber oficial”, ni siquiera el concepto de “ausencia de enfermedad” sino es el propio Sujeto y la singularidad de su padecer.

El término “Sujeto” como podríamos a *grosso modo* elevarlo a un estatuto de singularidad padeciente y deseante, con su capacidad de producción sintomática y demanda de saber, en las vías de constituirse como un potencial “usuario” de un espacio clínico y analítico singular, transferencia mediante, queda hecho trizas en el nuevo paradigma comunitarista. La Declaración de Caracas se anticipa cuatro años a la Cuarta Edición del Manual de Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales (conocido comúnmente como DSM IV), donde a diferencia de las tres ediciones previas, desaparece de sus líneas el término “Sujeto”. Si en las sagradas escrituras médicas y sus nuevas ediciones el término “trastorno” iría desplazando gradual y silenciosamente al “Sujeto”, el documento en Caracas no azarosamente repetiría el mismo desliz, aunque “comunidad” resuene para muchos oídos más “políticamente correcto” que “trastorno”.

### **El Porvenir de una Ilusión Comunitaria como Bienestar Completo**

Prevención y comunidad resultan dos términos inseparables en la ilusión de evitar arribar a una instancia de padecimiento subjetivo del “caso por caso”, pretendiendo desconocer el “malestar en la cultura” a través de la detección precoz del “malestar de tal o cual cultura”, trabajando sobre aquella “*constelación multifactorial integrada por todas las actividades, instituciones, normas e interacciones que se dan en una comunidad*” que el eximio psicoanalista José Bleger presentó como factor de análisis en su célebre *Psicohigiene y Psicología Institucional* [vi]

Ya no son los psicofármacos prescritos por el psiquiatra sino los *significantes amos* del Ideal del psicólogo comunitario. Benzodiacepina es sustituida por “empoderamiento”, el antidepresivo por la “autogestión” y antipsicóticos por “solidaridad” o la “horizontalidad” en las relaciones entre los miembros de la comunidad. Empoderamiento, autogestión u horizontalidad impartidos como demanda de Otro a los miembros de la comunidad bajo el Ideal del “bien común” (de la comunidad).

El psicólogo como “agente de cambio social” pasaría a implicarse en los problemas de “la comunidad”. Conceptos como “transferencia”, “neutralidad” o “abstinencia” quedan absolutamente destre-

rrados de “la comunidad” y condenados al exilio en una denunciada praxis de lo singular -el psicoanálisis- como supuesta expresión de un “individualismo para las elites”.

Que los *significantes amos* rectores del trabajo del psicólogo comunitario pasen a ser *empoderados* por los miembros de “la comunidad” y adaptados a la “autogestión” de los problemas cotidianos se constituiría como una perspectiva de arribo al “paraíso perdido” del “Estado de **completo bienestar físico, mental y social**”. Si bien Jacques Lacan durante gran parte de su obra intentó señalar críticamente las contradicciones insalvables de los psicoanalistas “posfreudianos” quienes direccionaban sus tratamientos y “curas” por medio de la identificación con el Ideal del analista, para el caso, la llamada *prevención* estaría también dotado de la misma lógica posfreudiana denunciada por Lacan: la identificación imaginaria con el Otro (comunitario) a través de un (nuevo) Discurso del Amo.

Entrada la tercer década del siglo pasado, frente al advenimiento del fascismo y consumada pocos años atrás la primer revolución proletaria de la historia de la humanidad, Freud reconocía en *Psicología de las Masas y Análisis del Yo* que “*La psicología individual es al mismo tiempo social ya que en su vida anímica el individuo no puede evitar sus vínculos con otros*”. Sin embargo, el “bienestar completo” se plantea como una variable incompatible con *un* Sujeto “social”. En la renombrada obra *El Malestar en la Cultura*, el “pesimista” Freud también denuncia la indefectible tensión para cualquier individuo (o sujeto) inmerso en el campo de la cultura, la cual inevitablemente demanda permanentemente renunciaciones y sacrificios pulsionales. No reducidas al plano de la satisfacción sexual, sino por sobre todas las cosas amplificadas al propio lazo social vinculadas con las mociones más arcaicas y agresivas del ser “social”. Remitiéndonos al propio Freud en relación a la cultura, “*se vale de todos los medios y promueve todos los caminos para establecer fuertes identificaciones entre los miembros de la comunidad, moviliza en la máxima proporción una libido de meta inhibida al fin de fortalecer los lazos comunitarios mediante vínculos de amistad. Para cumplir estos propósitos es inevitable limitar la vida sexual*”. [vii]

Casi tres décadas después, Jacques Lacan en el Seminario sobre La Ética del Psicoanálisis, retomando *El Malestar* de Freud, señalaría que “*el goce permanece tan interdicho para nosotros como antes -como antes de que supiésemos que Dios está muerto, y de que el goce es un mal. Freud nos lleva a ello de la mano - es un mal porque entraña el mal del prójimo*”. [viii]

Pareciera para muchos que el Sujeto (del inconsciente) tiene una pertenencia exclusiva de clase (social), de tiempo y espacio. Nada más alejado de la realidad. Aún con las dificultades existentes en la práctica clínica hasta hoy, el dispositivo analítico ha demostrado tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a variados encuadres sin perder la perspectiva de la emergencia del Sujeto: el arribo a su verdad (inconsciente), como fuente más cercana al problema de la causa y la pregunta por el Deseo, por un Deseo.

En el año 1923, Freud se anticipaba a los dilemas que podían presentarse para la práctica analítica frente a una eventual demanda de análisis “en masa”, o de “las masas”. Al momento de prologar un texto de su amigo Max Eitingon (primer psiquiatra en tomar contacto con Freud para interiorizarse sobre el psicoanálisis, fundador a su vez del Primer Policlínico Psicoanalítico de Berlín), “optimista” por el futuro de la práctica del psicoanálisis frente a su “pesimismo” por el inevitable “Malestar en la Cultura”, afirmaba: “*Si además*

*de su importancia científica el psicoanálisis tiene valor como método terapéutico, si es capaz de prestar auxilio a la humanidad sufriente en su lucha por cumplir las exigencias de la cultura, entonces este auxilio también debe ser dispensado a la gran masa de aquellos que son demasiado pobres para retribuir con sus propios medios la ardua labor del analista. He aquí una necesidad social particularmente perentoria en una época que, como la nuestra, es de incontenible pauperización para las capas intelectuales de la población, expuestas en mayor grado al peligro de la neurosis.” [ix]*

## **Bibliografía**

- Bleger, J. (1966), *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires, Biblioteca del Hombre Contemporáneo, 1976.
- Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978.
- Declaración de la Conferencia Regional de Salud Mental, Ciudad de Panamá, 7 y 8 de octubre de 2010.
- Declaración de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud, OMS/OPS, Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990.
- Freud, S. (1914) “Recuerdo, repetición y elaboración”. En *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1920), “Más allá del principio del placer”. En *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1930), “El Malestar en la Cultura”. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1986.
- Freud, S. (1923), Prologo para un libro de Max Eitingon. En *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva. Tercera Edición, 1973
- Freud, S. (1921) “Psicología de las Masas y Análisis del Yo”. En *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, Tercera Edición, 1973.
- Lacan, J. (1959-1960) *El Seminario de Jacques Lacan. Libro VII. La Ética del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1988.
- Lacan, J. (1974) *La Tercera en Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires, Editorial Manantial, 1988.
- Lacan, J. (1975-1976), *El Seminario de Jacques Lacan. Libro XXIII. El Sinthome*. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Montero, M. (2003), *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires, Paidós, 2006.