



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

Tipo de documento: Artículo de Reflexión

2021

Isaac Osorio

Entre el Psicoanálisis y la Institución

Revista Affectio Societatis, Vol. 18, N.º 34, enero-junio de 2021

Art. # 8 (pp. 1-28)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN



ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA INSTITUCIÓN: UN DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Isaac J. Osorio Elías¹

Pontificia Universidad Javeriana

isaac.osorioe@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5320-5358>

DOI: 10.17533/udea.affs.v118n34a08

Resumen

El presente artículo es resultado de un proceso reflexivo sobre la práctica psicoanalítica en una institución de salud mental en Bogotá, Colombia. Se realiza un ejercicio de des-disciplinamiento, siguiendo la metodología de Ana María Fernández: desnaturalizando imaginarios sociales, deconstruyendo lógicas y esbozando una genealogía de las prácticas institucionales. Se piensan desde diversos dis-

cursos (capitalista, psiquiátrico, democrático) elementos como el tiempo, el pago, la demanda, la terminación o fin de análisis, y se bosqueja un dispositivo analítico de intervención individual, junto a una propuesta para pensar un encuadre-tercerizado.

Palabras clave: psicoanálisis, instituciones, salud mental, dispositivo, encuadre.

1 Magister en psicología clínica con orientación psicoanalítica, Pontificia Universidad Javeriana. Psicólogo, Universidad del Norte. Adscrito al servicio de consulta externa por psicología en la Clínica Retornar. Psicoanalista en práctica privada.

BETWEEN PSYCHOANALYSIS AND THE INSTITUTION: A PSYCHOANALYTIC DEVICE IN A MENTAL HEALTH INSTITUTION IN COLOMBIA

Abstract

This paper is the result of a thoughtful process on psychoanalytic practice at a mental health institution in Bogotá, Colombia. A de-disciplining exercise is carried out, following the methodology of Ana María Fernández: denaturalizing social imaginaries, deconstructing logics, and outlining a genealogy of institutional practices. Elements such as time, pay-

ment, demand, completion, or end of analysis are thought of from various discourses (capitalist, psychiatric, democratic), and an analytical device of individual intervention is outlined, along with a proposal to think about an outsourced setting.

Keywords: psychoanalysis, institutions, mental health, device, setting.

ENTRE LA PSYCHANALYSE ET L'INSTITUTION : UN DISPOSITIF PSYCHANALYTIQUE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE EN COLOMBIE

Résumé

Cet article est le résultat d'une réflexion sur la pratique psychanalytique dans un établissement de santé mentale à Bogotá, Colombie. Il s'agit d'un exercice de dé-disciplination, suivant la méthodologie d'Ana María Fernández : dénaturalisation des imaginaires sociaux, déconstruction des logiques et ébauche d'une généalogie des pratiques institutionnelles. Des éléments tels que le temps, le paiement, la demande, et la

fin de l'analyse sont examinés à partir de différents discours (capitaliste, psychiatrique, démocratique), et un dispositif analytique d'intervention individuelle est esquissé, ainsi qu'une proposition pour un cadrage en sous-traitance.

Mots clés : psychanalyse, établissements, santé mentale, dispositif, cadrage.

ENTRE A PSICANÁLISE E A INSTITUIÇÃO: UM DISPOSITIVO PSICANALÍTICO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA COLÔMBIA

Resumo

O presente artigo é o resultado de um processo reflexivo sobre a prática psicanalítica em uma instituição de saúde mental em Bogotá, Colômbia. Um exercício de des-disciplinamento é realizado seguindo a metodologia de Ana María Fernández: desnaturalizando imaginários sociais, desconstruindo lógicas e esboçando uma genealogia das práticas institucionais. Elementos como tempo, pagamento, demanda, encerramento ou

fim da análise são pensados a partir de diferentes discursos (capitalista, psiquiátrico, democrático), e um dispositivo analítico de intervenção individual é desenhado, juntamente com uma proposta para pensar um enquadramento-terceirizado.

Palavras-chave: psicanálise, instituições, saúde mental, dispositivo, enquadramento.

Recibido: 29/9/2020 • Aprobado: 5/4/2021

Introducción

No hay conocimiento que no ciegue al dejarnos ver. Esto es lo que me permitieron comprender las dudas de algunos practicantes de psicología que rotaban por la consulta externa en una institución de salud mental en la ciudad de Bogotá, Colombia. Muchas de estas preguntas, que estaban parcialmente resueltas, fueron abiertas en este espacio, iniciando por: ¿es posible el psicoanálisis en consulta externa? hasta configurarse en lo siguiente: ¿cómo es el trabajo en una institución de salud mental desde el psicoanálisis?, sus lógicas, dificultades, posibilidades y diferencias con la práctica privada. Y esta llevo con mayor suspicacia a las cuestiones: ¿qué es “eso” que hago (en la institución)?, ¿es “esto” psicoanálisis?, ¿qué “es” o “cómo se hace” el psicoanálisis? Preguntas imposibles de responder en un mismo espacio con el rigor deseado, por lo cual el presente artículo esta guiado principalmente por la primera interrogante, y espera esbozar algunas respuesta preliminares al segundo grupo de estas.

Para esto, siguiendo la metodología de Ana María Fernández en *Las lógicas colectivas...* (2007), se inició la tarea de pensar la práctica en una institución de salud mental realizando un ejercicio de desdisciplinamiento que buscó elucidar y desnaturalizar los imaginarios alrededor de la práctica clínica en psicoanálisis, deconstruyendo algunas lógicas institucionales desde las particularidades del lugar de trabajo, pasando por la institución misma del Estado, para volver a la experiencia singular, enlazado a un esbozo genealógico de tales prácticas y construcciones teóricas.

Lo anterior abre un *campo problema* que exige multiplicidad de miradas y el trabajo con “preguntas abiertas que operan como recurrencias que en sus insistencias aspiran a delinear método” (pág. 30); este campo está siempre en movimiento, como “circuitos de problematización recursiva” (pág. 31), que se “construye y reconstruye permanentemente, que se despliega en los límites mismos en lo que ignora” (pág. 32). Para ello se usa el concepto de *caja de herramientas*, en el que las teorías, los autores y las propuestas “actúan produciendo

los diagramas de un pensamiento en construcción” (pág. 32), para así diseñar, en este caso, un dispositivo individual.

El presente texto empieza con un esbozo del sistema de salud colombiano, la institución psiquiátrica en la cual se realiza la práctica y algunas lógicas que los atraviesan. Mas tarde, se trabaja en torno a algunos puntos importantes de la práctica clínica institucional (el tiempo, el pago, la demanda, la terminación y la tercerización). Y finaliza con algunas reflexiones, propuestas y cuestionamientos.

Sujeto, salud y democracia

Se intenta comprender algunas lógicas que atraviesan la institución de salud mental, sus enlaces con la época y la institución misma del Estado. Para esto, se demarcaron algunos discursos (psiquiátrico, capitalista, democrático) que persistieron en la investigación y ciertas reflexiones en la práctica.

El sujeto moderno y la normalidad

Para contextualizar, se obtuvo información de la institución (Clínica Retornar) desde sus medios oficiales, adicional a la observación misma.

La clínica es fundada en los años 90 en la ciudad de Bogotá (Colombia) y se describe como una institución prestadora de salud mental: “preparados para atender las 24 horas a los usuarios con algún trastorno”. Ofrece servicio de “psiquiatras, psicólogos, neuropsicólogos, enfermeros y personal administrativo”. Se enfatiza en la búsqueda de “altos estándares en la prestación del servicio e innovación basada en la evidencia científica” (Clínica Retornar, 2020).

La institución ofrece los siguientes servicios: consulta prioritaria (de psiquiatría, 24 horas); hospitalización (intramuros, hospital día); consulta externa por “psiquiatría, psicología y neuropsicología”; terapia individual, de pareja y de familia; talleres grupales psicoeduca-

tivos para pacientes, familias y acudientes; evaluación y diagnóstico por neuropsicología. Por otro lado, presenta varios programas dirigidos a “educar en salud” y “empoderamiento de pacientes, familia y comunidad en la prevención, promoción y mantenimiento de la salud” (Clínica Retornar, 2020).

La institución cuenta con dos (2) sedes. La principal, donde se encuentra el servicio de hospitalización y consulta externa, principalmente por psiquiatría; y la alterna, donde se atiende consulta externa por psicología, neuropsicología y psiquiatría. Las personas deben llamar para agendar su cita (*callcenter*) o agendarla por la página web, el día de la consulta asisten a recepción donde son recibidos para realizar la validación de la autorización previa por la EPS, y en caso de ser necesario, hacer un pago. Luego son activados (habilitados para recibir la atención) en el sistema interno de la clínica, al cual cada profesional tiene acceso en sus consultorios. Todo profesional registra en este sistema las historias clínicas, evoluciones, hospitalizaciones y cualquier documento que funcione como soporte para los tratamientos respectivos (pruebas psicológicas, neuropsicológicas, de laboratorio, entre otros).

Los pacientes esperan en un espacio para ser llamados a la hora agendada, o de manera prioritaria (en caso de no tener cita previa y tener una urgencia). Estos son agendados de acuerdo con la disponibilidad de cada profesional (pactada previamente con la institución). Estas citas son organizadas cada 20 o 30 minutos (es decir, cada sesión tiene esta duración²), y al finalizar el paciente debe reclamar su historia clínica en la recepción para poder autorizar en la EPS la orden que le permita volver a tener consulta (en la misma institución o en otra). Por lo anterior, en el espacio de la sesión debe ser ingresada la información de la consulta al sistema para su posterior entrega. Este mismo tiempo es empleado para la atención de personas por consulta prioritaria, quienes ocupan un espacio en la agenda, por lo general cruzado con otros pacientes (puede estar a la misma hora de otro paciente), lo que puede ocasionar retrasos en la atención. Esta lista de

2 Como se establece en el artículo 18 de la Resolución No. 5261 de 1994 (Ministerio de Salud, 1994).

consultas prioritarias puede ser habilitada o no por cada profesional. La mayoría de los contratos laborales de los profesionales en consulta externa son por prestación de servicios y el pago se realiza por paciente atendido (mayor número de pacientes, mayor el pago); a su vez, las consultas pueden tener diferentes costos (primera vez, seguimiento, pareja o familiar, neuropsicología, psiquiatría).

Ahora bien, estas y otras características de la institución dejan al descubierto lógicas muy comunes en la práctica en el campo de la salud, no solo de la salud mental. Por ejemplo, la temporalidad, la noción de trastorno, la atención integral y el dominio de la psiquiatría, la innovación e intervención basadas en evidencia, entre otras.

Empecemos por plantear la influencia de la medicina y de la concepción del sujeto de la modernidad. Este es un sujeto que, en tanto tenga sus capacidades mentales intactas (no este “loco”), es capaz de conocer el mundo y a sí mismo; al respecto dice Foucault (2002): “basta abrir los ojos, basta razonar sanamente, de manera recta, y sostener la línea de la evidencia en toda su extensión sin soltarla nunca, para ser capaces de verdad” (págs. 189-190). Es decir, “lo que permite tener acceso a lo verdadero es el conocimiento mismo, y solo el conocimiento” (pág. 36). Así, el sujeto no requiere un trabajo sobre sí para conocer la verdad, no debe transformarse, cambiar su modo de ser, su relación con el mundo; por ende, “basta con que sea lo que es para tener, en el conocimiento, un acceso a la verdad que está abierto para él por su estructura propia de sujeto” (pág. 190).

Entonces, el sujeto se ubica como objeto de intervenciones delante de alguien con un supuesto saber sobre su trastorno. Este último es llamado con frecuencia “loco”, “trastornado”, y si bien se le escucha, muchas veces no es más que para acallar su malestar. Pues su palabra puede ser “considerada nula y sin valor, que no contiene ni verdad ni importancia, que no puede testimoniar ante la justicia, no puede autenticar una partida o un contrato” (Foucault, 2018/1970, pág. 16).

En este caso, hay pacientes con trastornos mentales, perturbaciones que alteran el funcionamiento psíquico *normal* de una persona, lo cual lleva a consultar para ser curado (suprimir su padecer y llevarlo

a la *normalidad*) por otro mediante un procedimiento. ¿Y a quién se adjudica tal saber sino al médico?, ¿no es esto por lo que el individuo que consulta llama “doctor” a todo profesional?, ¿es por esto que la oferta institucional siempre inicia por la psiquiatría? Es este el dominio de la psiquiatría sobre otros espacios dentro de la institución; la atención integral es dominada por el discurso psiquiátrico.

Pero ¿qué hay detrás de esta postura institucional? Tal posición se enmarca, a su vez, en un sistema de salud nacional y unas políticas internacionales. Para responder y ampliar la mirada, hay que pensar el sistema de salud colombiano y su contexto.

El mercado de la salud y la democracia

El modelo de salud nace en un marco sociopolítico, este se verá expuesto a modo general junto a algunas definiciones, obstáculos y reflexiones que buscan darle forma a la práctica institucional.

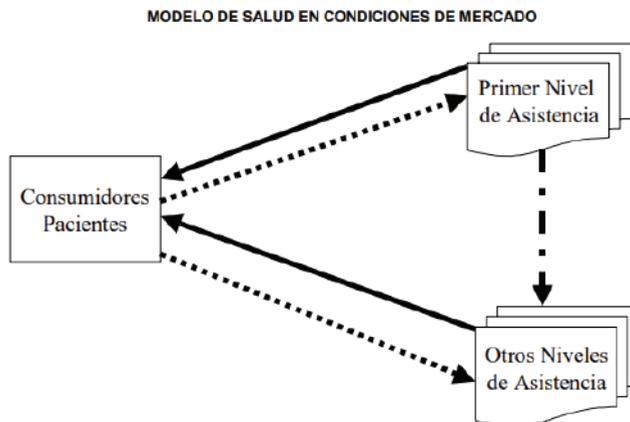
Para mediados del siglo XIX, Colombia (entre otros países de la región y el mundo) se propuso una reforma al sistema de salud buscando una cobertura más amplia, para luego, en relación con el sistema económico, mejorar la calidad de vida, la protección y el *capital humano* (PARS, s.f.). Todo esto bajo una lógica neoliberal evidente en la reducción de la intervención estatal y en la construcción de vías hacia la privatización, además de un “para todos” plasmado en el Estado social de derecho.

Esta tarea toma forma en Colombia con dos cambios importantes: 1) la Constitución de 1991, según la cual el país se declara Estado social de derecho, consagrando la vida y la salud como un derecho fundamental e inviolable; y 2) la Reforma de la Salud de 1993 (Ley 100), bajo el modelo de aseguramiento (Giedion *et al.*, 2010). En este último se conciben dos regímenes: contributivo, referente a aquellos con vinculación laboral, con capacidad de pago (contribución), y subsidiado, donde los contribuyentes y el Estado subsidian los servicios de salud a individuos sin capacidad de pago. División que se estipula, entonces, por la capacidad económica y situación laboral del individuo.

A su vez, se describen dos tipos de entidades: 1) Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que funcionan como aseguradoras y cuenta con una red de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para la prestación de los servicios, además de ciertos servicios prestados de manera privada. Las EPS son las encargadas de realizar los pagos a las IPS por los servicios prestados, teniendo en cuenta el PBS (Plan de Beneficios en Salud), antiguamente POS (Plan Obligatorio de Salud). 2) Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son instituciones tales como centros médicos, clínicas, hospitales, que ofrecen sus servicios especializados. En este punto, se puede ver cómo se plasma una intermediación entre el individuo y el profesional tratante, que, como se mostrará más adelante, tiene importantes repercusiones en el trabajo posible para el psicoanálisis.

Ahora bien, esta tercerización del servicio tiene sus bases en la conceptualización económica del mismo. Para comprender con mayor claridad el tema, se tomarán ciertos análisis del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS, s.f.).

En el capítulo 1.1. del PARS, titulado “Las imperfecciones del mercado de salud”, se realiza un análisis económico que arroja la siguiente gráfica:



Gráfica 1. Aplicación de teorías de mercado al sector salud

Fuente: PARS, s.f., pág. 459.

En este, los autores plasman la dinámica que existe entre los consumidores (pacientes), quienes demandan la atención médica “en el primer escalón de los servicios (médicos generales) y, posteriormente, en caso de requerirse, en otros niveles de atención (médicos especialistas, intervenciones quirúrgicas, etc.)” (PARS, s.f., pág. 459). Para esto, se realiza el pago de los servicios (líneas puntuadas) a cambio de la atención (líneas continuas), para luego ser remitido de un nivel de atención a otro (líneas discontinuas), como el servicio de psicología y psiquiatría. Es decir, el consumidor se dirige a la EPS para ser valorado en su malestar por un médico, quien lo remitirá, en caso de que se requiera, a un profesional especializado en una IPS.

Es notable cómo el sistema se estudia principalmente desde la economía, y es definido como “aquel mercado en el cual se transan los servicios de salud, existiendo una demanda por parte de la población y una oferta a partir de los médicos y de las instituciones prestadoras de servicios de salud” (pág. 461). Los autores reconocen que, desde aquí, no hay equidad y esto lleva a problemas respecto de los recursos, los cuales estarán ligados a “su filosofía y los medios de que dispone” (pág. 462) cada gobierno.

Por esta variabilidad proponen algunos objetivos dentro de la práctica mundial. 1) *Equidad*: posibilidad de demandar el servicio, es decir, “de que cada uno de los pobladores tenga la capacidad de ser un demandante de servicios de salud” (pág. 462), y de recibir el servicio en salud sin discriminación. 2) *Aseguramiento de las expectativas de renta*: protección de la renta, es decir, que el pago a la salud no afecte el nivel de renta de los agentes económicos consumidores, o sea, que pagar la salud no disminuya el bienestar y la calidad de vida. 3) *Eficacia macroeconómica*: nivel de gasto “adecuado” que defina el gobierno respecto al PIB. 4) *Eficacia microeconómica*: maximización de los recursos disponibles para lograr calidad y cobertura y minimización de costos-eficacia técnica en la prestación del servicio. A ello se agrega: “esta minimización de costos debe incluir, en una visión general, los que se originan a partir de los tiempos de espera de los pacientes” (pág. 463), así como también los costos administrativos, de regulación y supervisión por agencias estatales. Allí también se considera el mejoramiento de la productividad e implementación de avances. 5) *Li-*

bertad de elección: posibilidad de elegir los servicios médicos, desde los profesionales hasta las instituciones.

Hasta este punto se da cuenta de la problemática entre la eficacia económica en este “mercado” de la salud y la búsqueda de equidad, de un “para todos”, de un sujeto del derecho. Este último, dice Michel Sauval (2006), encuentra su fundamento en la Declaración *Universal* de los *Derechos* Humanos, pues es su propietario; por tanto, “si la salud es una mercancía, todo sujeto tiene ‘derecho’ a su ‘cuota de beneficios’, estando tal cuota definida por su ubicación en el registro de las propiedades” (Sauval, 2006, pág. 427). Lo que se relaciona, además, con la “justicia social”, definida como el “anhelo de reducir la tensión fundamental que existe en las sociedades democráticas entre la afirmación de la igualdad de todos los individuos y las inequidades sociales nacidas de los intereses en conflicto de cada uno de los individuos” (Aveggio, 2013, pág. 370).

Esta lógica se encuentra en las dos grandes reformas del país para finales del siglo xx (Constitución y Reforma a la salud), en donde la vida y la salud como derechos parecen plasmar lo que décadas atrás se decía (desde mediados del siglo xix), a saber, la búsqueda de cobertura universal (equidad) propia del discurso democrático (Aveggio, 2013). Un claro ejemplo de esto se encuentra en la legislación colombiana. La Ley 1616 de 2013 reafirma el derecho a “tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida” (Congreso de Colombia, Art. 6). Contrario a esto, la Resolución No. 3512 de 2019 plantea que se incluye en el PBS la atención psicoterapéutica (individual y grupal) hasta un máximo de 30 sesiones “durante el año calendario” (Ministerio de Salud y Protección Social, Art. 62)³. Aun cuando queden excluidas, el derecho a la salud y su respaldo en la Constitución dan al individuo la posibilidad de restituir su derecho.

3 Tanto en la Resolución No. 5261 de 1994, como en la Resolución No. 3512 de 2019, se excluye explícitamente al psicoanálisis, posiblemente entendiéndolo desde una mirada clásica.

Por último, este panorama general, como se articulará enseguida, da forma a demandas, tiempos y finales que particularizan la práctica del psicoanálisis en la institución de salud mental.

Entre el mercado, la locura y el derecho

Se puntualizarán ciertas comprensiones acerca del tiempo y el pago, la demanda, la interrupción o finales, y la tercerización, junto a sus limitaciones y posibilidades. Todo en la complejidad que implica el entrecruzamiento de discursos (democrático, psiquiátrico y capitalista) y la práctica analítica.

El tiempo y el pago

La duración de la consulta (médica) es medida como el tiempo entre el saludo y la despedida de un paciente, este intervalo de tiempo incluye más que la consulta, pues se encuentra “obstaculizado por interacciones distintas a las propias de la consulta, encontrándose dentro de la secuencia de tareas durante una visita a la atención primaria que pueden denominarse flujos de trabajo” (Rodríguez-Torres *et al.*, 2018, pág. 4). En este caso, el tiempo de consulta (como se describió al inicio) incluye no solo la escucha al paciente, sino también la diligencia de una historia clínica o evolución de la consulta por escrito en el sistema de la institución. Esto debe ser inmediato, pues el paciente necesita de esta para presentarla en su EPS y proceder con la autorización de su orden.

Lo anterior puede ser concebido de dos (2) formas: la primera, como obstáculo, puesto que la escucha se ve interrumpida en ocasiones, la atención queda reducida a veces al intento de escribir lo que se escuchó mientras se intenta escuchar lo que se dice, dejando de estar presente para el otro; la segunda, como posibilidad, esto es, escribir la evolución o historia clínica durante la sesión, en medio de la escucha, no siempre es un problema, permite “abrir” y “cerrar” una sesión u organizar datos que se consideran relevantes (tanto para el proceso, como para la institución misma), entendiendo esto como una forma

de marcar un límite entre un paciente y otro, estando presente ahora y en un futuro⁴.

Lo anterior lleva a otro problema clínico importante enlazado con la dificultad para estar presente, la de pensar a los pacientes. En ocasiones es posible suponerlo como un tren en movimiento, en el que suben y bajan personas cada 20 o 30 minutos. Cada profesional brinda una ayuda mientras está atento a la próxima estación, y al bajar uno, sube el otro; la mayoría de veces no hay un tiempo entre cada uno. Esto, como se decía, obedece a una concepción del sujeto y a la lógica mercantil en el que está inmerso el sistema de salud intentando cumplir con sus principios de eficacia económica y equidad. Por lo cual se debe atender el mayor número de consultantes⁵ en la menor cantidad de tiempo para obtener, así, mayores ganancias; se intenta la cobertura universal (equidad) al menor costo (eficacia económica), por ende, en menor tiempo (más pacientes, menos tiempo, más dinero).

De esta forma, la articulación tiempo-dinero se distingue tanto para la institución como para el profesional. En el primer caso se organizan las agendas, los tiempos, los costos, en beneficio tanto de los consumidores como de la empresa misma, que es la clínica en este caso. Todo ello en medio del intento por mejorar la calidad del servicio asociada al tiempo: a) de espera el día de la atención y b) entre la solicitud de la cita y realización de esta (PARS, s.f.). Este elemento, tiempo-dinero, brinda satisfacción o no al usuario, y mayores ganancias o no a la institución. En el segundo caso, el profesional se verá enfrentado a esta misma lógica en dos sentidos: el primero, referente a la inmediatez como imperativo (“rápido, hay/tengo más pacientes”), teniendo frente a sí la angustia característica que exige la eficiencia, la gestión del tiempo, que entorpecen la escucha analítica, la escucha de un sujeto y sus tiempos lógicos (en este sentido, el analista se perderá con facilidad en el puesto

4 En muchas ocasiones, si se atiende a un paciente cada mes o más, recordarlo de esta forma facilita la atención. Por otro lado, no es necesario dejar todo por escrito, por privacidad del consultante.

5 No siempre el consultante es un paciente, se entiende por consultante aquel que consulta teniendo o no un pedido propio, mientras que el paciente es aquel que consulta por un padecer.

del médico, intentando curar urgencias); el segundo, relativo al tiempo institucional junto a las condiciones de pago (por consulta efectiva), inmersos en imaginarios como “el tiempo es oro”, lo que plantea al analista un problema ético, a saber, el aumento de la demanda o consultas “a través de la práctica perversa (en el sentido económico) de su inducción” (PARS, s.f., pág. 472), ofertando servicios más allá de los necesarios con el fin de facturarlos sin justificación terapéutica.

Ahora, si bien se realiza un trabajo y se cobra por este, hay que diferenciar el “cobro” de un servicio, del “pago” que realiza el sujeto. Yafar (2010) distingue el pago imaginario del simbólico. El primero hace referencia a la complementariedad entre lo que se cobra y el pago a realizar como equivalentes, al igual que su significación, como un acto comercial. Tomando esta dimensión, este autor puntualiza algunas estrategias en la neurosis respecto al pago, de las cuales se retoman dos: 1) “Algunos sujetos quieren pagar ‘adelantado’ para anular toda sorpresa posible y mantener endeudado y controlado al analista”, y 2) “Algunos pagan, buscando que no les cueste analizarse, muy poco o demasiado”. Ambas pueden ser leídas en el trabajo institucional como aquellos pacientes que ingresan demandando ser curados porque tienen derecho a ello, pues pagaron su tarifa al sistema. El segundo, el pago simbólico, propone Yafar, “es marca de la castración simbólica, es signo de la instauración de un lugar, alojamiento para la palabra que, de este modo, se abre a una zona de interpelación del sujeto” (2010, s.f.).

Entonces, el cobro, los honorarios que se pagan al sistema o directamente al analista no son lo mismo que el pago simbólico por parte de ambos participantes (el analista también paga con su palabra, con su interpretación, con su presencia). En este punto, es necesario recordar que no se está fuera del sistema, no se pretende negar la importancia del dinero en la labor clínica como una profesión, pero “ésta no es la dimensión analítica de la cuestión (...) el pago debe operar enmarcando un acto castrativo” (Yafar, 2010, s.f.); en la pérdida lo que se paga no es complementario.

Por último, es necesario destacar que muchos de los pacientes que asisten a la institución de la que nos ocupamos en este artículo realizan un pago: con su tiempo, con una hospitalización, con su pa-

labra; como también hay otros que no lo hacen, como aquellos que en la consulta dicen: “Yo he sido así, no tengo porque cambiar, más bien ayúdeme a quitarme esta ansiedad que tengo”. A su vez, pienso que el tiempo de sesión dominado por la lógica del capital y la democracia no imposibilitan el trabajo analítico en muchos casos. Veo importante llegar a un acuerdo con tales lógicas, pues muchas sesiones se logran realizar en el tiempo estimado, mientras otras requieren más o menos tiempo (por ejemplo, casos de urgencia, algunos casos de psicosis, en especial algunas sesiones con parejas y familias).

En suma, no todos realizan un pago simbólico y no todos se benefician del psicoanálisis dentro de los tiempos institucionales. Y es ahí donde es crucial comprender que el psicoanálisis no es un “para todos” y que no “toda” demanda es de análisis.

La demanda y algunos finales

Dando continuidad a lo anterior, al afirmar que el psicoanálisis no es un “para todos”, se retoma la pregunta: ¿hacemos psicoanálisis en la institución de salud mental? Para responder a esta, es importante hablar de la demanda e indicar algunas ideas que han organizado mi praxis en medio de confusiones y dificultades, a saber, la “inversión” y “respuesta” de la demanda.

Primeramente, nos serviremos de lo que Campodónico (2018) llama el “origen” de la demanda, “o sea la diferenciación de la demanda ya sea, espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial” (pág. 81). Allí se propone la siguiente división: 1) Consulta espontánea, cuando es decisión del individuo o aconsejada por familiares o allegados; 2) Consultas por derivación, subdividida, a su vez, en interna (interconsulta) o externa (de instituciones como el ICBF, comisarías de familia, el INPEC u otras instituciones del campo de la dermatología, la psiquiatría, la ginecología, la urología, etc.)⁶.

6 Hay que aclarar que esta diferenciación puede ser difusa, pues las consultas son, en su mayoría, por remisión dentro del marco de la tercerización. Aun así, se usa la distinción como forma de enmarcar algunos pedidos.

En este segundo grupo se percibe con claridad lo que Aveggio (2013) llama “la inversión de la demanda”. Al respecto dice:

Si la demanda es una petición, clásicamente una <<petición de ayuda>> a la que los clínicos nos veíamos enfrentados y podíamos responder de diversas formas, la *inversión de la demanda* es algo así como <<pedir que pidan ayuda>> y hacer existir la demanda no como resultado de la división subjetiva, sino como respuesta a la demanda misma del Otro ideológico e institucional. (pág. 369).

Lo anterior, hace referencia a aquella demanda institucional que solicita al individuo a demandar frente a otra institución. Por ejemplo, el individuo remitido por parte de una comisaría de familia, que expone su caso y expresa ignorancia respecto a lo que lo trae al consultorio, dando cuenta de una petición que le fue demandada por otro, sin motivación ni implicación subjetiva, solo asisten por un “certificado de comienzo de tratamiento para así presentarlo ante quien corresponda” (Campodónico, 2018, pág. 81).

Sucede, además, con personas en proceso de transición (transgénero), que adelantan trámites legales, mujeres embarazadas, quienes son remitidos comúnmente para evaluaciones psicológicas que determinen su estado mental en cada uno de los casos. Los pacientes ingresan esperando el certificado que dé buena fe de su salud mental y, por tanto, no ser declarados interdictos, o para recibir la atención integral que ofrece el sistema, por ejemplo: “el ginecólogo me envió a psicología, a nutricionista, etc., porque estoy embarazada”. Entre otros casos como: “Bienestar me envió para tener unas charlas y que me devolvieran a mi hijo”.

También es visible en la interconsulta por psiquiatría o por neuropsicología con motivos de consulta como: “me dijo que soy bipolar y que usted me iba a decir para manejar eso” o “mi hijo es hiperactivo, ya le hicieron la prueba y me dijeron que tenía que venir para manejarlo”, Así como por psicología. En este último caso se pone en marcha otra dinámica, pues al ser remitidos por otro psicólogo que tiene una noción del psicoanálisis, la demanda adquiere otras formas junto a ciertos imaginarios como, por ejemplo: “la dra. S me envió

porque me dijo que me serviría más algo más profundo”. Lo cual no implica en todos los casos una demanda de análisis. Estos ejemplos son algunas formas en las que se puede escuchar la demanda, pero ¿cómo responder a esta?

Vucinovich (2014) trabaja el tema y puntualiza dos respuestas dominantes: 1) la medicalización que ofrece el fármaco, que busca acallar tal demanda de manera ágil, como lo exige el sistema, en palabras de una paciente: “Ella solo me dio la palabra para darme una pasta”. Y 2) la des-medicalización, que trabaja principalmente “educando” la demanda, psico-educando el padecer⁷. Ambos, dice el autor, se emparentan al atender “la demanda en su primera presentación, de queja” (pág. 22), respondiendo “con un objeto tapón de la demanda (educación-consejo-fármaco)” (pág. 22), desde el saber teórico: “sé lo que te pasa”. Y generalmente busca normalizar la queja, dando a entender que “el sufrimiento no supone siempre patología, y por lo tanto tampoco tratamiento médico ni psicológico” (pág. 20).

Lo anterior se entiende desde la producción de agentes terapéuticos que ya no solo se dirigen a la curación, “sino también para ‘prevenir’ la enfermedad, o para ‘conservar’ la salud, o para ‘mejorarla’, etc. Vitaminas, fármacos para la acidez estomacal, para los dolores de cabeza, gimnasios y aparatos de gimnasia, alimentos dietéticos o balanceados, etc.” (Sauval, 2006, pág. 424). De ahí que la respuesta a la demanda, desde las posturas expuestas anteriormente, estará orientada a la educación por medio de los programas de promoción y prevención desde “el discurso hegemónico de la psicología de la salud” (Castro, 2013, pág. 102), en especial desde la perspectiva cognitivo-conductual. En consecuencia, la consulta por derivación (interna y externa) se caracteriza por pedidos de psicoeducación o psicoterapia para la “resolución de conflictos”, el desarrollo de “habilidades sociales” y/o el “control de impulsos”; allí, la mayoría de los profesionales aconsejan en cada sesión realizar actividad física, llevar una dieta específica y puntualizan acciones preventivas frente a la ansiedad, la depresión y las conductas hetero y autoagresivas.

7 Como se describe en la propuesta institucional de la Clínica Retornar, en el apartado “El sujeto moderno y la normalidad”.

En este momento la respuesta a la demanda se ha centrado en los discursos que imperan, pero ¿qué respuesta puede dar el analista a demandas que no son de análisis?, ¿hay respuesta posible si no hay demanda?

En primer lugar, en la institución se presentan sujetos con demandas que no son de análisis, pero a su vez, sujetos sin demanda que son demandados a demandar por un Otro institucional, el cual también demanda al profesional (Aveggio, 2013).

A estas problemáticas, siguiendo la propuesta de Lacan (2003) en “La dirección de la cura y los principios de su poder”, es el analista quien oferta su escucha, ofrece al paciente hablar, de esta forma crea una demanda a la cual no puede responder como los otros: “con oferta, he creado demanda” (pág. 597). Entonces, el analista oferta una escucha que va más allá de la queja que es oída en psicología o medicina, una escucha no democrática que apunta a una verdad singular. Además, a propósito de la *inversión* antes vista, “el analista ofrece una interpretación, una interpretación que en este caso no apunta a la causa de la división subjetiva, sino a la producción de la división subjetiva misma” (Aveggio, 2013, pág. 372). Se oferta, así, eso que abre un camino posible al cuestionamiento por el malestar, es decir, abrir lo que la medicalización y des-medicalización taponan. Y así “pierde fuerza la demanda antes dirigida al facultativo (‘dígame lo que me pasa’) y se abre paso otra demanda (...), en relación a este sentido novedoso: ¿por qué hago y repito esto?” (Vucinovich, 2014, pág. 24).

En resumen, frente a la inversión de la demanda o demandas espontáneas es posible ofertar algo más allá que la educación, es decir, la escucha analítica, la interpretación, la presencia, permitiendo una opción al psicoanálisis en instituciones.

Contrario a lo anterior, la propuesta analítica no parece viable y puede llegar a ser poco beneficiosa en muchos casos. Esto hace referencia a las problemáticas políticas, sociales, económicas “que requieren de una intervención en ese mismo registro” (Sauval, 2006, pág. 428). Por ejemplo, mujeres maltratadas que buscan con desespero un respaldo jurídico, personas desempleadas al borde del suicidio

o con situaciones conflictivas en su hogar en medio de la pandemia, entre otros. Dificultades que no se dirigen al analista sino al Estado, a la institución, al juez, al médico especialista, etc., donde cualquier intervención se verá limitada.

Por lo tanto, estoy de acuerdo con algunos autores cuando dicen que en la institución de salud mental se trabaja de varias formas más allá del psicoanálisis, tales como la psicoterapia (Sauval, 2006; Waxman, 2002) y la ayuda asistencial (Graham, 2010; Waxman, 2002). Pero, además, pienso que se realizan seguimientos (o controles) frente a la ausencia de demanda⁸ y también se interviene desde la desmedicalización. Perder de vista que no siempre se hace psicoanálisis causa dificultades en la intervención y obstaculiza el entendimiento de un final posible en el trabajo institucional.

Sobre este último, el final, se puede vislumbrar en muchas ocasiones desde su inicio. En este punto hay que establecer una diferencia entre lo que se llamará: a) *trámite institucional*, hablando de esas demandas administrativas que no van más allá de la entrevista, evaluación y certificación, y que hacen parte del quehacer del profesional frente a la inversión de la demanda; b) *tratamiento institucional*, que abarca la variedad de intervenciones del profesional (psicoterapia, psicoeducación, ayuda asistencial, seguimientos) desde posiciones diversas y que lleva muchas veces a una remisión; c) *análisis*, referente al dispositivo analítico en instituciones.⁹

Como ya se ha esbozado, los *trámites* presentan un final predicho y cierran en muy pocas citas normalmente, a diferencia de los *tratamientos*, en que la duración es comúnmente de meses o años, aunque también pueden ser breves. De la misma manera, desde mi experiencia, también se pueden llevar a cabo análisis de algunos meses o más.

8 Por ejemplo: “vine porque tenía control ¿en cuánto tengo que volver?”, sin más que un examen mental, a pesar de la invitación a hablar.

9 Esta es una distinción dinámica, no niega la posibilidad de que inicie por un *trámite* y lleve a otros modos de trabajo, como también puede iniciar por un *análisis* y derivar en un *tratamiento* (o viceversa). Todo con relación a la demanda.

Ahora, sobre el “fin de análisis” hay muchas posturas teóricas, llámese freudiano (castración, la pulsión arraigada a la biología), kleiniano (integración de objeto, posición depresiva), o lacaniano (atravesamiento del fantasma). Esto implica comprender *a priori* cual es el “fin” en su dimensión temporal, donde todo lo que no alcance ese objetivo final es entendido como imperfecto por “dificultades externas” (Freud, 1991/1937, pág. 222), o como “momento conclusivo” (Rubistein, 2003), cuando se da la terminación por mutuo acuerdo, distinta a la interrupción que se dan de manera unilateral. Y todas esas cuestiones que traen la problemática trabajada por Freud del análisis interminable, y que se pueden resumir de la siguiente manera: “Comoquiera que uno se formule esta cuestión en la teoría, la terminación de un análisis es, opino yo, un asunto práctico” (Freud, 1991/1937, pág. 251). Lo anterior marca un camino, mas no resuelve el problema.

Por otro lado, Murillo (2016) propone pensar el asunto desde una dimensión espacial a partir de posturas como la de Winnicott (espacio transicional) y Lacan, entre otros. El autor piensa el fin como “la producción de salidas en el análisis, aquellas por las cuales el paciente se sale de algunas estructuras e ingresa en otras, sin suponer por ello que existe una estructura última a la cual se puede salir” (pág. 11). Por tanto, el análisis terminable es aquel que produce salidas, “ya sea que continúe en proceso o que concluya en algún momento de ese proceso” (pág. 5), e interminable, cuando no se producen; todo esto, más allá de la temporalidad. Las “salidas” se entienden como transformaciones de estructuras, “las estructuras de los conflictos, de la transferencia, de los síntomas, etc.” (pág. 9). Y esto se ve en todas las sesiones como “situaciones de encierro” de las cuales se busca *salir* para que el sujeto pase “de ese análisis a otro lado, ya sea otro terreno por el que el análisis se continúa, o la calle, fuera del consultorio del analista” (pág. 11).

Desde esta mirada, el proceso analítico (temporal) pasa por finales en la “producción de salidas” (espacial) que mueven el análisis (de un conflicto, transferencia, síntomas, a otros). Por lo anterior, “nada impide pensar que el paciente asista al analista una vez por semana, una vez por mes, que interrumpa y no vuelva más, que vuelva al cabo de dos años, que cambie de analista” (Murillo, 2016, pág. 12). Esta frecuencia concuerda con los tiempos institucionales y con algunos

procesos en la consulta privada cercanos al psicoanálisis “a pedido” (Winnicott, 1980/1977).

Para finalizar, como dice Rubistein (2003), en la terminación de tratamientos del servicio de consulta externa inciden diversas variables como: las condiciones institucionales, la posición y características del practicante y el paciente, y las particularidades del proceso terapéutico, por lo que la tercerización de estos elementos tendrá un valor importante.

Tercerización, encuadre, y dispositivo analítico

En la bibliografía revisada se menciona constantemente que la tercerización implica movimientos complejos en el encuadre, mas no específica con mayor claridad la dinámica. Este apartado es un intento de organizar el lugar del encuadre en la tercerización del servicio, exponiendo ciertas dinámicas que incluyen lo trabajado hasta el momento y planteando problemáticas no explícitas en la literatura, todo bajo el concepto de dispositivo, como “artificio para producir una acción” (Chinkes, s.f., pág. 15), como “*máquinas de visibilidad* crean condiciones de posibilidad para la indagación de situaciones específicas” (Fernández, 2007, pág. 34, énfasis en el original), en el cual está incluido el encuadre (Kuras de Mauer, 2014).

Para esta tarea, siendo esquemáticos al despejar el agujero central del gráfico (x), es posible pensar un triple-encuadre en el dispositivo:

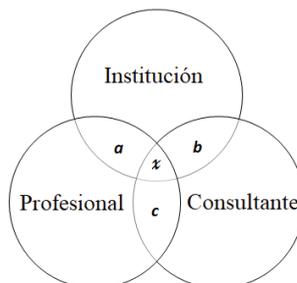


Gráfico 2. Intersecciones (a , b y c) entre la institución, el profesional y los consultantes, en donde (x) representa el conjunto complejo de relaciones entre estos.

- a) *Institución-profesional*: El contrato entre empleado-empleador establece unas obligaciones al profesional, tales como el tiempo para la agenda, un cobro, un espacio, y unas obligaciones legales. Este contrato establece una posición para el profesional (psicólogo, médico, etc.) donde el psicoanálisis no se contempla. Entonces, la institución exige una respuesta del profesional frente a las demandas que se presenten, en un tiempo y bajo un mínimo de requerimientos (historia clínica, recomendaciones, funciones del psicólogo a nivel nacional). Una vez resueltas, cada profesional emplea su criterio en cada caso.
- b) *Consultante-institución*: Su condición de sujeto social de derecho le permite al usuario la demanda de una cuota de beneficios en salud. Por ende, la exigencia institucional se dirige al profesional para cumplir con las cuotas. Aun así, el consultante tiene obligaciones, como la de realizar la autorización de su orden y presentarla ante la institución o la del pago de su seguridad social. Al no hacerlo, no podrá recibir su cuota. Además de otras obligaciones específicas de cada institución.
- c) *Profesional-consultante*: El profesional tiene un vínculo con la institución que lo ubica en diversas posiciones frente a la demanda, relación establecida también por el consultante y la institución. Estas dos influyen, mas no determinan del todo el encuadre entre el profesional y el consultante.

Lo anterior es, de manera general, la dinámica profesional-institución-consultante. Ahora, comprendiendo que el contrato institución-profesional exige la respuesta en posición de psicólogo, como se mencionó antes, el analista debe abrirse un espacio que puede ser pensado más allá de la dimensión imaginaria del *ser* psicólogo, como un *hacer* del analista que lo permite. Este último implicará una ruptura parcial con el encuadre (a) y (b), para establecer ciertas condiciones en (c) y posibilitar un espacio para el despliegue de la palabra. Por tanto, la institución y el consultante *demandarán* al profesional la atención desde un saber en un *tiempo*, por un *cobro* sustentado en un *derecho*; quien consulta se reviste de un derecho a demandar su derecho a la salud. Pero, ese que hace de analista subvierte tales condiciones. Propone al paciente un trabajo más allá de lo *cronológico*, donde se

habla de una forma particular que se escucha desde un no-saber, y se produce un sujeto que posibilita escuchar-se; pero, además, es un trabajo que requiere un *pago* que escapa a la cuota de beneficios y ante el cual no se responde a la *demanda*, por ende la cura no es un *derecho*. Entonces, se propone al consultante un lugar distinto a su *paciencia*, como analizante.

Así, “los principios analíticos se encuentran, o más bien se des-encuentran con la demanda de las instituciones, del estándar, de la normalización y del protocolo” (Ordóñez-Rodríguez *et al.*, 2018, pág. 220). Pero sin este des-encuentro no sería posible la innovación de un dispositivo institucional que permite, a mi entender, la interpretación analítica del encuadre, siempre teniendo en cuenta la complejidad del encuadre-tercerizado, no únicamente la relación (c); con elementos fijos (historia clínica, evoluciones, espacio, cobro), otros constantes en su variabilidad (tiempo y frecuencia de la sesión, demanda) y otros que escapan a los encuadres instituidos (el pago en la cura analítica, la respuesta a la demanda, el tiempo lógico).

Por último, con la pandemia y la implementación del trabajo virtual, la mediación de la institución se flexibiliza. Es decir, abre opciones que antes se presentaban con mayor rigidez, como: 1) La comunicación: los pacientes empiezan a escribir por correo y algunos ya tienen el número de sus médicos o psicólogos. Además de las consultas por parte de familiares, quienes escriben para exponer situaciones específicas o pedir ayuda en caso de actuaciones de los pacientes. Anteriormente, la institución servía de “telefonista”, quien conectaba al paciente y al profesional, ahora se presenta la opción “directa”; 2) Independencia del profesional: si bien los tiempos institucionales se mantienen, la re-agenda ahora es posible con los acuerdos propios entre el profesional y el paciente, precisamente porque la virtualidad permite estar presente sin desplazarse. Como también la atención telefónica en caso de fallas en la conexión. En cualquiera de los dos casos, el triple-encuadre o encuadre-tercerizado se mantiene en sus lógicas, ahora agregando la virtualidad.

Consideraciones finales

Durante el presente artículo se pretendió responder a una pregunta: ¿cómo es el trabajo en una institución de salud mental desde el psicoanálisis?, esbozando algunas ideas sobre ¿qué es o cómo se hace el psicoanálisis? Y abriendo dudas más específicas sobre elementos como el tiempo, la terminación, el dinero, y cerrando con una propuesta para pensar el encuadre y organizar el dispositivo.

De este recorrido se pudo organizar y orientar las dificultades para hacer posible una práctica. Esto permitió aclarar mi posición frente a diversas posturas teóricas y plantear nuevos cuestionamientos en pro de seguir pensando la práctica (privada e institucional), tales como: ¿qué es una sesión?, ¿un psicoanálisis es en todo el proceso o en todo el espacio de la consulta, psicoanálisis?, entre otras acerca de otros espacios de la práctica institucional (hospitalización intramuros, hospital día, estudiantes en práctica), como también cuestiones que no se trabajaron, tales como la transferencia institucional.

En la misma línea, se pueden organizar, integrando las descripciones de Hoyos *et al.* (2018) e Iuale (2010), cuatro (4) grupos o posturas del psicoanálisis en instituciones: 1) ortodoxos o puristas: aquellos que plantean que el “psicoanálisis” propiamente tiene unas condiciones y un método y que sus variaciones entran en las “psicoterapias” de orientación analítica; 2) los que rechazan la práctica del psicoanálisis fuera del dispositivo clásico; 3) quienes forcluyen al Otro social y plantean que no hay influencia de lo institucional en la práctica clínica en instituciones; 4) aquellos que se valen del uso de *dispositivos* considerando que no se pierde la estructura del psicoanálisis.

Respecto de la anterior clasificación, estoy en desacuerdo con el primer grupo, pues se pretende un “verdadero” psicoanálisis desde el consultorio privado, como refugio que *privo* de otros discursos, olvidando el capital en lo *privado*. Por otro lado, pensar que no hay diferencia entre uno y otro sería suponer que los diversos discursos trabajados no se excluyen y que los elementos del encuadre se organizan

igual. Como se puede ver, me ubico en el último grupo, que piensa que el psicoanálisis puede hacerse fuera de los espacios habituales, y que Freud dio *consejos* desde su práctica para ello. Pienso, según lo trabajado, que entre el psicoanálisis y la institución hay una hiancia que posibilita una propuesta a veces creativa frente a la ortodoxia de la institución y del mismo psicoanálisis.

También considero que en esta institución de salud mental no solo se hace psicoanálisis, sino también psicoterapia (a veces con elementos de otras posturas), o se da ayuda asistencial y se hacen seguimientos y también psicoeducación. Por lo anterior, el profesional se verá demandado muchas veces a salir de su posición de analista para sentarse en la del psicólogo, médico y posiblemente la del trabajador social durante la consulta de forma mesurada, para luego remitir a quien corresponda y esté capacitado en cada caso. Olvidar esto conlleva, en mi experiencia, perderse en la ilusión de un psicoanálisis para todos y para todo; es negar el no-todo, creernos omnipotentes. Es olvidar que la medicación funciona en muchos casos, que muchas veces es importante tener en cuenta el concepto del psiquiatra, que asistimos al médico cuando el organismo sufre o al contador para el pago de impuestos. Es borrar el malestar del otro y la pregunta ¿qué necesita el paciente? Sería alienarse y olvidar que el psicoanálisis es un discurso más; en fin, sería servirse del psicoanálisis como objeto que taponar la incertidumbre del profesional.

Para finalizar, es importante recordar que este dispositivo no es más que *una* propuesta entre múltiples que en Colombia faltan en la literatura. Esta última, mucho más amplia, como dicen Ordóñez-Rodríguez y Moreno-Camacho (2018), en países como Argentina. Es un intento más de organizar una serie de dificultades del trabajo institucional que se dan en movimiento constante con los cambios sociales, legales y metodológicos que atraviesa la institución. Se espera, además, abrir espacios de discusión y enriquecer la comprensión de las problemáticas sociales e institucionales en Colombia, para lo cual es menester seguir promoviendo la reflexión y los espacios de encuentro, tal como pretende este escrito.

Referencias

- Aveggio, R. (2013). *Psicoanálisis, salud pública y salud mental en Chile*. RIL Editores.
- Campodónico, N. (2018). Síntoma y demanda psicológica en el primer nivel de atención en la ciudad de La Plata. *Perspectivas en Psicología*, 15(1), 75-85. <http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/358/196>
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS* (11), 73-114.
- Chinkes, A. (s.f.). Sobre el uso del término dispositivo en psicoanálisis. *Nudos en Psicoanálisis On line*, Año IV(5), 14-16. <http://www.revistanudos.com.ar/docs/num5/Sobre-el-uso-del-termino-Dispositivo-en-psicoanalisis.pdf>
- Clínica Retornar. (2020). *Home*. <https://www.clinicareturnar.com/>
- Congreso de Colombia (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Fernández, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidad*. Biblos.
- Foucault, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)* (2ª. ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2018/1970). *El orden del discurso*. Austral.
- Freud, S. (1991/1937). Análisis terminable e interminable. En J. Strachey (Ed.), J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trad.), *Obras completas* (vol. XXIII, págs. 211-254). Amorrortu Editores.
- Giedion, Ú., Villar, M., y Ávila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Fundación MAPFRE.
- Graham, G. (2010). La diversidad de la demanda en el que-hacer hospitalario. *Acheronta* (26), 84-88. <https://www.acheronta.org/pdf/acheronta26.pdf>
- Hoyos, J. E., Bueno, J. M., González, M. y Martínez, P. A. (2018). Práctica del psicoanalista en la institución: ¿análisis o sugestión? *CES Psicología*, 11(2), 13-20. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4332/2880>
- Iuale, M. L. (2010). El tiempo institucional en los tratamientos y los efectos terapéuticos del psicoanálisis. En *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psico-

- logía Universidad de Buenos Aires, 248-251. <https://www.aacademica.org/000-031/770.pdf>
- Kuras de Mauer, S. (2014). El psicoanálisis como dispositivo. *Imago Agenda* (186). <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2233>
- Lacan, J. (2003). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2* (págs. 565-626). Siglo Veintiuno Editores.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución No. 3512 de 2019. Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf)
- Ministerio de Salud. (1994). *Resolución No. 5261 de 1994. Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf)
- Murillo, M. (2016). El concepto de fin de análisis y el problema de la puerta. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, XVI(1), 1-2. <https://www.aacademica.org/manuelmurillo/22>
- Ordóñez-Rodríguez, A. y Moreno-Camacho, M. A. (2018). Psicoanálisis e institución. Sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos institucionales. *Revista Affectio Societatis*, 15(28), 196-227. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/327256/20787009>
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). (s.f.). Marco conceptual de análisis de los sistemas de salud. En *Proyecto evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de vigilancia y control del sistema de salud* (págs. 453-550). Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>
- Rodríguez-Torres, A., Jarillo-Soto, E. y Casas-Patiño, D. (2018). La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave*, 18(5), 1-7. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/7264.act>
- Rubistein, A. (2003). Algunas consideraciones sobre la terminación de los tratamientos con orientación psicoanalítica en las instituciones públicas. *Anu. investig. - Fac. Psicol., Univ. B. Aires*, 10, 399-409. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/algunas_consideraciones_sobre_la_terminacion_de_los_tratamiento.pdf

- Sauval, M. (2006). Psicoanálisis y práctica hospitalaria. *Acheronta*, (23), 416-437. <https://www.acheronta.org/pdf/acheronta23.pdf>
- Vucinovich, N. (2014). Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. *Norte de Salud Mental*, XII(48), 19-25. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830206.pdf>
- Waxman, S. (2002). ¿Psicoanálisis para el pueblo? *Acheronta*, 15, 224-229. <https://www.acheronta.org/pdf/acheronta15.pdf>
- Winnicott, D. (1980/1977). *Psicoanálisis de una niña pequeña (The Piggle)*. Barcelona: Gedisa.
- Yafar, R. (2010). Acto de amor, acto de pago. *Imago Agenda*, 141. <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1337>