

Aprendizajes y reflexiones sobre la salud mental comunitaria en pandemia¹

Marcela Bottinelli

Doctora en Salud Mental Comunitaria (UNLa).
Magister y Especialista en Metodología de
Investigación Científica (UNLa). Licenciada en
Psicología (UBA). Docente investigadora de la
Universidad Nacional de Lanús y la UBA. Miembro
del CCHSMYA. Miembro de Agenda Compartida
UNLa. Miembro de la Comisión directiva de la Red
EvaluAr.

mmbottinelli@yahoo.com.ar

A lo largo de estos casi 2 años, la pandemia mostró las miserias y bondades de las que las sociedades somos capaces y artífices. La capacidad de cuidar y cuidarnos, crear y recrear aún en las condiciones más adversas, así como la crueldad y egoísmo a nivel subjetivo particular, e intersubjetivo; es decir: tanto a nivel de las personas, como de los grupos, instituciones, niveles de gobierno, corporaciones y representantes de intereses económico políticos mundiales. Desde la administración de recursos básicos como barbijos, alcohol, jabón, e insumos como respiradores, camas, personal, tecnologías y conocimientos que debían desarrollarse en tiempo record (como el caso paradigmático de las vacunas), hasta las medidas de gobierno que se implementaron, fueron y siguen siendo objeto de discusión, tensión y construcción de sentidos. Así, se fueron planteando escenarios de disputa en los que se connotaron valoraciones positivas y negativas, y se construyeron como cuidado, riesgo, necesidad, bien de mercado, oportunidad o peligro según los intereses y posiciones en juego.

A nivel mundial, la inicial convocatoria y trabajo colaborativo de ayudas, se convirtió en una competencia por el acceso a insumos, tecnologías y conectividades. Asimismo, frente a la incertidumbre inicial, aparecieron tímidos análisis que rápidamente pasaron a la puja mediática por la información.

Los Estados, organismos internacionales y nacionales, las empresas y centros de investigación generaron una carrera contra el tiempo y las restricciones para generar, en una primera lectura biológicocéntrica de la pandemia, insumos, revisiones epidemiológicas, investigaciones y por supuesto las preciadas vacunas. Pero también aparecieron propuestas específicas de articulación intersectorial, de incorporación de profesionales de salud mental en los comités de crisis, la necesidad de comunicar en salud, la importancia de anticipar políticas de resguardo, y la necesidad de integrar y financiar la producción de otros saberes situados, interdisciplinarios e intersectoriales, como las convocatorias en Argentina de la Agencia Nacional de Investigaciones de las convocatorias PISAC para aportes de las Ciencias Sociales a las políticas públicas para pensar la pandemia y la pospandemia, o los proyectos COFECyT, entre otros.

La histórica disputa entre la comprensión de la salud como inversión o como gasto, la tensión de modelos neoliberales y capitalistas que reducen los cuidados en salud a la salud como mercancía, privatización,

desinversión y restricción de las funciones del Estado como garante de derechos en salud, mostraron sus límites en la emergencia, y la evidente falta de respuesta, infraestructura, organización, formación de recursos, insumos y personal. Evidenciamos así los sentidos de la necropolítica, del derecho a matar y a exponer a otras personas a la muerte (Mbembe; 2003); del biopoder como “la gran mutación tecnológica del poder en occidente” (Foucault, 1999: 243) y la crudeza de la vida- “una vida a la que cualquiera puede dar muerte impunemente y, al mismo tiempo, la de no poder ser sacrificada de acuerdo con los rituales establecidos; es decir, la vida *uccidibile* e insacrificabile del homo sacer y de las figuras análogas a él” (Agamben, 1998: 243).

El ojo de la tormenta puso en cuestionamiento a los sistemas de salud, organización, cobertura y acceso, que en pandemia desconocían los límites de público o privado, y comprometían a ciudades y países enteros en la respuesta. El lugar de los Estados quedó expuesto una vez más como responsables del acceso y cobertura de los derechos en salud tensionando las formas de organización de los sistemas con la necesidad de acción, la equidad, integralidad y universalidad del cuidado en los procesos de salud enfermedad atención y cuidado. Puso en evidencia también las diferentes posiciones políticas tomadas por los gobernantes de cada país y jurisdicción, y las consecuencias inmediatas en la vida y la muerte de

sus pueblos. Así comenzaron a aparecer o se fortalecieron redes de investigadores y profesionales como las redes en que participamos RESPI, RIPEC-SM, RASPi, entre otras, preocupadas por compartir experiencias concretas de cuidados con perspectiva de derechos, pero también en sistematizar y mostrar las relaciones entre las medidas de gobierno, y sus posicionamientos, las concepciones de salud, el lugar de las políticas públicas y la relación con los efectos concretos en la población (2) (Bottinelli, 2020).

La diversidad de saberes y producción de conocimientos no se quedó atrás, desde la inmediata puesta en común de experiencias, sentimientos y reflexiones cotidianas en las redes y medios, hasta las sistematizaciones expertas como las reflexiones de Sopa de Wuhan, entre las primeras. Emergieron entrelazadas las vivencias subjetivas, las experiencias, las reflexiones, la revisión histórica y cultural de formas de afrontar las crisis y pandemias, la difusión de información y conceptualizaciones, evidenciando la potencia de la articulación teórico práctica, la diversidad de saberes y formas de producción de conocimientos, la diversidad de voces, la necesidad de historizar y recuperar las experiencias locales, y la especificidad de su pertinencia y validez de dichos saberes, en función del tipo de producción a sustentar. Presentificaron y profundizaron los sentidos de las discusiones sobre las perspectivas decoloniales,

feministas, epistemologías críticas y situadas, así como los conceptos de ética relacional, deconstrucción, implicación, coproducción, coconstrucción. La virtualidad habilitó conversatorios que se multiplicaron y unieron gratuitamente a analistas y disertantes de los lugares del mundo más lejanos entre sí, a personas sin importar su formación previa o credenciales, muchos de los cuales no hubiéramos conocido o accedido a escuchar o conversar, ya sea por distancia, por imposibilidad de congeniar agendas o por los costos de los traslados y espacios de encuentro, como los Congresos donde habitualmente estaban las presentaciones expertas, en general, pagas y costosas. También proliferaron espacios para compartir, con diferentes grados de formalidad, capacitaciones, reuniones para formarse, reuniones para compartir herramientas, estrategias, pensar investigaciones, redes de trabajo y apoyo, visibilización de inequidades, experiencias compartidas como casos, e incluso la construcción de redes internacionales de investigación, reflexión, acompañamiento y producción de conocimientos. Todo ello, de algún modo, contribuyó a la participación, al acceso y la democratización de conocimientos, a generar lazos entre personas lejanas, e incluso quienes de otro modo ni siquiera se hubieran conocido. Sin embargo, nuevamente ese avance en apertura mostraba el abismo de restricciones y mediaciones de tecnologías duras y blandas (Merhy, 2006)

requeridas para participar, la falta de dispositivos, de condiciones de uso y conectividad, así como la ausencia de información y de saberes que permitieran su uso o su exigibilidad tal como lo muestran varios estudios. Estas inequidades quedaron expuestas y mostraron el lugar de los medios masivos de comunicación como poder mundial, local y las referencialidades geopolíticas. Desde los más tradicionales a los más novedosos, junto a las redes sociales funcionaron como escenarios que no solo marcaban la famosa Agenda Setting (3) de temas, sino la disputa de sentidos, valoraciones y tensiones interpretativas hegemónicas o dominantes que desafiaban tenazmente las vivencias concretas y situadas.

Fuimos atravesando diferentes climas sociales locales y globales, desde el asombro por las imágenes ecológico ambientales del impacto de las medidas de cierre y restricciones con calles desiertas, fábricas, máquinas y autos parados, que mostraban animales en espacios públicos e imágenes del retroceso de la contaminación y polución ambiental mundial, a las crudas imágenes de desesperación por la falta de respiradores, camas y espacios de atención, la cantidad de muertos en las calles. Personas aterradas tratando de cuidarse con los recursos disponibles, muchos avizoraban una especie de botón de reinicio del mundo, un punto de inflexión para ver cómo salimos y qué sociedad que-

remos, otros denunciaban una nueva ola de control, orden y dominación social. También vimos el abrupto pasaje de la colaboración inicial de diferentes niveles y sectores de gobierno consensuando medidas más allá de sus banderas políticas, al rápido posicionamiento de manipulación, dominación y control con fuerte posicionamiento mediático del acopio de insumos, la construcción de los posicionamientos y valoraciones sobre las medidas de gobierno, el opositorismo al control de los cuerpos, los duelos y el horror de las muertes, las cantidades de tumbas abiertas, cadáveres en las calles, y funerarias cuyos hornos crematorios no dieron abasto.

En el centro del escenario, invisibles para muchos, los esfuerzos, el desvelo y el desgaste profundo de quienes debían gestionar las medidas, de los equipos y trabajadores esenciales (como el personal de salud con una fuerza de trabajo femenina del 70%), que mantuvieron y redoblaron el trabajo vivo a costa del desgaste y cansancio extremo, en medio de la incertidumbre, la escasez de recursos, con la carga y responsabilidad social del riesgo para sí y para sus familias, a la vez atravesados por duelos personales, de compañerxs de trabajo, y de las personas a las que asistían. Se encontraron paradójicamente con el reconocimiento público a través de aplausos en todo el mundo, tensionado con las agresiones, repudios, exclusiones y falta de reconocimiento

tanto social, como institucional, de condiciones de trabajo y muchas veces con el olvido de los Estados. También las sobrecargas de quienes sostenían las tareas de cuidado familiares o convivenciales (más del 75% mujeres según los estudios disponibles), o quienes vieron interrumpidas sus redes de apoyo de la vida diaria por el ASPO, familiares; incluso quienes sostuvieron trabajo esencial, cuidados y educación sin redes. Aunado a estas dimensiones, las especificidades de algunas situaciones que tensionaban aún más la complejidad e interseccionalidades a las que nos vimos expuestos en pandemia, la situación de niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidades, situaciones de violencias, abusos, personas en situación de encierro, personas con dependencias, que requerían tratamientos especializados o estaban en proceso de consultas por padecimientos de salud, que requerían de seguimientos dentro del sistema y se vieron interrumpidos.

El teletrabajo y el telestudio permitió continuar algunas actividades laborales y educativas, pero modificando sustancialmente las condiciones y formas de los mismos, obligando a rediseñar espacios habitacionales, a costa de los insumos propios y sin herramientas específicas, utilizando dispositivos propios y aggiornando las prácticas con aprendizajes ultra rápidos de herramientas virtuales, pero sin procesos institucionalizados de adecuación a todas las nuevas condiciones, con es-

tudiantes y trabajadores sin dispositivos, herramientas, ni espacios adecuados; algunxs sin conectividad y en condiciones que sobreexigieron a todxs lxs implicadxs, que vieron precarizadas no solo las condiciones laborales sino también las condiciones de vida.

El horror y la incertidumbre de los duelos congelados, las vidas interrumpidas y la pelea por acceder a condiciones básicas de acceso, higiene, agua, espacio, alimentación, protección de las personas, se recrudeció en las situaciones más vulnerables como villas e instituciones de encierro, situaciones históricamente relegadas como las de los pueblos originarios, y personas en situaciones de vulnerabilidad extrema particularmente interseccionalidades. Las condiciones de sostén de las actividades diarias más básicas trastocaron los ritmos, espacios y formatos conocidos y requirieron de aprendizajes, ajustes y reinventar las redes de apoyo a las nuevas condiciones y necesidades, o crear redes nuevas, que en el mejor de los casos, se fueron consolidando conforme pasaron los días en un hilvanado débil pero indispensable para sostener la vida misma. Como siempre, frente a las carencias, hubo voluntades individuales pero también se vio la fuerza de la organización comunitaria, los espacios participativos, muchas veces autogestivos, las organizaciones sociales, territoriales y las articulaciones intersectoriales y redes comprometidas. Estas redes organizacionales se volvieron claves, se

pusieron en el centro de la escena como trama que permitió sostener la vida psíquica y biológica, pero chocando con y siendo violentadas por el bajísimo reconocimiento simbólico y material encarnado en las formas institucionales y modalidades de gestión, indicadores de evaluación, remuneraciones entre otras, que invisibilizan cotidianamente estos procesos indispensables y laboriosos de producción/reproducción de la vida, por el que el “gracias por su esfuerzo” se volvió tan violento.

Todxs estas dimensiones brevemente relatadas y muchas otras que seguro se agolpen en los lectores al recordar cada recoveco de las historias recientes y nuestra propia trayectoria en este tiempo, muestran el entramado constitutivo de la salud mental, en tanto condiciones de vida y procesos cotidianos e invisibilizados de producción/reproducción de la vida. Dan forma a lo sostenido desde la epidemiología crítica como la determinación social de la salud (Breilh, 2003), en tanto los procesos de salud, enfermedad atención y cuidados dependen de cómo se piense la naturaleza de las relaciones entre los individuos, las sociedades y sus ambientes. Por ende, su devenir depende de la historicidad y las condiciones materiales de existencia que determinan la distribución desigual de la salud y la enfermedad en los grupos humanos.

Muestran, además, que la salud y la enfermedad no son estadios estancos, sino que se trata de

procesos de enfermar y sanar determinados por las condiciones materiales y simbólicas de vida. Por ende, ponen el foco en considerar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, como una trama relacional histórica y cultural, en la que la implicación de todxs determina las posiciones que van constituyendo los estados de situación de cada unx. Es decir: de nuestra imposibilidad de escindir nuestras situaciones del resto. La pandemia visibilizó que, en ese entramado, la salud mental se sustancializa en esa delicada red entramada de relaciones, por lo que su variabilidad está atravesada no solo por posicionamientos subjetivos e intersubjetivos, sino por las condiciones de existencia materiales y simbólicas en que dichas relaciones se expresan. Las posibilidades de ser, proyectarse e historizarse se entraman en esas complejas relaciones interpersonales, en el marco de los grupos, instituciones, reglas, normas, configuraciones biopolíticas en que está inmersa y se expresan en una persona o grupo en un momento determinado, pero son producto del complejo proceso histórico social de interjuego de relaciones y posiciones de todxs lxs actores implicadxs. Por eso es necesario pensar la salud mental como estructura situada, desde una perspectiva dialéctico crítica, como expresión de un proceso social, que vamos mirando en algún momento como una estructura determinada por ese proceso histórico social de tramas, que se expresan

en ciertas personas, de ciertos modos, y son leídas en función de puntuaciones y lecturas que se realizan de esos procesos interpretados, en ese momento y según esas claves, de ciertas formas, según cómo se jueguen y sitúen las tensiones y posiciones de los diferentes actores involucrados en ese momento y situación específica. Por ende, no podemos escindir la salud mental de los lazos. Si lo que es esperable o no para una edad, en un contexto o para una persona depende de otros. Si lo que se cuida y debe cuidarse es definido socialmente. Si lo que definimos como salud o enfermedad es definido con la responsabilidad social delegada en universidades y profesionales; si los límites de lo que se resguarda (lo que se cuida y cómo) lo dirime la justicia y las normas que responsabilizan a los Estados... Entonces, en ese sentido, desde una perspectiva ético política (Dussel) la salud mental es comunitaria, ya que incluye el entramado de relaciones micro, meso y macropolíticas, histórico-socialmente referenciadas, que determinan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, así como las formas en que se plasman los padecimientos subjetivos, las significaciones, los límites, alcances, las formas de abordarlos social y profesionalmente, y las responsabilidades de cuidar, promover, prevenir, atender que las sociedades acuerden en un momento y contexto determinado. La salud mental es comunitaria entonces, en tanto las posibilidades de cuidarse, cuidar

y sentirse cuidado, así como las formas de enfermar, atender, cuidar, nacer, vivir, morir, están determinadas por esos entramados micro, meso y macropolíticos que se construyen, disputan y pelean cada día, y se expresan en esas relaciones anudadas en un punto, un momento, una vida, un sujeto, una comunidad...

Cobra sustancia así el enunciado de que “no hay salud sin salud mental”, al que agregamos entonces: ¡no hay salud mental sin condiciones de vida digna!

Octubre de 2021

Bibliografía

Agamben, G. (1998). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.

Bottinelli, M. M y cols. (2020). Covid 19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia. Proyecto aprobado en curso en la convocatoria PISAC-COVID-19: La sociedad argentina en la Postpandemia. Aprobado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dussel, E. (1998). *Ética de la Liberación. En la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta.

Foucault, M. (1999). “Las mallas del poder”. En: Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica, vol. III, trad.* Ángel Gabilondo, Barcelona: Paidós.

Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. España: Editorial Melusina.

Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del Trabajo Vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Zaldúa, G. y Bottinelli, M. (comps.) (2010). *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA.

Notas

1) En el presente trabajo para superar las limitaciones del lenguaje binario se utilizará la x.

2) Entre las diferentes Redes en que participamos generamos una investigación en el marco de la convocatoria Pisac, poten-

ciando las redes previas y articulaciones territoriales, conformando un equipo de investigación con 9 nodos universitarios del territorio argentino, más de 160 personas (desde estudiantes a expertos, de profesionales a referentes territoriales y gestores de salud), con carácter federal, interdisciplinario, con diversidad de inserciones. En dicho proyecto nos propusimos describir las prácticas y experiencias de cuidado de la salud/salud mental de actores territoriales referenciadas como promotoras de derechos analizando su articulación con las medidas de gobierno a nivel nacional, provincial y local implementadas en el marco de la pandemia causada por la COVID-19 (ver cita en Bibliografía de referencia).

3) La teoría de la fijación de la agenda o teoría de la Agenda Setting, sostiene que los medios de comunicación de masas tienen una gran influencia sobre el público generando una agenda de temas en qué pensar, determinando qué asuntos poseen interés y cuánto espacio e importancia se les da.

