

TERCERA ETAPA / N°2
ABRIL 2022



GACETA, PSICOLÓGICA

**SALUD PÚBLICA/
SALUD MENTAL**

SUMARIO

Presentación / **5**

MARCELO CLINGO

Editorial. Cartas Marcadas/ **6**

PABLO CASTILLO/JULIETA MEDICI

Salud, desigualdad y pandemia:
una aproximación al caso argentino /

POR GIGLIO SALVADOR PRADO

Salud pública-salud mental: una interpelación necesaria /

POR MERCEDES RATTAGAN

Paradigmas en salud mental /

POR GUILLERMO MORIS

ENTREVISTA A ALICIA STOLKINER

Transformar un sistema de salud es cómo arreglar un avión en pleno vuelo /

DIRECTOR:
PABLO CASTILLO

CO-DIRECTORA:
JULIETA MEDICI

CORRECCIÓN:
LIC. MÓNICA FERNÁNDEZ

DISEÑO:
ANA URANGA B.

AGRADECIMIENTOS:

DESAFÍOS, TENSIONES Y PROBLEMAS EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Las políticas de salud mental para la provincia de buenos aires

POR JULIETA CALMELS Y MARIANO REY /

El Hospital Esteves en proceso de transformación

POR MARÍA ROSA RIVA ROURE. DIRECTORA EJECUTIVA DEL HOSPITAL ESTEVES Y MARÍA ISABEL HARTFIEL DIRECTORA ASOCIADA DEL HOSPITAL ESTEVES /

El caso del Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred

POR JORGE ROSSETTO, DIRECTOR DEL HOSPITAL DR. DOMINGO CABRED /

Salud mental y fuerzas policiales

POR ADELQUI DEL DO /

APBA-Acompaña

Fortalecimiento de la salud mental comunitaria en pandemia

POR ALICIA ROTELA /

Salud Mental Comunitaria: La política que falta

POR GERARDO CODINA

Efectos del coronavirus en la subjetividad: el cuerpo

POR NORA MERLIN

Semblanza de la Salud Mental en Pandemia

POR EDUARDO URUEÑA

PSICOANÁLISIS, SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA

Psicoanálisis y Salud Pública

NATALIA L. FERNÁNDEZ STOCCO

El psicoanálisis entre la salud mental y la salud pública

POR FERNANDO ROSELLI

Casos difíciles, Institución y Psicoanálisis en pandemia

POR NORMA VILLELLA

COMUNICACIÓN Y SALUD

El lugar de la comunicación en las estrategias para la salud

POR WASHINGTON URANGA

¿Queso duro o blando?

Buzz Lightyear, Román Jakobson y la comunicación en salud

POR DAVID RÍOS

Sobre la escritura de "Sobrevivir y Morir en el manicomio. Memorias de un asilo de mujeres". Topía Editorial 2021

POR CARLA PIERRI

Las soledades que el aislamiento nos reveló

POR GABRIELA GROBA

Lo invisibilizado de la pandemia: la muerte

POR SILVINA PEDERNERA

Pandemia y la importancia de la dimensión subjetiva del cuidado:

Acompañamiento a profesionales del Programa Cuidar a los que Cuidan PBA1

POR MARIANA PARENTI Y SILVINA PEDERNERA

¿CÓMO PENSAR EL DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO EN SALUD PÚBLICA Y EN UNA ASISTENCIA VIRTUAL EN PANDEMIA?

Salud publica - salud comunitaria - asistencia psicológica virtual - psicoanálisis

POR LILIANA ZUKER

Algunas reflexiones sobre el cuidar.

LIC. MARIANA GARFINKEL.

Trabajo territorial como resistencia a los estragos de la pandemia

POR LAURA FINKELSTEIN Y FLAVIA TORRICELLI

Prácticas de cuidados implementados en el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires

POR CERIANI LETICIA, LÓPEZ NOELIA, BOUZIGUES MAGDALENA, NELSON GIMÉNEZ, GABRIELA MASTELLONE

Presentación

Por Marcelo Clingo

Cartas Marcadas

Por **Pablo Castillo** y **Julieta Medici**

La relación salud pública/salud mental, se constituyó en el tablero político argentino como dos campos que si bien se articulan y se interpelan mutuamente no están exentos de conflictos, tensiones y contratiempos

Estado-Sociedad, Público-Privado, Comunidad-Instituciones, Protagonismo-Participación, Territorio-Actores relevantes funcionaron muchas veces como nociones ordenadoras que le hablaban y a su vez, eran habladas por ambos espacios.

Con piezas mal encastradas de un rompecabezas imaginario el tendal que dejó en su camino el pasaje de un capitalismo industrial a un modelo neoliberal intentó explicarnos infructuosamente cuál era nuestro nuevo punto de apoyo. Dónde estábamos parados.

Llegó el siglo XXI y los dueños de Blockbuster cerraron las persianas y encendieron la computadora. Hábito que con la

pandemia no solo fue una herramienta para mantenernos con distancia, pero conectados, sino que reconfiguro –al menos parcialmente– nuestros modos de narrar y ver el mundo.

Lo primero que habría que entender es –como bien señala **Alicia Stolkiner**– que transformar un sistema de salud que actúa de modo inequitativo y que funciona de manera segmentada en la complejidad de un territorio nacional federal, se asemeja a **arreglar un avión en pleno vuelo**. No es posible meterlo en el hangar y pararlo por dos años para discutir técnicamente cuáles son las piezas que funcionan mal. Si a eso le agregamos un contexto que va desde los espíritus epocales hasta los estragos que dejó la pandemia, lo primero que podemos concluir es que nos encontramos frente a una tarea casi titánica y que no promete resultados promisorios en lo inmediato.

Quizás una de los puntos más interesantes de este segundo número de **Gaceta Psicológica** sea el de tratar de sostener algo que ya sabíamos: que una trama puede ser dicha y des-dicha desde diferentes lugares. Qué desde las orillas también es posible construir sentido e interrogar a los grandes discursos disciplinadores. Pero no alcanza solo con sustituir a Foucault por Byun-Chul-Han. Debemos también problematizar a nuestros mantras originarios porque si no lo hacemos habrá otros y otras que lo hagan soportando intereses que muchas veces entraran en conflicto con nuestras convicciones más profundas.

Tanto **Giglio Salvador Prado**, como **Marcela Bottinelli**, **Mercedes Rattagan**, **Guillermo Moris** y **Alicia Stolkner** nos proporcionan herramientas tanto conceptuales como operacionales para abordar esta tensión entre **Salud Pública/ Salud Mental**. Donde los modos de teorizar se entrecruzan con la disputa por hacer prevalecer capitales simbólicos que muchas veces perdieron espesura entre la Covid-19, la supremacía de los medios masivos de comunicación dominantes y las redes sociales.

Quizás el último avance de los poderes fácticos sobre la ley de salud mental pueda leerse en esa clave y confirme aquello que ya había señalado **Foucault** en 1995: **el poder es más eficaz, allí donde no se ve**. Porque quienes hoy predominan en las críticas a la ley de salud mental –con argumentos muchas veces contruidos de apuro o con premisas falsas– no son los grandes laboratorios multinacionales ni la vieja psiquiatría manicomial que a pesar que sigue teniendo peso, esta tensionada por otras voces aun en su propio campo. Sino que el discurso

crítico viene de la mano de la desesperación de las madres de Virrey del Pino o de Almagro que no saben qué hacer con los consumos problemáticos de sus hijos y temen por sus vidas. Que no se sienten contenidas en ese discurso inclusivo que encarna una parte del Estado y optan por las narraciones estigmatizantes, prejuiciosas y clasistas cuyas usinas están ancladas en otros poderes incluso, a veces, también estatales.

Es necesario que atendamos a esas necesidades legítimas de usuarios y familiares que, aunque sean parciales y se configuren en el caso por caso, transitan los programas de la tarde de la tele generando empatía y consenso.

Las problemáticas de consumo son un problema de salud mental como así lo dice nuestra ley nacional de salud mental y adicciones, instrumento de acción que a través de decisiones políticas y bajo un paradigma de derechos se vuelve posible y practicable en sus diferentes ámbitos, no sin sus tensiones pertinentes. Sus lecturas “erróneas” muchas veces no están exentas de intereses creados.

De lo que se trata es de encontrar creativamente otros espacios para atender a esa demanda desigual que hoy circula como crítica. Sabemos que es complejo y difícil el camino, pero también estamos convencidos que si se accede a discutir parlamentariamente algunas modificaciones a la ley en el Congreso se va a terminar abriendo una **caja de Pandora** que solo podrá ponderar cuantos pasos más o menos hemos retrocedido. Desatender los reclamos de usuarios, familiares, organizaciones sociales, etc. es regalarle aliados impensados a aquellos

que se oponen porque lo único que buscan es preservar la mercantilización de sus privilegios.

En este nuevo número de **Gaceta Psicológica**, **Julieta Calmels**, **Mariano Rey** y **los actuales directores de los Hospitales Cabred y Esteves** sostienen la necesidad de avanzar sobre la construcción de un plan **de Salud Mental integral e integrado**, diseñando –a partir de sus prácticas– un modelo de gestión a lo largo y ancho de la provincia de Buenos Aires. En esa misma perspectiva, **Adelqui Del Do** problematiza la relación del campo de la salud mental con las fuerzas policiales abriendo interrogantes a una trama poco habitual para el *mundo psi*, a pesar de los innumerables puntos de contacto que tiene esa relación.

Un capítulo aparte merece las miradas de **Alicia Rotela** y **Gerardo Codina** sobre el dispositivo armado desde la **Apba** para contener a afiliados y adherentes de organizaciones sindicales y asociaciones civiles, en tiempos de la pandemia. Si le incorporamos el texto de **Eduardo Urueña** que extiende su reflexión hacia el hacer y el pensar en el campo público sanitario donde trabajan muchos psicólogos y psicólogas constituyen una trilogía que interpela –como bien lo señala **Nora Merlín**– al campo teórico en general y a la narrativa psicoanalítica en particular. Quizás la versión de **Psicoanálisis, salud mental, salud pública** de **Natalia L. Fernández Stocco** (Hospital Piñero) y **Fernando Roselli** (Centro de Salud Mental N1) y el artículo sobre Casos Difíciles de **Norma Villella** constituyan otras miradas tanto sobre la clínica como de las instituciones atravesadas por la Covid-19. Cómo dice **Donna Haraway** “Nadie viene sin su mundo”, pero después de la pandemia ya nadie

va a volver a habitar **su mundo** de la misma manera.

El **Bloque Comunicación y Salud** aborda ciertos malos entendidos que se producen en la academia y en la vida cotidiana entre ambos términos, a través de la claridad de **Washington Uranga** y **David Ríos** que por distintos caminos comparten las mismas preocupaciones: “**Que la presencia de comunicadores y comunicadoras en los procesos de planificación y gestión en salud no sea percibida solamente como la última estación al final de la línea de montaje**” para “traducir” o “simplificar” mensajes”.

Con el relato de **Carla Pierri** sobre su libro **Sobrevivir y Morir en el Manicomio** inauguramos una nueva sección donde las y los autores hablan en primera persona de su experiencia en la escritura. Dándole otra vuelta que quizás ayude para abordar esos textos de una forma menos convencional. Aun aquellos que puedan ser catalogados como académicos o de investigación.

Gabriela Groba y **Silvina Pedernera** nos hablan como la pandemia resignifica las nociones de **vejez y muerte**. Y el impacto que ejercen sobre nuestras propias dudas, miedos y abandonos. Una vez más cruzando teoría y práctica. Y posiblemente el artículo que escribió también **Pedernera** con **Mariana Parenti** haciendo hincapié en la importancia de la dimensión subjetiva del cuidado completen los ejes principales para profundizar esta trama. Por último, **Liliana Zuker** y **Mariana Garfinkel** problematizan *el cuidar* desde una mirada psicoanalítica y **Laura Finkelstein** y **Flavia Torricelli**, por un lado, y **Leticia Ceriani**,

Noelia López, Magdalena Bouzigues, Nelson Gimenez y Gabriela Mastellone, por el otro, profundizan la noción de **territorio** para pensar la articulación salud pública/ salud mental en clave **comunitaria**.

Tal vez pueda cuestionársele a este número de la **Gaceta Psicológica** una mirada excesivamente descriptiva de cierta tensión entre problemas macro (el sistema de salud nacional, los actores principales, los intereses que se ponen en juego) y aquéllos que ven la salud pública como parte de un negocio.

Seguramente uno de los desafíos más trascendentes está en lograr involucrar de una manera decidida y contundente a **una mayor cantidad de grupos sociales y usuarios** en las transformaciones que aún están pendientes. Incluso quizás sea esto más culminante que resolver cuestiones técnicas de planes y programas. Y esto no es en desmedro de relegar a un segundo plano las conceptualizaciones de las prácticas y de los procesos colectivos tan necesarios, más en este momento donde la pandemia arrasó, por lo menos, con media

biblioteca. Pero inscriptos –como estamos– en este hipercapitalismo tecnificado que construye cada día nuestro sentido común, solamente desde los lazos sociales que sepamos construir nos podremos preservar a futuro de esa cultura *tranquilizadora* poblada de algoritmos que nos proponen Netflix y las redes sociales. **También ahí se está jugando masivamente la salud pública y mental de todas y todos.**

Nos encontramos pues, en un punto de inflexión donde después de la etapa más aguda de la pandemia, la problemática de la **salud pública/salud mental** recobra una relevancia inusitada. Nos preguntamos entonces en este contexto: ¿Cuál es el lugar para la salud mental en un sistema integral e integrado de salud de cara al bienestar y desarrollo de nuestro pueblo?

O como diría el gran **Floreal Ferrara**: ***“Si se va a esperar que todas las piezas estén ordenadas, se podrán escribir muchos libros, pero jamás se va a transformar –en lo más mínimo– este sistema de salud que sigue siendo desigual y regresivo”.*** ©

Salud, desigualdad y pandemia: una aproximación al caso argentino

Por **Giglio Salvador Prado**

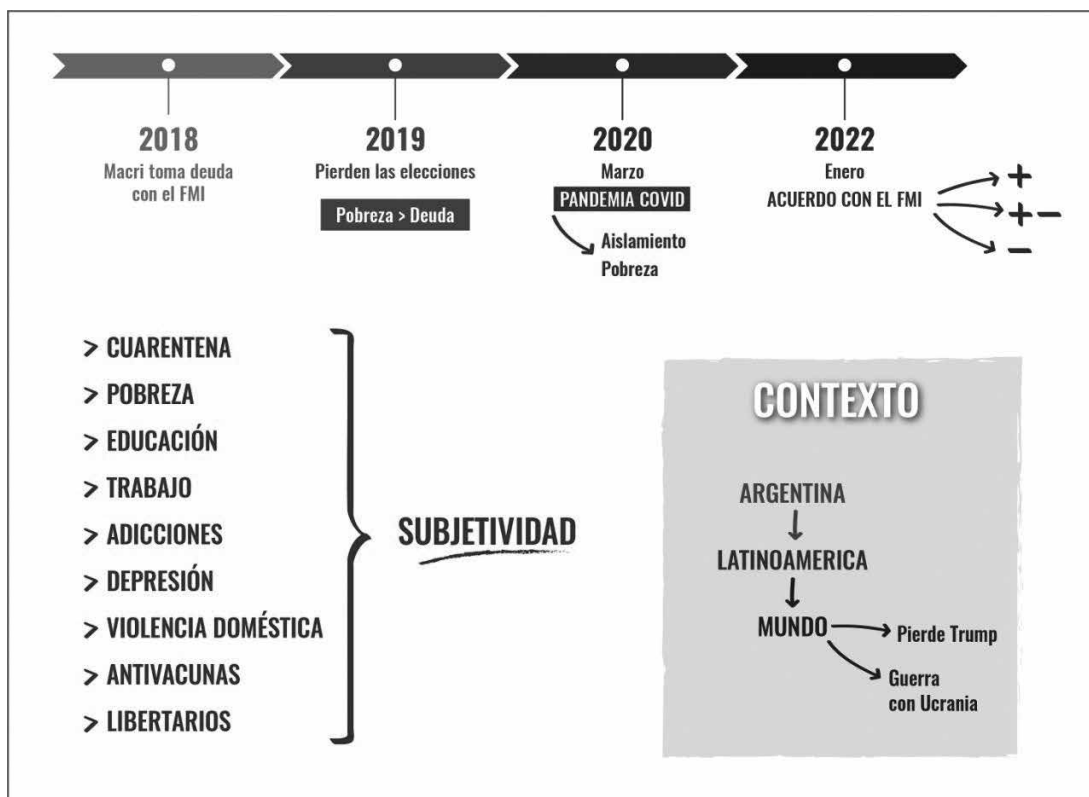
A fines de 2019 la humanidad se enteró de la existencia de una epidemia de coronavirus, en la provincia de Wuhan, China. Una infección viral, de gran contagiosidad, con capacidad de matar, sobre todo a los viejos y enfermos. El resto es conocido, se origina un acontecimiento de proporciones planetarias: la pandemia. En marzo de 2020 se producen en Argentina los primeros casos y los primeros fallecimientos por Covid 19, allí iniciamos otro período a analizar que se superpone al anterior caracterizado por la pobreza / endeudamiento, incompatible con un funcionamiento aceptable del país. La pandemia irrumpe en el mundo, en la región y en la Argentina con capacidad de condicionar el devenir político, social, ideológico, económico y un extenso etcétera. Se llegaron a producir 51.079 casos por millón de habitantes en el planeta. Algo fuera de lo que vivimos como experiencia generacional,

de proporciones equiparable a una guerra mundial y que cambia la ya vertiginosa forma de devenir del Siglo XXI.

Al perfil de capitalismo globalizado con sus consecuencias de guerras, luchas por los recursos naturales y los mercados, con sus políticos “locos y megalómanos” intentando implantar su supremacía, con 125 millones de rifles de asalto que circulan cada año por el mundo debemos agregarle el “peligro” y las tensiones generadas por el acontecimiento pandemia. A los efectos económicos y políticos mundiales causados por el “parate” de la Covid-19 debemos añadir la aguda lucha de mercados, para nada altruista, y lejana a cualquier lógica que piense en la salud colectiva.

Impacto en la argentina: pobreza y pandemia

Entonces, ¿Cuáles son las nuevas preguntas que nuestro país expuesto a este doble fenómeno de pobreza/endeudamiento



y Epidemia Covid 19 deberá abordar en los próximos años?

Según el INDEC, en datos recogidos en la EPH (Encuesta Permanente de Hogares) la incidencia de la Pobreza e Indigencia del primer semestre de 2021 correspondientes al total de aglomerados urbanos registraron que el porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza (LP) alcanzó el 31,2%; en ellos reside el 40,6% de las personas. Dentro de este conjunto se distingue un 8,2% de hogares por debajo de la línea de indigencia (LI), que incluyen al 10,7% de individuos.

Esto implica que, para el universo de los 31 aglomerados urbanos de la EPH, por debajo de la LP se encuentran 2.895.699 hogares, que incluyen a 11.726.794 personas; y, dentro de ese conjunto, 756.499 hogares se encuentran por debajo de la LI, lo que representa 3.087.427 personas indigentes". Estos datos marcan un aumento

de varios puntos respecto de años anteriores, en medio de una aguda lucha política, con inflación, con aumento de precios por fuera de toda lógica, con auxilio estatal a la pobreza, sin lo cual las cifras habrían empeorado considerablemente.

A eso hay que agregarle que el partido del gobierno perdió (por poco) las elecciones de medio término de 2021, por lo que debió enfrentar la negociación por la deuda ante el FMI, en condiciones de relativa debilidad. Por otra parte, las conjeturas y controversias sobre lo actuado y con respecto al futuro, tanto en lo económico como en la evolución de la epidemia, siguen prestándose a múltiples y contradictorias lecturas y diagnósticos.

Argentina ha logrado con éxito obtener en el mercado mundial vacunas. Este grado de inmunización, más el perfil de la cepa en expansión llamada Ómicron, que se caracteriza

Las conjeturas y controversias sobre lo actuado y con respecto al futuro, tanto en lo económico como en la evolución de la epidemia, siguen prestándose a múltiples y contradictorias lecturas y diagnósticos.

como de menor letalidad y mayor contagiosidad, determinan el pronóstico de declinación de la pandemia a endemia.

En el ínterin han aparecido en el escenario público nacional una nueva serie de actores / personajes no tradicionales “libertarios”, terraplanistas, antivacunas, conspiranoicos, etc. ¿Están para quedarse o constituyen fenómenos efímeros?

Pantallas

Cabe preguntarse como impactarán estos nuevos actores en la subjetividad de los argentinos, de sus comunidades, etnias, clases, etc. No nos cabe duda que haber estado expuestos durante estos dos años a un agravamiento inusitado de la pobreza, a cuarentenas, al cambio de las prácticas educativas y del trabajo, a las tensiones políticas generadas en gran medida por irresponsables medios de comunicación, tendrá consecuencias. Es paradójal que mientras las personas pasan gran parte de su tiempo consultando sus pantallas, donde puede recogerse toda la información que a uno le apetezca, según una encuesta confiable el 60% de la población cree que la deuda con el FMI la contrajo el Gobierno de les Fernández.

La gente vive entonces en la desinformación: ¡Joseph Goebbels ganó la guerra!

Existen muchas observaciones que señalan un aumento en el consumo de drogas legales e ilegales, que no puede vincularse a otra cosa que a formas de aliviar sufrimientos y tal vez a un acrecentamiento de la depresión reactiva. Aumento de violencia, en particular de género, y la irrupción periódica de sentimientos de inseguridad, fogoneados por esos mismos medios de comunicación dominantes.

No puede sino llamar a la reflexión de como se está modelando nuestro sentido común. En los años 70 logró notoriedad el enfoque de Louis Althusser, que señaló la influencia de lo que denominó “Aparatos Ideológicos del Estado” que conformarían nuestra ideología. Se refería a la familia, la escuela, y la religión. En la actualidad no puede prescindirse de un análisis de nuestro proceso de subjetivación a través de las pantallas, en especial de los celulares. Es evidente que muchos niños tuvieron en estos años de cuarentena predominantemente de “amigo” a la pantalla de su celular y no a sus compañeros de juegos.

Mientras tanto

Es necesario que las profesiones que “piensan en salud” polemiquen y discutan las



experiencias vividas, a la luz de su propia lectura de la pandemia y de las estrategias gubernamentales, estatales y comunitarias con que fue enfrentada. Es imprescindible desarrollar el ejercicio de separar tradiciones que no nos fortalecen, de cargas ya insostenibles, de viejas prácticas, todo un aparato conceptual y político, que hoy nos frena, nos pesa. En la lucha por la salud, definida al estilo de Mario Testa debemos interpelarnos acerca de un proyecto transformador del campo de la salud y su poder técnico: en la docencia, en la investigación, en los servicios, en la administración y en la población.

Recuperar la idea de Mario Testa que equipara salud con capacidad de lucha por la libertad en el trabajo y el amor. Un llamado a pensar de manera abierta, lúdica, sin recetas, con más preguntas. Con cálculo, pero rebelde, con amor por nuestra gente y por nuestros pueblos.

Alejémonos del colapso o del horror de un capitalismo que todo lo incluye en su proceso de subjetivación, con su zaga de tecnologías

vinculadas a la **big data**. Mientras Julian Assange sigue detenido, poniendo fin a todo vestigio de libertad de prensa democrátizante. Más cerca del paradigma originario del "buen vivir" y siempre desconfiando de lo que ofrece el consumo capitalista.

La catástrofe que representan Deuda / Pobreza / Pandemia, nos regresa una vez más, al viejo y vigente paradigma de: justicia social, soberanía política e independencia económica.

Bibliografía:

TN Política

Mauricio Macri calificó de "histórico" el préstamo de U\$S 50 mil millones: "El FMI nunca dio tanto apoyo. El Presidente dijo que el crédito le dará previsibilidad a la Argentina, ratificó la necesidad de reducir el déficit fiscal y destacó el respaldo del G7". Fecha de publicación: 11 de junio 2018, 09:29hs

2 Eric Hobsbawm. Guerra y paz en el Siglo XXI. Ed. Memoria crítica. 2007.

Salud mental y vidas dignas: desafíos para una salud pública participativa y polifónica

Por **M. Marcela Bottinelli**

Los conceptos de salud pública y salud mental son concepciones construidas históricamente que evidencian debates disciplinares y sociales sobre los límites y alcances de la salud y la enfermedad, sostenidos en diferentes enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos. Y, por ende, ontológicos, éticos y políticos. La pluralidad de orígenes y condiciones de vida implican además diferentes significados acerca de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados asignados subjetiva y colectivamente en cada comunidad y grupo, lo cual presenta un desafío para la salud pública al intentar delimitar las prioridades en salud/ salud mental. Internacionalmente, hace años que la salud mental se define como tema prioritario en la salud pública (Sarraceno y colaboradores, 2009) y se señalan recomendaciones específicas sobre la necesidad de lograr marcos normativos, leyes, planes, recursos presupuestarios y propuestas consistentes con las declaraciones y consensos internacionales de derechos. Múltiples documentos, investigaciones y estudios epidemiológicos señalan el impacto a

nivel poblacional, la carga global en el mundo, los años de vida perdidos, el aumento de los padecimientos asociados con las condiciones sociales, el aumento de la medicalización y patologización de las diferencias, la necesidad de mejorar las condiciones laborales y formativas de los profesionales, la falta de efectividad de los encierros prolongados, la ausencia de condiciones dignas de atención e incluso los casos de violación de derechos humanos esenciales (OPS, 2009).

Los documentos internacionales de OMS y OPS han propuesto la frase “No hay salud sin salud mental” para mostrar su posición señalando incluso la necesidad de integrar la salud mental en las políticas sociales resaltando que la salud mental es primordial no solo por el aumento de cifras, costos y discapacidad sino por el impacto a nivel individual, familiar, comunitario y social. (Restrepo, 2011)

En nuestro país contamos con la Ley Nacional 26657 (2010) y su Decreto Reglamentario 603/13, entramada en un marco normativo considerado internacionalmente de avanzada, generada participativamente,

que recupera los avances nacionales e internacionales, así como experiencias fundantes participativas, comunitarias y ampliatorias de derechos. También contamos con un Plan Nacional de Salud Mental por Resolución 2177/13, construido participativamente y otro presentado en 2021. La ley se sostiene en un entramado de leyes (nacionales e internacionales), decretos y regulaciones nacionales, pero también adhesiones y leyes jurisdiccionales/provinciales (como las Leyes de Río Negro, CABA, San Luis, Chubut, Entre Ríos, San Juan y Santa Fe), que tensionan dado el carácter federal y trisectorial de organización del sistema, y la complejidad y diversidad económico, social, productiva, territorial y poblacional (heterogeneidad, concentración urbana). Crea además institucionalidades para sostener la intersectorialidad, la interdisciplina, la participación comunitaria, órganos de aplicación y de revisión como el Órgano de Revisión Nacional (OR), la Comisión Nacional Interministerial y el Consejo Consultivo Honorario en salud mental y adicciones¹(CCHSMYA), para que garanticen, vigilen y acompañen su implementación. Incluye explícitamente indicaciones sobre la creación de un Plan de Salud Mental, la implementación de censos con frecuencia determinada, recursos, formación, instancias de revisión del cumplimiento y del estado de situación (informes anuales, presupuesto del 10%, regulación de funciones, periodicidad de reuniones, rendimiento de cuentas, necesidad de una Dirección Nacional de SMyA, entre otros). Sin embargo, su cumplimiento e implementación es muy dispar tanto a nivel nacional como de las 24 jurisdicciones y algunas de las normativas

presentan características contradictorias con dicha normativa.

Tal como muestran los informes que desde diversas organizaciones sociales (como ACIJ, CELS, y otros) e instituciones creadas por la Ley (como OR y CCHSMYA), a pesar de los avances normativos y de institucionalidad logrados desde su sanción, seguimos viendo con indignación los embates a la ley y su implementación. Entre los aspectos centrales: la disminución presupuestaria desde 2015 (ACIJ, 2021), la precarización laboral en trabajadores de salud mental, el desmantelamiento y cierre de dispositivos específicos (como Adop-Adopi), las tensiones operativas para la creación o sostenimiento de dispositivos territoriales, emprendimientos sociales, cooperativas, dispositivos de arte y salud mental, el retraso en los procesos de desmanicomialización, e incluso la falta de concreción de los fallos que muestran el incumplimiento de los derechos humanos y trato digno en instituciones de encierro por motivos de padecimiento mental, así como el incumplimiento de los acuerdos internacionales, los principios, normativas y leyes de salud mental e incluso la base mínima de trato digno cumpliendo los principios de buenas prácticas y juramentos profesionales en salud (como el caso Scaturro y el Fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 2018 sobre la situación de los encierros) (Zaldúa y Bottinelli, 2021)

Por otro lado, seguimos discutiendo el estatus de los padecimientos, sus formas de abordaje, y los locus de control que entran su delimitación y cuidados generando una paradoja increíble por la cual quienes requieren de atención refieren tanto dificultades en acceder

a una atención digna e ingresar al sistema de atención, como en salir de las internaciones prolongadas donde las vidas quedan interdictas en promedio ocho años, tal como refiere el Censo Nacional 2018.

La pandemia mostró la precariedad de los sistemas de salud y el impacto de las políticas neoliberales, mercantilistas e individualistas que reducen los cuidados integrales en salud a pensar la salud como mercancía.

Durante la Covid-19 además se desarrollaron innumerables estudios para evidenciar las condiciones de vida, laborales y las afectaciones de trabajadores esenciales, mujeres, cuidadores, niños, adolescentes, adultos mayores, pueblos indígenas, no solo desde la posibilidad de registrar las situaciones negativas sino también las prácticas y aprendizajes que resultaron fortalecedores, las herramientas de abordaje, las experiencias de cuidados, los saberes contruidos desde nuevos espacios. A pesar de la crisis y las condiciones laborales adversas, las investigaciones evidencian la creatividad y persistencia de muchos trabajadores esenciales, movimientos sociales y organizaciones comunitarias que sostuvieron las lógicas de producción y reproducción de la vida. Su focalización muestra sobrecarga de quienes promovieron cuidados y particularmente las diferencias y feminización de dichas sobrecargas (más del 70% de trabajadoras en salud) tanto en los espacios de trabajo como en los hogares. También se señala la tensión respecto de los cuidados desde las instituciones, y los riesgos de las identidades heroicas, que invisibilizan y naturalizan el sufrimiento de los propios trabajadores al tensionar las condiciones y prácticas de cuidados

hacia otros con las de su propio cuidado y las que deberían proveer las instituciones.

Los reclamos por la provisión de cuidados en todos los procesos de salud enfermedad y atención a lo largo de toda la vida y para todas las personas se profundizaron y evidenciaron la necesidad de pensar políticas integrales que incluyan la vivienda, el trabajo, el acceso a agua potable, la alimentación y la producción, las decisiones ecológico-ambientales, la comunicación, los medios y el lugar de las instituciones y los Estados (en todos sus niveles y en las articulaciones entre ellos en el mundo global) en la provisión, previsión, resguardo y garantía de las vidas, es decir responsables (o no) de cuidados.

Las investigaciones que retoman temas de salud mental y la salud pública, con perspectiva social focalizan en los emergentes sociales que se visibilizaron y profundizaron como problemáticas interseccionales de géneros y diversidades LGTBQ, niños y adolescencias, personas en situación de calle, falta de acceso al agua, a los alimentos, suicidios, estrés laboral y violencias, entre otros. Muchas de estas investigaciones colaboran con datos únicos de un evento social con carácter mundial como oportunidad inigualable en la historia de la humanidad, además mediada por las tecnologías para debatir datos, alcances y realizar aportes de relevancia en el campo de la salud mental (como los impulsados por las convocatorias de Proyectos Pisac de la Agencia Nacional). Sin embargo, también presenciamos una arremetida de miradas reduccionistas o descontextualizadas en las que vemos reeditarse diversas concepciones históricas

e intereses que profundizan estigmas, aportando a la exclusión, patologización y medicalización social. Muchas veces hospital céntricas o médico hegemónicas sostenidas por la discusión histórica de las lógicas tutelares y la necro política. Entre dichas posiciones encontramos reduccionismos, marcos teóricos perimidos o expresamente probados como no válidos, como focalizaciones extemporáneas biologicistas de la salud mental; atribución de los padecimientos a las medidas tomadas descontextuándolas de la trama de la pandemia; utilización de parámetros de valoración de los padecimientos tomados en épocas que nada tienen que ver con el contexto de crisis actual o que fueron formuladas en poblaciones disímiles con otras organizaciones y pautas sociales. Lo cual hace que las comparaciones no sean válidas y profundizan el sentido de patologización de algunos padecimientos que muchas veces son esperables en semejantes contextos de crisis e incertidumbres.

Desde los medios y diversos comunicados de corporaciones que tensionan en el campo también hemos visto los avances de miradas que retroceden en el abordaje complejo y diverso que las situaciones requieren, sostenidas en consignas falaces respecto de la ley y su implementación que resquebrajan el tejido social y promueven las representaciones e imaginarios más terribles con los que cotidianamente debemos trabajar: peligrosidad- locura, consumos problemáticos- delitos, medicación, encierro y medidas de fuerza como únicas alternativas para evitar males mayores. También diferentes formas de crueldad y abandono, por ejemplo: en el “blanqueo” de murales realizados

por personas internadas en Córdoba, abusos, amenazas y uso de armas en instituciones que dicen trabajar con personas con consumos problemáticos (en Santa Fe y en Chubut), fuerzas de seguridad disparando con armas de fuego a personas con padecimientos mentales (CABA, Bs As), abusos o muertes en instituciones de encierro, femicidios y muertes de menores (CABA, Neuquén, Córdoba). Estas persistencias invisibilizan doblemente el abordaje integral en el campo de la salud mental a través de reducciones y opacamientos como el del polo de la salud por el de la enfermedad y toda la gama de padecimientos subjetivos entramados en la determinación social de la salud por el de los padecimientos más severos que además son los de menor incidencia. “Esto pone en juego un debate profundo de la sociedad acerca de la inclusión, los derechos humanos, la ética tanto de las relaciones sociales como con el hábitat que deseamos construir (...) Institucionalizar no es sólo encerrar sino la definición y consolidación de un modo del lazo social por el que se fortalece una concepción de lo “normal” y se resuelven o se pretenden resolver los conflictos vinculares y subjetivos. Por eso cuando consignamos des institucionalizar estamos tocando fibras muy hondas en el tejido social.” (Tollo, 2020)

Estos mitos también traccionan en los profesionales y familiares imaginarios de abandono y despido a través de falacias como que “no se permite internar”, “los únicos que pueden atender son los médicos psiquiatras”, “va a dejar desprotegidos y sin lugares de atención a las personas que lo necesitan”, “va a cerrar instituciones



y por ende van a dejar sin trabajo a todos los profesionales”. Esto requiere una especial atención y tarea de todos para lograr desmitificar, informar, compartir accesos y capacitaciones, difundir las investigaciones, datos, experiencias y espacios donde efectivamente se implementan las leyes y propuestas en nuestro país y en el mundo mostrando no solo su posibilidad concreta de implementación sino sus logros y avances en la consustanciación de derechos para todas las personas incluyendo a los trabajadores de salud y la sociedad en su conjunto.

La gestión en salud pública requiere del pensamiento estratégico que revise críticamente las articulaciones de las concepciones y prácticas con las políticas en salud, considerándolas

desde la salud (no desde la enfermedad), y desde los problemas sociales en cada contexto, tal como proponía Mario Testa, adoptando una concepción integral de los procesos de producción y reproducción de la vida.

Ya en 1992, Testa, redimensiona la salud pública como campo de fuerzas y de aplicación de la ciencia a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, reconociendo la salud pública como práctica social y construcción histórica situada. Enmarca así el carácter esencial, integral, estratégico y por ende profundamente político e ideológico de su definición. Esto nos permite situarlo además como un territorio de disputa con multiplicidad de actores (públicos, privados, corporaciones, organizaciones, grupos, comunidades, etc.) que intervienen y tensionan en él.

Debemos trabajar sobre los mitos generados en torno a la implementación de la ley no solo desde las instituciones que resguardan su implementación (CONISMA; CCHSMYA, OR, unidades de letrados, ONGs, asociaciones, gremios, Universidades, etc.) sino desde cada espacio de la vida en que transitamos.

Se hace preciso entonces, adoptar una concepción integral y participativa que incluya la determinación social de la salud en su multidimensionalidad y complejidad, así como la polifonía de voces que intervienen en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados. Esto requiere concebir a la salud pública desde políticas universales y leyes que sostengan los principios de derecho a vidas dignas para todas las diversidades, a lo largo de toda la vida, creando estructuras comunicativas y participativas que accionen en su implementación, promoviendo las articulaciones entre niveles, sectores, disciplinas y actores territoriales, OGs, ONGs, organizaciones barriales y comunidades, que compartan y co-construyan con el pueblo las herramientas científicas y políticas necesarias para el ejercicio libre, informado y participativo de la ciudadanía y el pleno goce de sus derechos en salud integral. En síntesis, ejercer el derecho a una vida digna.

Bibliografía

ACIJ (2021) Informe sobre Implementación del presupuesto en Salud Mental Argentina Bottinelli, Nabergoi, Garzon (2022) Tramas en la Formación de profesionales en salud. Investigaciones y experiencias a 10 años de la Ley de Salud Mental Bs As Ed. Teseo

Bottinelli, M. (2021) Aprendizajes y reflexiones sobre la salud mental comunitaria en pandemia Debates, Revista Salud Mental y Comunidad, Año 8 n°11 Lanús: EdUNLa 195-112 Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Organización Panamericana de la Salud. (2009) Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington D.C: OPSRestrepo DA, Jaramillo JC. (2012) Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 30(2): 202-211 Saraceno B, Freeman M, Funk M. Public Mental Health. En: Detels R, Beaglehole R, Ann Lansang M, Gulliford M. (2009) Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press. Testa, M. (1992) "Pensar en Salud" Colección Cuadernos del ISCo Serie: Salud Colectiva 2020 EDUNLa Tollo, M (2020) Desmanicomianlizarnos y abrírnos a la complejidad- Aportes para enlazar lo antimanicomial con la perspectiva de la construcción de políticas integrales desde lo colectivo social Forum Infancias Bs As Merhy, E. E. (2006). Salud: Cartografía del Trabajo Vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial. Zaldúa, G. y Bottinelli, M. (comp.) (2021). Territorios, narrativas y equipos. Buenos Aires: Teseo.

Notas

1. El Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones es un organismo federal, plural y honorario conformado por 30 organizaciones y asociaciones de derechos humanos, profesionales, usuarios, familiares, gremios, universidades, centros de investigación del campo de la salud mental y adicciones, que fue creado en 2014 por el marco normativo de la Ley Nacional 26.657. Las organizaciones son electas por cuatro años y sus funciones son realizar propuestas, promover espacios de participación de otras organizaciones de la sociedad civil para debatir políticas de salud mental y adicciones, y realizar observaciones a las políticas y medidas que se llevan adelante en el campo.

Salud pública-salud mental: una interpelación necesaria

Por Mercedes Rattagan

Todo modelo de sociedad está regido por diferentes paradigmas que condicionan la manera de mirar, analizar, actuar e interpretar la realidad. Dichos paradigmas están constituidos por una determinada ideología que representa intereses de un grupo o sector social dominante que selecciona e impone valores socioculturales.

Los contextos sociales, aun sin ser conscientes, reproducen los valores de esa ideología hegemónica, que incluso para su reproducción y legitimación se apoya en las ciencias y disciplinas que la expresan a través de sus teorías y prácticas, o sea que cada modelo societario siempre cuenta con una hermenéutica legitimadora.

Es así y a modo de ejemplo que, en marzo del año 1976, con el funesto golpe de Estado cívico militar, una dictadura holocaustica se apoderó de nuestro país con la intención de convalidar un modelo socioeconómico y construir subjetividades que lo acompañasen. Hubo un genocidio con muchos muertos y desaparecidos, que impuso, a fuerza de sangre y terror, un proyecto diferente de país.

Se instaló una psiquiatría biológica, manicomial, con abordajes farmacológicos, reduciendo la subjetividad a lo molecular y neuronal que medicalizó a la población y un psicoanálisis ahistórico y negador de la determinación social.

Todo el saber científico se puso al servicio de convalidar el modelo societario que vinieron a instalar, profundizando una mirada positivista, cartesiana, con abordajes reduccionistas, ahistóricos y descontextualizados, que son propios de lo que se conoce como la salud clásica moderna, perdurando hasta nuestros días. Esta se caracteriza por una lectura epifenomenica de los hechos, con visiones de “punta del iceberg”, ignorando el contexto socio histórico como productor de los procesos de salud/enfermedad, razón por la cual Edmundo Granda (2000) acuñó el nombre de “enfermología pública”.

Cabe mencionar a Franco Basaglia, –psiquiatra iniciador de los movimientos de desinstitutionalización en Italia– que planteaba que la miseria de nuestros pacientes eran parte de la miseria del mundo y que la lucha contra la misma era la primera prevención de la enfermedad, dando cuenta así de la importancia de los

contextos sociales en la salud/enfermedad de la población.

Por otra parte, la episteme liberal necesita individuos aislados, destroncados del “nosotros”, rivalizando, compitiendo, desconfiando, afines a las teorías hobberianas.

Esta fuerte impronta individualista la observamos en las formaciones y prácticas de todos los profesionales, que conduce a centrarse en lo sintomático reduciendo los problemas a lo personal descontextualizado, con responsabilidades y culpabilización individual. Formaciones de corte positivista ante una sociedad regulada por el mercado que requiere sujetos enfrentados, deshistorizados que necesitan aplastar la otredad como condición de su propia existencia. Sujetos “forcluidos” sin punto de anclaje, alimentados por pulsiones narcisistas.

Al respecto el filósofo y pensador surcoreano Byung-Chul Han (2012) refiere que el sujeto se encuentra aturdido por su propia voz sin lograr registrar la del otro en una sociedad enferma de narcisismo. Es sabido que cuando el yo se convierte en su propio centro, el desenlace es siempre alguna forma de muerte.

De esta manera se ignoran las producciones colectivas y sociales propias de la constitución de la subjetividad, insistiendo en una mirada que aísla al sujeto del contexto que lo produce y lo enferma.

Sabemos que los problemas de salud/salud mental, no tienen sus causas en desórdenes biológicos, ni psíquicos ni neurológicos, sino en problemas sociopolíticos que no se pueden abordar desde el reduccionismo positivista, aplicando procedimientos en

síntomas individuales, donde los profesionales quedan así convertidos en cómplices del ocultamiento del real sufrimiento de los ciudadanos.

Para sanar hay que preguntarse qué es lo que realmente mata y enferma, ya que la cura no se produce sofocando síntomas, sino encontrando la matriz de las relaciones que causaron la enfermedad, para lograr hacer los cambios que sanan buceando en la compleja etiología del sufrimiento humano, siempre en conexión con su contexto productor.

Abordar la salud mental ante este escenario, donde se suma una pandemia que también es producida por este modelo societario productivista, extractivista, debe ser inscripto en el capítulo de políticas públicas, requiriendo una salud/salud mental, como derecho humano y social fundamental, con conocimientos y prácticas lo suficientemente amplias para interpretar, explicar y accionar ante la situación actual del sistema sanitario. Una salud/salud mental que logre promover mejores condiciones de vida fortaleciendo las expresiones colectivas y la construcción de un Estado democrático al servicio de las necesidades de su población

Necesitamos otro paradigma que ponga en cuestión la hermenéutica neoliberal, modificando las categorías actuales y sistemas de referencia, accediendo a nuevas formas de buscar conocimientos y producciones conceptuales, otra episteme que nutra con nuevos abordajes logrando otra manera de comprender, entender y accionar. Promover un proceso de deconstrucción de concepciones y miradas atrapadas en viejos paradigmas, que logren responder

y promover otro modelo de sociedad, de manera que la apuesta no solo iría dirigida al campo sanitario, sino a la sociedad en su conjunto.

Esta realidad nos exige un profundo cuestionamiento y cambio estructural en las categorías que utilizamos para comprenderla y abordarla, por ello urge un salto epistemológico científico, que permita un importante avance en el campo del saber, de manera que habilite dispositivos necesarios para responder a las necesidades de nuestra población.

Defender la vida, defender la salud, presupone un cambio en el modelo vigente de atención en salud que demanda transformar saberes y prácticas. Esto requiere un compromiso entre profesionales y producción de salud para conducirlos a ser sujetos de algún cambio abandonando el lugar de agentes de voz pasiva. Profesionales que impulsen un quehacer humano comprometido con el cuidado de sus poblaciones, logrando enfrentar el desafío de la creciente complejidad de los problemas actuales.

Sabemos que todo cambio de paradigma es un proceso largo, difícil que se topa con grandes resistencias de la cultura, pero debemos ir desencadenando procesos para lograr atender el sufrimiento de nuestra comunidad y lograr dialécticamente una transformación y humanización de la salud/salud mental. En definitiva, subrayar que la lucha por la salud/salud mental, está indisolublemente ligada a la creación de una nueva y mejor sociedad-

Referencias bibliograficas

Alemán, J. (2021). Ideología. Nosotros en la época. La época en nosotros. Ed. NED.

Bautista, R. (2014) La descolonización de la política: introducción a una política comunitaria. Lugar AGRUCO Editorial. La Paz, Bolivia.

Byun-Chul H. (2014). Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder en la sociedad actual.

Editorial Herder, Editorial, S.L Barcelona, España ISBN: 978-84-254-3368-9, 1 Castellanos, P. (1990).

Sobre el concepto de salud- enfermedad: descripción y explicación de la situación de Salud.

Publicado en: Bol. Epidemiológico OPS. vol. 10, N.º 4., presentado en el IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social, Medellín, Colombia. julio 1987.

Hobbes, T. (2008). Tratado sobre el Ciudadano [Elementos de filosofía, sección III]. Edición de Joaquín Rodríguez Feo. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), 2008. ISBN: 9788436255744.

Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de Salud Colectiva? Revista Médica de Rosario. Argentina 79: 136-141

Matus, C. (1992). Política, Planificación y Gobierno. Editorial Fundación Altadir. Caracas, Venezuela

Morín, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Gedisa. Barcelona, España.

Rosicar M. (2019). Del Complejo Medico Industrial a Sistema de socio producción en salud: Aportes para el debate. Revista Científica N.º 01, año 1, Caracas, Editorial Salud Colectiva y Derecho a la vida: construcción de la experiencia UBV.

Silva Paim, J. (1992). La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Publicación científica N.º 540. Washington D.C: OPS.

Svampa M. (2010). Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político. Conversaciones con Floreal Ferrara. Ed. Biblioteca Nacional.

Paradigmas en salud mental

Por **Guillermo Moris**

La originalidad de la obra de Kuhn, "La estructura de las revoluciones científicas", publicada por primera vez en 1962, reside en haber reflexionado acerca del método de la ciencia teniendo en cuenta la historia de la ciencia.

Kuhn distingue dos grandes etapas en el desarrollo de la ciencia: las etapas de ciencia normal y las revoluciones científicas.

La ciencia normal se inaugura cuando una de las teorías logra la aceptación incuestionada por parte de la mayoría de los miembros de la comunidad científica. La teoría dominante constituye un paradigma, es decir, un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas, que durante cierto tiempo proporcionan modelos de solución y principios teóricos a una comunidad científica determinada.

Cada paradigma es inconmensurable respecto de los demás. Esto significa que entre uno y otros no se pueden establecer comparaciones ni valoraciones, porque cada uno tiene sus propios criterios de verdad, métodos y objetos de estudio.

Las anomalías son problemas que oponen resistencia a los esfuerzos reiterados por

resolverlos por parte de los miembros más capaces del grupo, dentro de cuya competencia entran.

Según Kuhn, triunfa la teoría que tiene más fuerza, es decir, la que tiene más poder de convicción o persuasión ante la comunidad científica. Y en esto son determinantes los factores extra científicos (económicos, políticos, religiosos, sociales).

Esta perspectiva puede aplicarse al desarrollo histórico de la Salud Mental en nuestro país; si nos remontamos a los primeros tiempos, vamos a encontrar a tres actores calificados que unen esfuerzos en pos de resolver la cuestión de la locura: las Sociedades de Beneficencia, la Iglesia Católica y el Corpus Medico.

Los orígenes de la atención en Salud Mental están ligados a la implementación del modelo asilar-tutelar, sumado al pensamiento alienista de la psiquiatría, cuyas reformas han influido en cada época histórica. La intervención filantrópica, a través de las Sociedades de Beneficencia tendrá una fuerte injerencia en el abordaje de la Salud Mental hasta el primer gobierno Peronista, momento que los hospitales y hospicios que dependen de las instituciones religiosas pasan

a funcionar bajo la administración del Estado, en este periodo se crea el Ministerio de Salud, bajo la dirección del Ministro Ramón Carrillo.

Encontramos así que un modelo fuertemente sostenido, comienza a padecer de falta de respuestas para aquello que fue concebido; aparecen *anomalías* que lo llevarán a su ocaso. Sin embargo, este no será un proceso sencillo y rápido nos encontramos frente a lo que Thomas Kuhn definiría como una Revolución Científica; uno de esos episodios extraordinarios en que tienen lugar esos cambios de compromisos profesionales, que se producen a través de la competencia entre fracciones de la comunidad científica que dan como resultado el rechazo de una teoría previamente aceptada o la adopción de otra. Se trata de procesos históricos amplios, que no puede llevar a cabo por completo una persona sola y que nunca tienen lugar de la noche a la mañana.

El movimiento psiquiátrico, enmarcado dentro del llamado Positivismo Argentino, tiene su presencia social definida a partir de 1880. Una psiquiatría argentina que se reconoce fuertemente influenciada por la psiquiatría positivista francesa, tanto en los aspectos clínicos y terapéuticos como en los argumentos

interpretativos del origen de los diversos cuadros psicopatológicos.

A partir de aquí al rol del médico se le suma una nueva tarea: Disciplinador Social, así la medicina adquiere el carácter de una práctica política y el discurso médico se transforma en un recurso ordenador.

No estará solo en esta tarea, la Iglesia aportará un soporte ideológico de relevancia al magnificar desde los pulpitos la figura del médico y demonizar a aquellos que padecen algún trastorno psíquico y para completar el cuadro, se suman las Sociedades de Beneficencia y Filantropía, brindando respaldo político y financiero (a través de las arcas del estado).

Desde esta primera etapa se puede apreciar, un importante progreso en las cuestiones diagnósticas, la semiología psiquiátrica experimenta un gran crecimiento al igual que la sindromología; sin embargo, las áreas terapéuticas, no muestran avances significativos, las modalidades de tratamientos que se ponen en práctica están muy lejos de los resultados esperados. Esta situación va a generar una de las mayores crisis que va a padecer el modelo asilar-tutelar; "La acumulación de pacientes"; tratamientos

Si nos remontamos a los primeros tiempos, en el desarrollo histórico de la Salud Mental en nuestro país vamos a encontrar a tres actores calificados que unen esfuerzos en pos de resolver la cuestión de la locura: las Sociedades de Beneficencia, la Iglesia Católica y el Corpus Medico.

prolongados, propedéuticas inciertas y la ausencia de un programa de externaciones, van a generar instituciones con elevados niveles de hacinamiento, necesidades permanentes de más recursos humanos y financieros, no ya para resolver sus problemas sino para sostener esa dinámica.

Si revisamos este modelo desde su apogeo hasta su ocaso, vamos a descubrir que el discurso científico por momentos moldea la demanda social, la deconstruye y le aporta cuestiones que la sociedad termina reconociendo como propias

Podemos encontrar una gran cantidad de factores que llevan este modelo al ocaso, sin embargo, el agotamiento de su discurso científico, se hace palpable a partir de una ruptura, por un lado, de algunos de los ejes en los que se sostenía y por el otro, la instalación de nuevos ejes conceptuales a saber:

1 - En 1929, se crea la Liga Argentina de Higiene Mental bajo la Presidencia de Gonzalo Bosch, como resultado de un proceso de fuertes transformaciones en el campo Psiquiátrico Argentino, que poco a poco se iría acercando a posiciones más próximas de la medicina social.

2 - En el año 1946 en la presidencia de Juan Domingo Perón, el Dr. Ramón Carrillo fue designado a cargo de la Secretaría de Salud, pasando de Secretaría de Salud Pública a Ministerio de Salud, en el año 1949 ocupando el cargo de Ministro de Salud durante el período que abarca del año 1946 a 1952 y llevando su tarea en combinación con la Fundación Eva Perón.

En su discurso el Doctor Ramón Carrillo sustituye el término “alienados” por “enfermos mentales” y hace referencia sobre la situación inhumana que se da en las instituciones asilares.

A partir de estos dos puntos, encontramos dos ejes conceptuales que comenzaran a constituir el nuevo paradigma:

A - La legitimación de la Medicina Social, no solo desde el ámbito científico, sino también desde lo social, político y religioso. Este proceso no se detendrá por el contrario tendrá un crecimiento exponencial y múltiples derivaciones.

B - La sustitución del término “Alienado” por “Enfermo Mental” que realiza el Dr. Ramón Carrillo, opera como una transformación conceptual formidable. A partir de aquí el paciente pasa de ser un objeto a un sujeto de derechos.

Se producen además cambios en el mundo que tendrán un gran impacto en nuestro país y a partir de la década del 70 la inserción progresiva de profesionales no médicos en el territorio de la Salud Mental, (especialmente Psicólogos), cambiará de modo definitivo las estrategias de trabajo y las modalidades terapéuticas.

El momento actual nos encuentra conviviendo con dos modelos paradigmáticamente opuestos. Si vemos lo que sucede en las ciencias exactas, cuando una nueva teoría explica y predice mejor que la anterior, enseguida se convierte en la teoría vigente y desplaza a la primera que deja de tener preponderancia.

Esto no aplica para nuestra cuestión, por el contrario, en las ciencias fácticas suele ser

habitual la convivencia de modelos antagónicos, entonces nos queda poder entender las causas de la permanencia del modelo agotado.

El modelo asilar-tutelar, surge junto a los orígenes del estado nacional, en ese recorrido de más de cien años va construyendo espacios de poder con gran multiplicidad de intereses, por lo tanto, que el modelo como instancia científica de respuesta se halle agotado, no significa derrotado o retirado. Ante la aparición de un discurso distinto e innovador, se abroquela y burocratiza, tanto en los espacios de trabajo, como en los de formación e investigación.

Sin embargo, todas estas resistencias terminan cediendo ante la evidencia científica si el nuevo modelo, logra resolver las anomalías

que dejó el anterior, pero fundamentalmente si consigue que la sociedad en su conjunto participe en la construcción de los nuevos espacios de salud.

Bibliografía

Copi, Irving: (1972) Introduction to logic, Nueva York, Macmillian Publishing Company, 4ª edición. Versión española: Néstor Alberto Míguez (trad.), Introducción a la lógica, Buenos Aires, Eudeba, 1974

Kuhn, T. S.: (1962) The Structure of Scientific Revolutions, Chicago, University of Chicago Press. 2ª edición con una "Posdata" de 1970. Versión española: Edgar Antonio González Ruiz y Pedro Chávez Calderón (trad.).

MI SO APOYO
INTERANTE..."
USUARIO

= Sentí que
Alguien me escuchó..."

USUARIO

"Antes no podía escribir, no quería pensar.
Ahora lo puedo pensar y enfrentar esos
pensamientos, desde que hablo con vos"
Usaria (Violencia de género)

Otro sistema de salud mental es posible en la ciudad

por **Victoria Montenegro**

LEGISLADORA POR LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Desde el inicio de mis responsabilidades como legisladora de la Ciudad, en el año 2017, entendí que era importante abordar las problemáticas de Salud Mental desde una perspectiva de los Derechos Humanos ya que cada vulneración que impide acceder al sistema de salud es también una vulneración a los derechos más básicos de una persona. Lograr un sistema de salud mental que esté al alcance de todos y todas es inescindible del respeto a los Derechos Humanos.

Desde esta perspectiva y tras más de cuatro años de trabajo legislativo, la conclusión a la que arribamos es que existe un absoluto desamparo por parte de las autoridades de la Ciudad hacia el sistema sanitario. El Ejecutivo tiene herramientas legales y recursos económicos para dotar a las y los porteños de un sistema de salud de avanzada. Hace 21 años que existe la Ley local 448 de Salud Mental en la CABA y sin embargo no existe un Plan de Salud Mental acordado. Incluso, por decisión del oficialismo, en 2015 se disolvió en la Legislatura la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el

cumplimiento de la Ley 448. Frente a esta irregularidad y atendiendo al reclamo permanente de los profesionales de la salud y usuarios, todos los años reiteramos el pedido de su conformación entendiendo que es vital que los órganos de control se encuentren operativos.

El impacto emocional de la pandemia multiplicó la demanda de acompañamiento y contención. En la emergencia surgieron respuestas desde la iniciativa comunitaria, como fue el caso del servicio voluntario organizado durante el 2020 por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y varias otras iniciativas. Los equipos sanitarios del sistema público afrontaron la necesidad de contener y acompañar a los mismos trabajadores del sistema, a sus pacientes y a quienes eran víctimas del COVID pero sin ningún tipo de coordinación ni respaldo por parte de la Dirección de Salud Mental del GCBA.

Al mismo tiempo, la Ciudad inició un proceso de refuncionalización de sus hospitales monovalentes acorde a lo que se indica en la ley nacional y se ha creado la Unidad de Proyectos Especiales (UPE) de Red Integrada de Cuidados

Progresivos para la Salud Mental (UPERICPSM). Sin embargo, no existe información pública clara respecto a cuáles serían sus objetivos. Esto repercute en la planificación del trabajo de los distintos equipos de los hospitales, que conviven con la idea del cierre y la falta de convocatoria a ser parte de la discusión. Siendo uno de los pocos espacios de discusión una mesa de trabajo que supimos conformar con representaciones de todos los hospitales monovalentes especializados, centros de salud que trabajan la temática, asociaciones y gremios, que tuvo como resultado un documento conjunto de evaluación.

Ausencia de dispositivos comunitarios y el rol de las organizaciones

En materia de consumo problemático de sustancias, hay una gran demanda en los barrios. Las organizaciones trabajan sensibilizando, detectando situaciones de violencia y abuso, pero es sumamente complicado el acceso a tratamientos en el primer nivel de atención por falta de recursos físicos y humanos, lo cual dificulta o impide abordar temas de Salud Mental en la comunidad con una lógica territorial y de trabajo en red. Son numerosas las derivaciones a lugares lejanos al domicilio, lo cual no garantiza la atención. Además son muy débiles o directamente no existen dispositivos para la niñez y adolescencia con problemáticas de consumo de sustancias, y para la atención de salud mental en general.

Por otro lado, el sistema de salud mental no es la excepción a la disparidad de género que vemos en la sociedad. Es así que de los y las 36.009 trabajadores que conforman el sistema

de salud, las mujeres representan el 52 por ciento del total pero solo unas pocas ocupan espacios de decisión en materia de políticas públicas.

Al mismo tiempo, son prácticamente nulas las articulaciones interinstitucional, intersectorial e interjurisdiccional, y no hay políticas destinadas a promoverlas. Esta ausencia de dispositivos comunitarios dificulta el abordaje ambulatorio y provoca internaciones innecesarias. De la necesidad de crear casas de medio camino a la vez surgen distintos problemas vinculados a una política integral de cuidado y atención. ¿Qué hacemos con las personas que están institucionalizadas de manera prolongada en el tiempo?

En estos cuatro años, hemos trabajado articuladamente con más de 20 asociaciones de profesionales, usuarios, familiares, y trabajadores. Presentamos múltiples pedidos de informes siguiendo la situación de todos los hospitales y centros de salud, en referencia a la situación habitacional de usuarios y usuarias de los hospitales, así como por su alimentación y medicación. Hemos comprobado, visitando cada centro de salud de la Ciudad que las internaciones en guardias de Hospitales Generales no se encuentran acondicionadas para un adecuado tratamiento de los/as pacientes de salud mental. El desafío es siempre a futuro, por eso en los años venideros seguiremos redoblando esfuerzos y compromiso para coordinar un trabajo que fortalezca el sistema de salud mental tan desamparado y olvidado por el Gobierno porteño. Es posible hacer realidad el sistema de salud mental que nos merecemos como sociedad.

Entrevista a Alicia Stolkiner

Transformar un sistema de salud es cómo arreglar un avión en pleno vuelo.

¿Cuáles son los principales cambios que produce el pasaje del capitalismo industrial al modelo neoliberal en el campo de la salud?

Después de la Segunda Guerra Mundial, ya se había empezado a desarrollar –con la aparición de las patentes– el Complejo Médico Industrial. Con el pasaje al modelo neoliberal lo que se produce es una transformación en el Complejo Médico Industrial Financiero. Principalmente por dos razones: la primera por el papel que adquieren en el modelo neoliberal la absorción de los capitales sociales (salud, educación, jubilaciones) como capitales de producción de ganancias financieras y por la aparición de los sistemas de aseguramiento privado en salud consecuentemente. La segunda es por la faz financiera de esas mismas empresas productoras de medicamentos o de aparatología médica a través de sus participación en los mercados de acciones.

¿Esto se va a ver claramente en los 90?

Exactamente. La transformación de esquemas que son de garantías sociales de base en acciones solidarias como las obras sociales o los sistemas de jubilación solidarios intergeneracionales, se tienden a transformar en

procesos de garantía de ciertos beneficios individuales (cobertura en salud, cobro de sumas de retiro) bajo las formas de seguros. Esos fondos de aportes individuales son productores de ganancia para las empresas aseguradoras no solamente por la comisión de los seguros sin por el manejo financiero de los mismos. Creo que el modelo más claro fueron las AFJP que en nuestro país durante la década del 90 se propuso como reemplazo del régimen jubilatorio solidario. Se trataba de que los aportes que se hacían socialmente para garantizar la vida de quienes ya habían cumplido su ciclo laboral, se transformaran en un modelo de seguro individual que permitiera ganancias financieras para particulares sin el sentido social que tenía el esquema anterior.

¿La segunda razón?

El segundo punto fue cómo se articuló la producción de medicamentos, las funciones de tecnologías médicas, con la financiarización de la economía por vía no solamente del valor de los medicamentos y las ganancias que éstos generaban, sino por vía del valor en bolsa de las empresas. Yo he escuchado a un funcionario de salud comentar cómo,

en una negociación por el precio de un medicamento un representante de los laboratorios afirmó: –nosotros podríamos ofrecérselo a menor precio, pero eso baja la cotización de las acciones.

Pero, ¿también se produjeron transformaciones importantes en cómo entendíamos la salud pública que permitió cuestionar tanto teórica como prácticamente ese modelo?

Sí, por supuesto. Hubo una importante producción de revisiones críticas de lo que sucedía. Desde mediados de los 70 en adelante el pensamiento médico social latinoamericano construye teóricamente la crítica a la salud pública tradicional y en los 90 encabeza la revisión que cuestiona los modelos neoliberales de reforma de los sistemas de salud. Confluye y se imbrica con el movimiento de salud colectiva en Brasil. La característica tanto de la Medicina Social Latinoamericana como de la salud colectiva ha consistido en una articulación entre pensamiento, producción de conocimiento académico y movimientos sociales que nos permite abordar ese mismo concepto de otra manera, diferenciándolo de las concepciones tecnocráticas de salud pública.

Volviendo a tú primer análisis, esa tensión que vos señalabas ¿se puede ver también en la disputa entre los grandes complejos farmacéuticos por las vacunas en medio de la Covid-19?

Sí, se ve claro en la batalla corporativa mundial por el acceso a las vacunas en medio de la pandemia. Hay varios indicadores directos de la subordinación de la irreductible necesidad de vacunar a toda la población mundial para frenar las mutaciones del virus a los intereses de hegemonías de mercado y pujas políticas. No solo el hecho que la Organización Mundial de la Salud no habilitó la vacuna rusa Sputnik, a pesar de los millones de dosis ya aplicadas, sino las denuncias cruzadas respecto a posibles efectos adversos destinadas a competir por mercados. Tal el caso de la generación de la idea de que la vacuna inglesa Astrazéneca, producía embolia, cuando la norteamericana Pfizer luchaba por la hegemonía después de incumplir contratos previos, vimos algunos medios de comunicación aquí ser directamente lobistas de Pfizer. Finalmente, y mostrando en qué medida el mercado de la salud obstaculiza garantías de salud, la Unión Europea y USA han desechado millones de vacunas, mientras hay países que no tuvieron acceso a ellas.

Entonces ¿el segundo punto de la financiarización, fue la idea del aseguramiento en salud como forma de concentración de capitales?

Es el modelo del sistema norteamericano fuertemente centrado en el aseguramiento privado, que ha logrado que USA teniendo uno de los gastos per cápita en salud más altos del mundo tenga millones de personas con problemas de acceso a servicios de salud y estadísticas sanitarias peores que las de países con gastos menores. Finalmente, la mortalidad durante la pandemia mostró problemas estructurales del sistema.

No obstante, ese fue el modelo de las reformas propuestas para América Latina en la vía de la mercantilización de sus sistemas de seguridad social y de salud acorde con los modelos neoliberales, a partir de que los mismos aparecen como propuesta hegemónica luego de la crisis de mediados de los 70.

En Chile esto se inicia en el 81 durante la dictadura de Pinochet. La histórica medicina integral chilena es progresivamente reemplazada por las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional), aseguradoras privadas de salud con cobertura limitada de prestaciones según el seguro y, al principio, capacidad para no renovarlo ante una enfermedad catastrófica. Se lo puso como modelo hasta que mostró fallas severas. Ya durante los 90 se muestra como modelo la reforma del sistema colombiano, el pluralismo estructurado, a partir de la Ley 100 de 1993. En ambos países el problema del derecho a la salud ha sido una de las banderas de las crecientes movilizaciones sociales de los últimos años.

Este modelo de reformas fue expuesto y fundamentado por el Banco Mundial en el "Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993 : Invertir en salud". Hay que recordar que, en ese período los países de la región afrontaban deudas en renegociación constante con el FMI y el Banco Mundial fijaba la orientación respecto a políticas sociales, entre ellas salud, a veces de manera acoplada con los requerimientos del FMI.

En ese documento de 1993 se preanuncia, en un párrafo dedicado a la Argentina, la reforma del sistema de Obras Sociales que se inició en esos años y que, a su vez, formó parte de los compromisos asumidos con el FMI por el entonces ministro de Economía Domingo Cavallo en un acuerdo de refinanciación de la deuda. Ese programa de reforma de las obras sociales, que tenía como objetivo transformar el sistema de salud argentino en un mercado de seguros, quedó inconcluso por razones políticas. Pero dejó huellas, por ejemplo, la aparición de intermediarias, empresas prestadoras de servicios de salud (Uniones Transitorias de Empresas y/o Agrupaciones de Colaboración Empresaria) que cobraban por cápita a la Obra Social y pagaban por prestación a los prestadores. Seguían un principio casi dogmático de las reformas neoliberales: separar la financiación de la provisión de servicios. La aparición de las intermediarias se institucionalizó y las ganancias de este nuevo actor fueron a expensas tanto de los honorarios de los profesionales como también de una parte que le correspondía a clínicas y sanatorios, cuando no eran parte de las UTI.

¿Es en esa época que en el campo de la salud mental aparecen las tercerizadas?

Si, las empresas prestadoras de servicio en salud mental que intermedian. Hasta ese momento, una obra social o una empresa pre paga solía tener su propios prestadores de salud mental, la “cartilla” de profesionales o, algunas, equipos de atención organizados, cada Obra Social o Prepaga brindaba distintas coberturas de tratamiento ambulatorio o de internación. La Reforma de las Obras Sociales incorporó el Programa Médico Obligatorio (PMO) que establecía las prestaciones básicas que toda entidad debía cubrir, entre ello Salud Mental, inicialmente eran dos prestaciones preventivas (psicoprofilaxis quirúrgica y obstétrica), treinta sesiones ambulatoria y treinta días de internación por año.

Siguiendo la tendencia general, aparecen las empresas prestadoras de servicios de salud mental que ofrecen a las obras sociales y a las empresas de medicina pre paga, hacerse cargo de las prestaciones ambulatorias cobrando una suma fija por cápita, o sea por población cubierta, lo cual no quiere decir atendida. A su vez que les pagan a los profesionales por consulta. Se constituyen en un nuevo actor en el reparto de la ganancia. En ese período dirigí una investigación sobre Salud Mental en las obras sociales¹ fue un cambio rápido que redundó en una disminución drástica de los honorarios de los profesionales, dado que una parte de los fondos que antes se destinaba a honorarios pasaron a aportar en la ganancia de las intermediarias. En algunos casos, como la reforma de las obras sociales había habilitado los copagos, encontramos que los profesionales casi no cobraban

otra cosa que el copago que venía directamente del bolsillo del paciente.

No obstante esto, es notable cómo muchos de nuestros colegas se auto percibían como profesionales independientes cuando en realidad eran trabajadores precarizados que producían plusvalor para esas empresas. No recuerdo debates teóricos sobre qué significaba en la clínica la presencia de un “pagador tercero” en el contrato terapéutico. Si hubo algunos que fundamentaban en la escansión temporal la práctica de sesiones breves, cuando lo subyacente parecía ser la necesidad de compensar con más consultas la disminución de los honorarios.

Esto ocurre hoy en los planes más económicos de Medicus, el paciente le paga al profesional un co seguro y eso constituye el único honorario que percibe el profesional de la empresa. Por otra parte, el afiliado cree que la institución le está cubriendo su demanda de salud mental.

Son huellas que quedan de esa reforma inconclusa. Uno de los problemas que se evidenció en ese momento fue la falta de parámetros de evaluación de los servicios de salud mental. Recuerdo que las intermediarias competían ofreciendo ser contratadas por cápitas cada vez más bajas, lo cual significaba honorarios más bajos, y no había forma de evaluar si esa oferta era de una prestación peor que la anterior más cara. También se observaba subprestación, o sea servicios de admisión o puertas de entrada que estaban destinados más a impedir la consulta que a gestionarla, porque para una empresa que cobra per cápita y paga por prestación, cuanto menos consultas haya más

ganancia resulta. Vimos empresas a las que le quedaba como ganancia el 50% de la cápita.

Durante la pandemia dieron mejor cobertura las obras sociales y el sector estatal que las empresas privadas.

Es cierto que toda epidemia mueve y conmueve, entre muchas cosas, la articulación entre el discurso médico científico y la sociedad. La primera pandemia de la historia fue el sida a principios de los 80. Sucedió apenas se terminaba de erradicar la viruela con una campaña mundial de vacunación programada por la OMS y financiada solidariamente por los estados de acuerdo a la capacidad de cada uno. Eso fue posible porque era otro mundo. Era una vacuna conocida y sin patente, los países más ricos ponían más dinero que los pobres, etc.. Este logro mundial fue el último de una época, el SIDA inauguró una nueva, la de las enfermedades emergentes, nuevas, probablemente producidas por el desequilibrio de lo humano con su hábitat dada la explotación de la naturaleza con fines de lucro. El SIDA puso en cuestión tocó algo muy profundo: la sexualidad y puso en cuestión el concepto de grupos de riesgo. Como todo fenómeno de salud colectiva fue simultáneamente un fenómeno que conmovió y redefinió aspectos de los societal.

El cuestionamiento al concepto de "grupo de riesgo" se debió a que la enfermedad afectó inicialmente a homosexuales varones y se la identificó con ellos de manera estigmatizante. En los países centrales las organizaciones gay empezaron a participar activamente. Hay personas y activistas gay en todas las clases y eso facilitó una capacidad de egenciamiento

importante que traían ya desde su lucha por la reivindicación de derechos en la década del sesenta. Ellos presionaron para que se dejara de hablar de "grupos de riesgo" y se pasara a centralizarse en "conductas de riesgo". Por el carácter estigmatizante que traía el concepto grupo *de riesgo*. Porudjeron un importante aporte a la revisión del concepto en epidemiología, desplazando entonces el riesgo de contagio del ser homosexual o no, a tener prácticas de cuidado como el uso de preservativo o no. También, comenzaron a participar activamente en la gestión de sus tratamientos y en los congresos especializados, introduciendo una nueva voz.

Con esta pandemia hemos visto volver a aparecer el concepto grupo de riesgo. Y recayó inicialmente sobre las personas de más de sesenta años. Que eran las que tenían una mayor posibilidad estadística de agravar y morir en caso de contagio.

El grupo de riesgo así vuelve a aparecer de la forma más tradicional y también ligado a una condición que, en nuestra cultura, tiene procesos de estigmatización específicos, que es la vejez. Al igual que sucedió con los heterosexuales y el SIDA en sus inicios, la idea de grupo de riesgo –en lugar de conductas de riesgo– generó en la primera etapa de la pandemia una sensación de inmunidad en los jóvenes, errónea. Porque la idea misma de conducta de riesgo es hablar de una conducta de riesgo para sí y para los otros. Hay una cierta responsabilidad que abre ahí el debate sobre el uso de los barbijos, el distanciamiento social, las vacunas, etc. no sólo como forma de cuidado individual sino como forma de cuidado colectivo.

También queda claro como toda epidemia se cruza con valores, representaciones, etc.

Yo me acuerdo que uno de los debates planteados con respecto a la prevención del sida fue el uso de los preservativos, la propaganda de esa medida de cuidado se vió obstaculizada por la oposición de la Iglesia, desde su lógica la aparición del sida abría la posibilidad de fortalecer los conceptos de heteronormatividad, castidad hasta el matrimonio, y fidelidad, que se planteaban desde su doctrina.

Siempre hay un entrecruzamiento entre valores y representaciones sociales y el lugar que ocupa el discurso médico científico. La pandemia abonó el retorno a un modelo hegemónico biomédico reduccionista. Pero luego se ha evidenciado que la respuesta médico biológica debía ampliarse a abordajes más integrales que incluyeran los componentes subjetivos, de la salud mental, etc. Fue así que resultó necesario pensar en muchas dimensiones del problema que requerían respuesta, recuerdo un intercambio con los profesionales de un hospital de odontología donde comentaron que detectaban un aumento de consultas por bruxismo, y ellos mismos entendían que no podían dar una respuesta que tuviera que ver solo con una plaquita, que había ahí que buscar una repuesta más integral, que hablara de esa situación y de la condición subjetiva que estaba determinando la aparición del bruxismo como síntoma de las condiciones de vida de la población.

¿También esta situación inédita impacto sobre nuestras prácticas clínicas?

En las prácticas clínicas de atención clásicas el primer impacto fue la imposibilidad del



contacto presencial y la incorporación de tecnologías que permitieran la comunicación (video llamadas, llamadas telefónicas, plataformas virtuales, etc). Esto ha producido debates y modificaciones que deberemos seguir considerando, también fue necesario incorporar por parte de Obras Sociales y Prepagas el reconocimiento de las mismas para hacer posible la facturación.

Pero además de esto, creo que hay modificaciones y revisiones más profundas que seguirán operando. La pandemia puso en evidencia en qué medida el sufrimiento subjetivo singular tiene una dimensión genérica que atraviesa tanto al profesional como al usuario. Eso, parafraseando a Freud, no se dejaba ya negar. Tanto el profesional que atendía como la persona que consultaba sabían de lo común compartido de la situación.

Por cierto, además de la clínica convencional, y pensando en la lógica de una “clínica ampliada”, hubo innovaciones en prácticas de salud mental que se vieron conmovidas o convocadas por la situación, con recursos en general limitados. La directora de salud mental de un municipio sintetizaba adecuadamente el desafío que enfrentaron: cómo mantener la atención que se brindaba previamente, cómo atender a problemas específicos de sufrimiento producido por la pandemia y cómo acompañar y trabajar con el personal de salud en su cuidado. A ello habría que agregarle el impacto en las instituciones de internación que, en algunos casos, produjeron revisiones de prácticas instituidas.

Hubo profesionales de salud mental que trabajaron conjuntamente con los equipos médicos en las tareas de dar alguna respuesta al aislamiento de los pacientes graves, a las muertes sin ceremonias posibles, a la tensión a la cual se veía sometido el personal de salud, acompañando los equipos territoriales de hisopados, etc. Y creo que en algunos casos han instalado un modo de concebir los problemas que pueden transformar los actores y esas relaciones a futuro. He escuchado a una psicóloga decir: –jamás pensé que iba a trabajar con una infectóloga–. Y trabajaron juntas analizando los obstáculos y generando las acciones colaborativas para que el personal de salud de ese hospital incorporara eficazmente en sus actividades los cuidados contra el contagio.

También sucedió nunca se ha mostrado de forma tan transparente el impacto que tiene sobre el cuidado de la salud el discurso generado en el complejo médico industrial financiero de un fuerte reduccionismo individual y patologizante.

Esto fue a veces recuperado con fines políticos tratando de mostrar que eran a las medidas de cuidado como productoras de patología. En algún momento publicamos un trabajo sobre la “psicopatologización de la pandemia”². Recientemente la revista *The Lancet* publicó un trabajo en el que se concluye que la pandemia producirá un aumento importante de la depresión mayor. La depresión mayor es un cuadro psicopatológico definido que requiere de medicación psicofarmacológica según los protocolos. Es un grave riesgo hacer estudios epidemiológicos en salud mental en estas condiciones usando herramientas y categorías que no son necesariamente aplicables en estas circunstancias. Esta tendencia a la psicopatologización de la vida y a la universalización de los sufrimientos psíquicos a partir de una categorización realizada con techno hegemonías y desde un solo marco cultural, precede a la pandemia. Esto ya se evidenció con la categorización de enfermedades psiquiátricas de la corporación psiquiátrica de USA: el DSM5. Es parte de la tendencia a la objetivación. Mercantilización progresiva del campo de la salud, la misma que impulsó a la OMS a incluir la vejez como enfermedad en la reciente Clasificación Internacional de Enfermedades, el CIE11, de lo cual desistió ante las críticas generalizadas.

Hemos preferido trabajar con la categoría sufrimiento psíquico, que es uno de los avances de la ley nacional de salud mental. No excluye el uso de categorías psicopatológicas pero las incorpora en consideraciones más amplias que reconocen la complejidad del proceso. Lo otro es reconocer la dimensión colectiva del proceso, eso no significa renunciar a lo singular sino

cuestionar la categoría de individuo, que tenemos naturalizada. La diferencia entre lo singular y lo individual estriba en que ambas categorías recortan un objeto distinto de lo social. Cuando se trabaja la categoría individuo se piensa como dupla con lo social, que le sería externo. En cambio, cuando se trabaja con el concepto de subjetividad o de lo subjetivo el eje el eje se pone en lo singular, pero la materia de la cual se constituye lo singular es lo común, lo colectivo, lo social incluyendo el lenguaje, eso no excluye el hecho de que cada sujeto es singular como lo es su historia e inclusive su corporeidad. Decir que la materia de la cual se produce es lo social no implica pensar que es una producción fordista en serie. Como suelo decir, la química del mármol es la misma para todo mármol dentro de una gama de posibilidades, pero La Piedad de Miguel Angel es única.

¿Con la pandemia el sistema estatal fue realmente más efectivo?

No solamente el sistema estatal fue el más efectivo, sino que fue el nivel nacional, no el provincial o municipal, el que gestionó la provisión de vacunas por ejemplo. El Ministerio de Salud nacional que había sido degradado a Secretaría en el gobierno anterior tomó un lugar protagónico, aunque por las características del sistema de salud de la Argentina las provincias y la CABA adhirieron de distintas maneras a las medidas enunciadas. . Dentro del sistema estatal en la pandemia el Ministerio de Salud necesariamente tuvo que ocupar un lugar de rectoría. Imaginemos si la distribución de vacunas hubiera dependido directamente del mercado sin intermediación estatal, jamás se hubiera logrado.

En algún video previo a la pandemia³ ya había comentado que solamente con una fuerte presencia rectora del estado se puede responder a una epidemia o catástrofe. Pese a todos los enunciados de que el mercado es el mejor proveedor y distribuidor de recursos los estados pasaron a ocupar un lugar relevante en la pandemia. Mientras los mercados mostraron fallas severísimas, por ejemplo no hubo vacunas para países pobres como los de Africa, lo cual significaba un riesgo mundial todavía vigente de nuevas cepas, pero la Union Europea y USA terminaron tirando más vacunas de las que donaron. La competencia entre laboratorios también produjo distorsiones. El sector privado no puede responder a las pandemias ni a las catástrofes. No es que no lo pueden hacer porque sean buenos o malos sino porque no está en su naturaleza. Su objetivo es la acumulación de ganancia.

Pongo un ejemplo en servicios de salud. Si el objetivo es la ganancia no se puede tener permanentemente camas de terapia intensiva desocupadas, son muy caras y hay que utilizarlas. En cambio la previsión planificada de una sociedad debe preverlo. La suspensión de cirugías programadas y de asistencia común fue un problema económico para clínicas y sanatorios. Cuando se pasó a la atención psicológica virtual por el ASPO, una importante empresa de medicina prepaga había decidido reducir su asistencia en salud mental solamente a personas afectadas por el COVID y cesar el reconocimiento de las consultas de tratamientos preexistentes. Muchas otras tendieron a no pagar esos servicios. Fue necesario que la Dirección Nacional de Salud Mental y la Superintendencia

de Seguros de Salud (con la solicitud de algunas organizaciones profesionales como la FEPRA) intervinieran para que esas prestaciones fueran reconocidas.

Así se dieron situaciones extrañas como que en plena pandemia cerraran clínicas en la provincia de Buenos Aires o le redujeran el sueldo al personal en algunos sanatorios privados.

¿Cómo ves los planteos sobre las distintas transformaciones que se están planteando sobre el actual sistema de salud?

Nosotros tenemos un sistema de salud conformado por tres sub sectores que a su vez están fragmentados y segmentados internamente. Hay que tener en cuenta que transformar un sistema de salud es cómo arreglar un avión en vuelo. No se puede meterlo en un hangar, pararlo durante dos años y arreglarlo. Y cualquier error en ese arreglo te va a costar vidas. Los mexicanos están tratando de volver al sistema de seguridad social que tenían previo a las reformas neoliberales. Con un costo altísimo. Porque una vez que vos se constituye un actor social, por ejemplo, las empresas de seguros de salud, o los laboratorios transnacionales que, entre otras cosas, en nuestro país influyeron en deponer por golpe al presidente Illia, operan. Es el problema de las aseguradoras chilenas. Porque cuando Chile vuelve a la democracia no solo regresa con una constitución hecha por Pinochet, sino con el sistema de salud de las ISAPREs que prestaban un paquete determinado de servicios con contratos que, al principio, podían no renovados ante una enfermedad catastrófica.

Se llaman enfermedades catastróficas aquellas enfermedades que no solo son catastróficas

para las personas sino para los seguros, porque cuestan mucho, por ejemplo, un cáncer. Al término del contrato ellos podían rescindirlo y el paciente quedaba solo con la cobertura que le brindaba el sector estatal. El sector estatal tiene asignado en el modelo de las aseguradoras el papel de cubrirle las espaldas a las empresas de aseguramiento.

Alguna vez se intentó ordenar en la Argentina esta maraña. ¿Por qué fracasaron?

Se buscó darle una lógica en el breve período democrático del 73 al 76 con la propuesta del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), luego en el retorno a la democracia con el Seguro Nacional de Salud. Incluso, en la década del 90 se lo intentó integrar (o quizás fragmentarlo y segmentarlo en un solo modelo) el sistema de salud con una reforma dirigida a dejar finalmente todas sus instancias bajo competencia. Ninguno de estos intentos se completó, ni siquiera la reforma de los 90. Hay actores muy poderosos y múltiples en la gestión de la salud en la Argentina.

Se trata de actores internos cuyo objetivo no es la salud de la población. Y uno de los problemas es que tiene un "actor mudo" hasta que aparece, que son los usuarios, la población, que reciben los servicios de salud pero que no suelen poder incidir en ello. No son actores fuertes dentro del sistema. Atendamos hoy a que en las movilizaciones chilenas una de las reivindicaciones que planteaban los jóvenes fue el derecho a la salud. En general, la gente naturaliza los servicios de salud que recibe o los acepta resignadamente, sería importante que eso cambie. En Colombia el descontento

se vehiculizó por demandas individuales elevadas a la Corte Constitucional ante la falta de acceso a prestaciones porque no se las brindaban los seguros.

Solo se puede integrar un sistema de salud con una importante participación de actores de los que menos voz han tenido hasta ahora y con el estado ejerciendo un fuerte papel de garante de derechos. Es la única posibilidad de antagonizar con estos actores que están dentro del sistema de salud y cuya naturaleza misma hace que su objetivo no sea la salud o el ejercicio de derechos, sino la acumulación. Por cierto, todo esto se ha visto conmovido y revulsionado por la pandemia.

Es necesario integrar el primer nivel de atención con los siguientes en una lógica de cuidados progresivos fuertemente centrada en lo comunitario y territorial de la APS. Hay que articular lo municipal, con lo provincial y lo nacional, sin denegar de lo federal hay que garantizar los mismos cuidados a toda la población del país. Hay que articular los servicios de las obras sociales y el PAMI con el sistema estatal. Permanentemente hay una deriva de recursos de las obras sociales que sale del salario de los trabajadores y va directamente a lo privado cuando podría interactuar con el sector estatal fortaleciéndolo y generando mayor equidad. Para ello además debe reflatarse el sector estatal.

Creo que la pandemia ha valorizado lo público y esto a su vez puede facilitar esta generación de convenios de acuerdos y modelos de atención que favorezcan la transferencia de recursos que salen del salario de los trabajadores para el fortalecimiento del sector estatal.

Pensar la integración dentro de cada subsistema y una articulación que tenga una fuerte fijación de políticas por parte del estado en cuanto al derecho a la salud. Garantizar la salud como derecho, hay en esto una complejidad política importante. Por ejemplo, ¿cuál es el límite del federalismo en salud?, ¿qué interpretación se le da al federalismo después de la reforma de los 90? Tampoco la idea es volver a una época de centralización donde el ministro de salud debía firmar la jubilación de una enfermera en Ushuaia.

Una articulación que garantice el derecho a la salud a toda la población del país y que incluya en la toma de decisiones a las regiones y a los actores de cada zona. Es un proceso muy complicado pero indispensable.

También, hay que integrar las prácticas en salud, entre ellos integrar las prácticas de salud mental. La fragmentación va desde las instancias macro hasta como la sobreespecialización y la medicalización fragmentan la persona en la asistencia.

¿Cómo ves hoy el campo de la salud mental?

Sigo con mucho interés la reforma de la provincia de Buenos Aires. Hubo otros antecedentes y experiencias valiosas, como Rio Negro, San Luis y otras, pero la dimensión de la provincia no solo en cuanto a población sino también a grandes instituciones de internación prolongada la hace fundamental, además del hecho de que se funda en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental una herramienta importante. Por cierto hay antecedentes de experiencias muy valiosas en la provincia, como el PREA e iniciativas y acciones de algunos municipios que

deben ser reconocidas, pero ahora es una política de salud porvincial que se integra con otras de salud e intersectorialmente, para garantizar el piso de derechos necesarios para quienes deben ser externados de internaciones prolongadas crónicas y también para todos y todas al recuperar importantes espacios para los cuidados de la población en general. La consigna de abrir las grandes instituciones para que los que están afuera puedan circular e incorporar esos espacios y los que están adentro puedan salir me parece una idea muy potente. Ver un viejo edificio en el Hospital Cabred recuperado como centro de vacunación y de primer nivel de atención para toda la comunidad me pareció un signo de cambio importante. Así como lo es el proyecto de construcción de viviendas para personas externadas y mujeres trabajadoras en Melchor Romero licitadas recientemente, por poner algunos ejemplos. En la misma línea está la incorporación de niveles de atención en salud mental en los hospitales generales.

Además de que en el campo de la salud mental, como en otros espacios donde suceden fenómenos segregativos, hay que deconstruir institutos y discursos sociales, también, hay una batalla corporativa que tiene actores internos que se oponen a la ley nacional de salud mental. Una serie de episodios recientes han mostrado una fuerte embestida mediática contra ella. Entre esos actores hay algunas corporaciones psiquiátricas y también se suman las de esas instituciones particulares que son las “comunidades de asistencia a adicciones”. La contraparte es una generación nueva de psiquiátricas –que no se si son mayoría– que se diferencian tanto de aquellos que están preocupados por

la molécula y lo biomédico como algunos que les antecedieron y profesionales en general más permeables al trabajo interdisciplinario y a la intervención que reconoce a quienes son asistidos como sujetos de derechos. Quizás son los que encontrarán el camino para que la salud mental se incorpore a una perspectiva integradora de la salud, con núcleo en una clínica ampliada.

Varias veces he afirmado que el éxito del campo de la salud mental sería su desaparición, no porque desaparecieran sus profesiones y sus disciplinas, sino porque se integrarían en prácticas de salud no fragmentadas.

Y ¿Cuál sería su punto más frágil?

El punto más frágil del proceso de transformación necesario en el campo de la salud mental es que no es separable de como evoluciona social y políticamente la sociedad. En un momento mundial de tensión donde aparecen fuerzas casi explícitamente antagónicas a procesos de profundización de derechos para el conjunto de los humanos lo cual subordinan a la acumulación y concentración de ganancia, los avances en el campo de la salud mental se ligan profundamente a los avances en el campo de los derechos y la vida en general.

El punto más frágil y por donde más se va a atacar la ley nacional de salud mental en este momento es el de los consumos problemáticos. Y no son las clínicas ni los sanatorios psiquiátricos los que más la están combatiendo, sino todo lo que hay alrededor de las comunidades terapéuticas que tienen un nivel de regulación sumamente bajo, y en algunas de las cuales sucedido muertes por falta de asistencia oportuna

condenadas por la justicia. Eso no obsta para que haya las que proveen una asistencia adecuada. Lo mismo queda el debate acerca de los dispositivos para atender los consumos problemáticos de manera efectiva. La demanda de los familiares de que se interne compulsivamente debe ser escuchada pero no necesariamente respondida de forma lineal, sino pensando los modos reales de atención cuidadosa a quienes padecen el problema que no son únicamente quienes consumen. Lamentablemente muchos medios aprovechan episodios que convocan al debate social para denostar de la ley nacional de salud mental, incluyendo mentiras flagrantes sobre ella como que prohíbe la internación involuntaria, cuando la misma —la capacidad de internar sin consentimiento— está claramente regulada en la ley.

Es cierto que falta ampliar servicios de salud mental, capacitar a todos los actores intervinientes y proveer los recursos necesarios para que la asistencia llegue de manera oportuna a quienes la necesitan. La pandemia ha incrementado notablemente la demanda y eso se nota en la saturación de los servicios.

Cuando veo las embestidas mediáticas contra esta ley y la forma riesgosa en que se abordan algunos problemas del campo (por ejemplo el suicidio) pienso que si se hubiese podido implementar la ley de medios quizás hoy estaríamos con otros discursos. Porque contaríamos con una proliferación de medios comunitarios y sociales que tendrían peso importante en la construcción del discurso social. Habría una diversidad más que una hegemonía totalizante. La ley de salud mental es que tuvo un elemento muy importante en su gestación y es que

potenció a actores no presentes previamente como las organizaciones de usuarios y familiares, y tuvo también la participación como nuevo actor de organismos de derechos humanos. La sobrevivencia del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental a pesar de la primera gestión de salud mental del gobierno de Macri, en la que se le retiró todo apoyo, es una muestra de eso. Y el actual Consejo Consultivo Honorario está presidido por una representante de una organización de usuarios. Lo mismo puede decirse de la continuidad de acción del Órgano de Revisión en Salud Mental, que además ha promovido o servido de ejemplo a la creación de Órganos de Revisión Provinciales que ya constituyen una federación.

Tampoco perdamos de vista que estamos transformando un pensamiento hegemónico que viene de la revolución francesa y que va a traer consecuencias de cómo nos paramos ante un pensamiento eurocéntrico que precisa una necesaria revisión de nuestras formaciones como profesionales. No todo, ni mucho menos, es la pugna psicólogos y psiquiatras. Hay muchos psiquiatras con los que se puede trabajar perfectamente y son indispensables en un proceso de reforma y hay colegas de nuestra profesión con los cuales deberíamos trabajar un rato para que piensen en prácticas comunitarias y abordajes interdisciplinarios y no se centren fundamentalmente en esquemas psicopatológicos, con lo cual resulta afines a los procesos culturales de medicalización-psicopatologización.

Se trata de profundizar teóricamente la categoría de sufrimiento psíquico, eso no significa renunciar a herramientas psicopatológicas, pero las incluye como una parte no como el total. E

incluso las relativiza. La psicopatología es una herramienta teórica que además cambia a lo largo de la historia, se la piensa de distinta manera y que hay que separar de cualquier generalización universalizante y de cualquier conducta segregativa.

En general toda universalización de lo humano termina siendo una universalización eurocéntrica y occidental. La psicopatología es útil pero no se puede reducir el sufrimiento psíquico a la psicopatología.

Por último, si bien el tema daría para otra entrevista a grandes rasgos ¿qué cambios debería considerar la universidad?

Una institución que tiene que ser revisada profundamente es la institución universitaria. Me parece que esta pregunta excede lo que puedo responder al final de la entrevista. Pero fundamental es como lograr que el enfoque disciplinar no subsuma los problemas complejos en relación a su objeto y como pasar de los restos escolásticos y la parcialización a una institución de aprendizaje continuo enfocado en problemas. Surge desafíos: cómo evitar la fragmentación del conocimiento, como articular teoría y práctica y como incorporar la experiencia. Sucede que la ciencia moderna ha excluido la experiencia del conocimiento, metafóricamente la redujo al experimento pero la excluyó (el excluir al sujeto) de la producción del “saber” científico. Muchas de las personas activistas del campo, que han atravesado situaciones de

sufrimiento psíquico severo y han sido asistidas en instituciones de salud mental, se enuncian a sí mismos como expertas porque convalidan su palabra a través de la experiencia y como tales reclaman ser escuchados a la par de los voceros profesionales y académicos en la toma de decisiones. “Nada sobre nosotros sin nosotros” es su consigna.

Entonces como incorporar la experiencia, como incorporar el abordaje interdisciplinario y cómo articular la relación teoría y práctica serían tres ejes posibles para reconsiderar la institución universitaria. Pero esto es inseparable por cierto de una democratización efectiva que barra los enquistamientos corporativos y burocráticos en los cuales sucumbe una idea luminosa temprana, la de la Reforma Universitaria, que hoy debiera retomarse y profundizarse.

Notas

1. Equipo de Investigación PID 0367, SECyT/ CONICET. Directora: Alicia Stolkiner. Ver publicación en : Stolkiner,A; Clara M., di Stefano P, Gandolfo M, Santiago G, Vilar P: ATENCION DE LA SALUD MENTAL EN EL SUBSISTEMA DE OBRAS SOCIALES, Revista Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. VIII, No 30, p. 300-310. Buenos Aires, Diciembre de 1997.
2. Alicia Stolkiner y Julian Ferreira: Psicopatologizar la Cuarentena, Revista Lobo Suelto, 3 de julio de 2020. <http://lobosuelto.com/psicopatologizar-la-cuarentena-alicia-stolkiner-y-julian-ferreyra/>
3. Documental: “La Insubordinación de los privilegiados” <https://www.youtube.com/watch?v=1IejzbqLHLE>

Con cuatro instituciones monovalentes, la provincia de Buenos Aires inició con la gestión de Daniel Gollan primero y Nicolás Kreplak después, un proceso de adecuación de los hospitales psiquiátricos a la Ley Nacional de Salud Mental. Julieta Calmels y Mariano Rey se detienen en el peso del contexto heredado y las dificultades accesorias que trajo la pandemia para llevar adelante el Plan Integral de Salud Mental, mientras que el Dr. Jorge Rossetto director del Hospital Domingo Cabred y las directoras (ejecutiva y adjunta) del Hospital Esteves, María Rosa Riva Roure y María Isabel Hartfiel analizan los modelos de gestión y el camino de transformaciones en que se inscriben las prácticas en esos nosocomios.

Las políticas de salud mental para la provincia de Buenos Aires

Por **Julieta Calmels y Mariano Rey**

Hace poco más de dos años asumimos la responsabilidad de gestionar y llevar adelante la política de salud mental de la provincia de Buenos Aires en el marco del Ministerio de Salud¹. Un desafío doble porque al poco tiempo hubo que gestionar en medio de una pandemia que cambió las rutinas y los modos de construir cuidados. Pero a su vez, dejó entrever que también ahí había una necesidad imperiosa de avanzar decididamente

hacia la construcción de un sistema integrado de salud y solidario en lo que respecta a la salud mental de las y los bonaerenses.

No son pocas las deudas y vacancias históricas que en ese plano tenía la provincia, lo que sí resultó claro desde el principio es que para generar una política integral e integrada debíamos plantearnos la transformación del modelo de atención en salud mental, centrado en las personas e ir a uno centrado en las comunidades,

DESAFÍOS, TENSIONES Y PROBLEMAS EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

tal como nuestro marco normativo nacional y provincial lo proponen. Avanzar en dicha propuesta de trabajo supone pensar el rol y función de cada uno de los componentes del sistema sanitario –llevando adelante las transformaciones pertinentes en cada ámbito–, las interacciones entre los mismos y con otras áreas del Estado, así como las trayectorias y vinculaciones que las personas tienen con el sistema, con el fin de disminuir las barreras de acceso y construir líneas de cuidado con base territorial, garantizando así el derecho a la salud.

Comenzamos entonces un proceso de trabajo colectivo hacia el interior de las instituciones de salud con los equipos directivos, así como con el conjunto de las y los trabajadores. De esta forma, desencadenamos en los **Hospitales Neuropsiquiátricos públicos de la provincia**² un proceso de adecuación de los mismos a la Ley Nacional de Salud Mental, la cual adhiere nuestra provincia a través de la Ley N°14.580. Dicho proceso tuvo como eje la elaboración y aprobación de Planes de Adecuación para cada una de las cuatro instituciones neuropsiquiátricas de la provincia. La particularidad de los planes propuestos tienen como rasgo saliente el hecho de que incorporan componentes sanitarios, pero también otros componentes no sanitarios, entre ellos proyectos socio productivos, habitacionales, deportivos, culturales, educativos y de memoria, con la finalidad de transformar dichas instituciones, abriéndolas a la comunidad así como también generando procesos de externación sustentable de las

personas allí internadas –un gran porcentaje sin criterio de internación y con largos periodos de estadía, en muchos casos décadas–. Como dato vale mencionar que el 42% de las personas internadas tenía un promedio de internación de más de 10 años.

Creamos a su vez, el **Programa “Buenos Aires Libre de Manicomios”** para acompañar, dinamizar y profundizar todo este proceso. Nos enorgullece decir que tras un arduo trabajo de los equipos pasamos de tener 1810 personas internadas en diciembre de 2019 a 1263 en noviembre de 2021, con más de 500 personas retomando la vida en comunidad en viviendas colectivas con distintos tipos de apoyos y otros con sus familias. En esta misma línea, y con la finalidad de terminar con la histórica política asilar manicomial, definimos el cierre del pase o admisión de nuevos pacientes a los servicios de crónicos o de larga estadía.

Otro trabajo importante nos estamos dando para con los **hospitales generales**, a través de la incorporación de 38 equipos interdisciplinarios (con más de 100 nuevos profesionales) para el abordaje de episodios agudos y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos, dotando de esta forma a la totalidad de hospitales provinciales de equipos de trabajo para garantizar las internaciones en dichas instituciones, acompañados de proyectos de reformas edilicias que mejoren las condiciones en las cuales se lleva adelante el proceso de atención. Recurso humano, reformas

edilicias y cambio del modelo de atención es el trípode que guía la reforma en los hospitales generales.

Asimismo, nos encontramos replanteando la tarea que llevan adelante los **Centros Provinciales de Atención (CPA)**, históricamente vinculados al abordaje de los consumos problemáticos, ampliando su oferta de atención hacia otros padecimientos en salud mental y generando propuestas de abordaje comunitario. Varios de ellos, a partir de la incorporación de propuestas de inclusión social diversas abiertas a la comunidad se encuentran en reconversión hacia Centros Comunitarios de Día, al tiempo que proyectamos la apertura de nuevos dispositivos de esta índole, convencidos que la salud del pueblo debe abordarse desde sus múltiples determinaciones.

Hemos incorporado también **nuevos equipos móviles regionales** de enlace comunitario y apoyo a las guardias hospitalarias, estrategia fundamental que favorece la vinculación entre los diferentes componentes del sistema para garantizar acceso y continuidad de cuidados, en muchas instancias aproximando al sistema sanitario al lugar de referencia de las personas y su trama comunitaria en el abordaje de situaciones complejas de salud mental y consumos.

Creamos un **Programa específico para la asistencia y cuidado de las infancias y juventudes**, muy necesario y reclamado históricamente por la importancia que implica el

impacto en los procesos de subjetivación y los padecimientos en esas edades tempranas.

Para garantizar el cambio en el modelo de atención acompañamos con **propuestas formativas** de diversa índole, articuladas con la Escuela de Gobierno en Salud "Florencia Ferrara". Entre ellas nos encontramos reformando los programas de residencias de las disciplinas afines al campo, así como desarrollamos la Diplomatura de Políticas Públicas en Salud Mental.

Convencidos de la importancia del desarrollo de una **política de medicamentos** que contemple al medicamento como bien social, y su uso ajustado a las necesidades clínicas mejorando el acceso y evitando la sobre medicación, multiplicamos por diez la población cubierta a través del Programa de Uso Racional de Psicofármacos.

A los efectos de favorecer el desarrollo de políticas integrales e intersectoriales, nuestro gobernador creó la **Comisión Provincial Interministerial de Salud Mental y Consumos Problemáticos**, compuesta por diez ministerios de la provincia. Asimismo, convencidos de que un Estado presente es un Estado articulado, promovemos activamente la creación y funcionamiento de mesas locales en los municipios, poniendo en articulación los efectores de gestión nacional, provincial y municipal, con fuerte acompañamiento de los equipos regionales de salud mental.

Con la finalidad de avanzar en el ordenamiento de los efectores privados que realizan

DESAFÍOS, TENSIONES Y PROBLEMAS EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

prestaciones en salud mental y consumos creamos una **nueva norma de habilitación y fiscalización**, la cual permitirá avanzar en la creación de nuevos dispositivos acordes a nuestro marco normativo, así como también acompañar los procesos de adecuación a las instituciones que así lo precisen.

Por último, nos encontramos en una instancia de consulta a distintos actores a fin de consolidar un **Plan Provincial Sexagenal de Salud Mental**, el cual permitirá plasmar en un documento todos estos procesos desencadenados, así como la planificación estratégica de los próximos años.

Estamos convencidos que avanzar hacia la plena implementación de la Ley de Salud Mental en la provincia de Buenos Aires supone la transformación de gran parte del sistema de salud y del modelo de atención y gestión; transformación que sólo es posible con decisión política, construcción

colectiva e integración Estatal. A más de dos años de iniciado este proceso entendemos que no solo implementar la Ley es posible, sino deseable y necesario para una salud y salud mental acordes con las necesidades de nuestro pueblo y en el marco de un gobierno que se ha propuesto asumir los problemas estructurales para construir una provincia para todos y todas.

Notas

- 1 A través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la salud pública a cargo de la Lic. Julieta Calmels, subsecretaría que forma parte del Ministerio de Salud de la provincia que estuvo a cargo en un primer momento del Dr. Daniel Gollan y actualmente del Dr. Nicolás Kreplak.
- 2 Contamos con cuatro, a saber, el Hospital Alejandro Korn en la localidad de Melchor Romero, el Hospital Cabred de Open Door, el Hospital Esteves de Lomas de Zamora, y el Hospital Taraborelli de Necochea.



El Hospital Esteves en proceso de transformación

Por María Rosa Riva Roure

DIRECTORA EJECUTIVA DEL HOSPITAL ESTEVES

María Isabel Hartfiel

DIRECTORA ASOCIADA DEL HOSPITAL ESTEVES

Introducción:

La presente columna da cuenta del proceso de transformación institucional iniciado en el Hospital Esteves a partir de nuestra asunción en la dirección en Marzo/2020. La transformación institucional está enmarcada en una clara decisión política de cambio en los modelos de atención en salud mental desde la gestión actual en la provincia, que involucra a los cuatro monovalentes extendiéndose en la red de servicios de atención y sus distintos niveles, en cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. El Hospital Esteves es una institución con 113 años desde su fundación, que fue pensada con una función social de asilo, modelo que se ha instalado no solo en su interior sino en sectores e instituciones de la comunidad que aún hoy en día le otorgan ese rol.

A lo largo de su historia se han generado experiencias y dispositivos valiosos que han intentado la transformación de este modelo. Sin

embargo, la fuerza del concepto asilar persiste y eso hace que una cantidad importante de mujeres permanezcan alojadas en la institución sin causas de salud que motiven esa persistencia, siendo las razones de tipo social o económica.

La transformación hospitalaria que proponemos está centrada en el sujeto y pensada en un proyecto individual de acompañamiento, basado en un sistema de apoyos progresivos y asistencia en la externación. Necesita estar pensada desde un sujeto integral y la comunidad que lo aloja y, sin duda, requiere un trabajo interdisciplinario e intersectorial. El desafío más grande será lograr el cambio cultural que implica la atención a partir de los lineamientos planteados por la Ley Nacional de Salud Mental entre los trabajadores del hospital, las y los usuarios y la comunidad y sus instituciones.

Este proceso implica un trabajo hacia la salud comunitaria, fortalecimiento de dispositivos ambulatorios de atención e incremento de externaciones sustentables.

DESAFÍOS, TENSIONES Y PROBLEMAS EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Conformando equipos con diversos niveles de apoyo y un re perfilamiento de los sectores de internación de largo plazo hacia el trabajo especializado con tercera edad y discapacidad. Requiere cambios profundos en múltiples sentidos: en formas de trabajo, en reorganización de sectores, en modificaciones edilicias, en articulación interinstitucional y por sobre todo una intensa tarea en recuperación de derechos de las personas internadas. Sin duda la pandemia por Covid-19, modificó los tiempos y modos de desarrollo de los procesos de cambio propuestos en el plan de adecuación a la ley. Sin embargo, no alteró sus propósitos.

Avances en el proceso de transformación:

El hospital cuenta con un sector de Agudos (Guardia, Sala de Admisión y Sala de internación a corto plazo) y sectores de Rehabilitación e Internación prolongada a mediano y largo plazo. En estos últimos, la mayoría de las mujeres están alojadas desde hace muchos años, lo que lo configura en una estructura asilar. También cuenta con equipos de externación asistida que trabajan en la comunidad y servicios ambulatorios de Hospital de día de adultos y consultorios de adultos, niños y niñas.

Los principales avances en el proceso de transformación fueron los siguientes:

- Se realizó un diagnóstico de necesidades y recursos de las mujeres internadas en los sectores de internación prolongada.

- Se conformaron equipos interdisciplinarios de trabajo en los sectores de internación a mediano y largo plazo con una tarea de evaluación transversal en todas las salas de cada sector.

- Se revisaron y reformularon objetivos de trabajo de los Servicios que permanecerán a futuro en la institución: Agudos, Rehabilitación, Externación Asistida, Residencia, Centro de Día para Tercera Edad, Residencia y Centro de Día para Discapacidad.

- Se cerró (03/2020) el pase desde el sector de agudos a las salas de internación a mediano y largo plazo y se redujo la población internada en este sector en un 25% (31/12/19 al 31/12/21), estimulándose la externación con familias y derivándose a los equipos de trabajo comunitario.

- Se conformaron nuevos equipos de externación asistida y trabajo en la comunidad y se cerraron 2 salas de internación prolongada.

- Se está trabajando junto a Infraestructura del Ministerio de Salud de la Provincia en la modificación de estructuras edilicias de los pabellones existentes, tarea indispensable para adaptar los espacios a un modo de atención más digno y adecuado al cuidado que se desea ofrecer. Hospital de Día para adultos que permitirá ampliar la oferta tanto en número de pacientes a atender como franja horaria, como así también para AIPANN, Consultorios externos y Hospital de Día para niños y niñas. Proyectos de ampliación y adaptación de los sectores de Sala de Admisión, Guardia y Consultorios externos, Diseño de Centros de día y Residencias para Tercera Edad y discapacidad ampliando la atención a futuro a

toda la diversidad sexual ya que en la actualidad solo se internan mujeres. Se habilitó un nuevo gimnasio de kinesiología y se amplió la sala de espera de Consultorios externos

-Se conformó un Polo Laboral a partir de experiencias vigentes en distintos sectores y del surgimiento de nuevos proyectos inclusivos: huerta, kiosco-bar, panadería, promotores de derechos, textil y otros en proceso de organización. Se busca con esto lograr la generación de puestos de trabajo que, en principio, sirvan como capacitación que permita luego la salida al mercado competitivo de personas que han quedado durante muchos años al margen de estas posibilidades. La idea es la participación mixta en ellos, es decir personas con vulnerabilidad social que han pasado por internaciones y personas de la comunidad deseadas de sumarse a estas tareas. Se articuló con el Ministerio de Trabajo y con la Dirección General de Cultura y Educación.

-Se ampliaron actividades artísticas y expresivas de diversas disciplinas y trabajo corporal para las mujeres internadas, muchas de ellas en articulación con producción cultural de la Provincia de Buenos Aires.

-La formación y capacitación para los trabajadores y trabajadoras surge como una necesidad ineludible. En el 2021 se logró la reapertura de carreras de Enfermería, Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico y formaciones de posgrado como la Especialización de Enfermería en Salud Mental. Se realizaron capacitaciones específicas para cada sector

(tercera edad, discapacidad, rehabilitación, etc.) lo que permitirá construcción de proyectos y una mejor calidad en la atención.

-Se articuló con el municipio de Lomas de Zamora múltiples actividades que surgieron como requerimiento durante la pandemia como muchas otras que hacen al devenir cotidiano de la institución. Se realizaron derivaciones tanto de pacientes como de trabajadores para internación ante requerimiento de mayor complejidad de atención durante la Covid-19 al Hospital Gandulfo como al municipal de Lavallol. Se obtuvo espacio de aislamiento ante casos positivos de trabajadores. Recibimos importante apoyo logístico para la puesta en marcha del vacunatorio desde marzo de 2020, que significa también una apertura del hospital hacia la comunidad. Se realizaron controles de salud ginecológica a mujeres alojadas en el Hospital Materno Infantil Dr. Oscar Alende.

-Se trabajó en un armado de redes territoriales con los municipios de la Región Sanitaria VI que facilitan las derivaciones en pos de evitar internaciones y reinternaciones.

Conclusiones:

El proceso de transformación hacia el trabajo comunitario está en marcha. La complejidad del mismo, por sus múltiples implicancias, hace que ese recorrido no sea lineal. El compromiso de los trabajadores, la firme decisión política de las autoridades provinciales y la articulación regional y local, son las claves para el avance de estos cambios. La recuperación de derechos

El caso del Hospital Interzonal Dr. Domingo Cabred

Por Jorge Rossetto,

DIRECTOR DEL HOSPITAL DR. DOMINGO CABRED

El contexto

En diciembre de 2019 asume una nueva gestión de gobierno en la provincia de Buenos Aires que plantea la necesidad de una reforma integral del sistema de salud para brindar una respuesta más adecuada a las necesidades y demandas actuales de la población. En este marco, la Subsecretaría de Salud Mental, consumos problemáticos y violencia en el ámbito de la salud pública se compromete a implementar la ley nacional de salud mental N°26657 para garantizar el acceso a la atención de la salud mental y la restitución de los derechos de las personas internadas en hospitales psiquiátricos. En pleno proceso de relevamiento diagnóstico sobre la situación de los servicios de salud mental irrumpe la pandemia de COVID-19 a nivel global, y se decreta en nuestro país el ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio) que precipita una reconfiguración de las prioridades sanitarias y de la agenda de las políticas públicas. En el mes de febrero de ese año,

y en consonancia con esta nueva etapa político institucional se produce el cambio de autoridades del Hospital interzonal Dr. Domingo Cabred.

El diagnóstico inicial

Se puede identificar al inicio de la gestión una institución con características asilares, correspondiente a hospitales de primera generación (entre 1880 y 1925) que tal como afirma Arce (1995) reconoce como elementos distintivos: el aislamiento del paciente, la financiación a través de la beneficencia, edificios pabellonados separados entre sí por espacios abiertos, escaso desarrollo de asistencia ambulatoria, de los servicios intermedios e internaciones muy prolongadas. Prevalecía una superpoblación en los espacios habitables, atravesado por situaciones de violencia institucional y vulneración de derechos, con un grave deterioro edilicio, incluyendo áreas sensibles como el Servicio de Atención en Crisis (SAC), Clínica Médica y Cocina. En términos de modelo de atención, se observaron altas

tasas el ingreso, reingreso, abandono voluntario “fugas”, con marcada fragmentación entre los servicios de guardia, consultorios externos (atención ambulatoria en salud mental), SAC y salas (tratamiento en salud mental de corto y largo plazo). Se identificó una falta de seguimiento de los usuarios en las diferentes instancias, sin integración de procesos centrados en la persona, escasa comunicación entre profesionales, baja a nula horizontalidad con débil participación de los distintos actores participantes, naturalización de los abandonos de tratamiento, así como del efecto de “puerta giratoria”.

El programa PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) orientado a la desinstitutionalización y externación de los usuarios estaba sostenido por el compromiso de los equipos, pero no constituía un eje central de política institucional.

Gestionar en pandemia

El proceso de planificación para el diseño de un Plan Estratégico fue interrumpido por la pandemia de covid-19, la prioridad fue en ese momento establecer estrategias para cuidar la salud de usuarios y trabajadores. El escaso conocimiento sobre el virus y los efectos devastadores que había provocado en Europa y Estados Unidos sobre la población, especialmente la alta mortalidad en personas alojadas en instituciones semicerradas como geriátricos hacía prever un escenario desolador. En el momento de inicio de la gestión el hospital tenía 717 personas internadas. Contaba con un servicio de cirugía, personal de enfermería de 24 hs y médicos que

no realizaban cirugías desde hacía más de cinco años y un servicio de clínica médica que no difería del resto de los pabellones por el deterioro edilicio, la precariedad del equipamiento y las prácticas institucionales manicomiales.

Una vez declarada la emergencia sanitaria se cerró el Servicio de Cirugía y todos los trabajadores y trabajadoras se integraron a Clínica Médica con el objeto de fortalecer y preparar ese sector para enfrentar la pandemia. Estos movimientos generaron algunas resistencias en el personal que fueron disipadas con múltiples reuniones y encuentros de capacitación sobre la situación epidemiológica y el uso de los elementos de protección personal (EPP), que posteriormente se extendieron a todos los agentes de la institución. La coordinación de las acciones se realizó a través de la formación de un Comité de Crisis integrado por jefes de servicio, jefes de departamento y representantes de los sindicatos. La comunicación se reforzó a través de reportes diarios destinados al personal.

La pandemia como una oportunidad del proceso de reforma

Un dilema que atravesaba la gestión al inicio de la pandemia tenía que ver con la conveniencia de cerrar todo por protección o abrir la institución para posibilitar externaciones para aquellos que pudieran permanecer en sus hogares, con sus familias o referentes afectivos. Finalmente se optó por la segunda alternativa, a lo cual se sumaron usuarios que se encontraban de salida terapéutica a quienes se le extendieron los

DESAFÍOS, TENSIONES Y PROBLEMAS EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

permisos para que permanecieran en sus casas, posteriormente a la mayoría de ellos se les otorgó el alta de internación. Los seguimientos y apoyos fueron realizados por equipos interdisciplinarios de manera virtual y visitas domiciliarias. Simultáneamente la Subsecretaría de Salud Mental y la Dirección Provincial de Hospitales del Ministerio de Salud trabajaban con los hospitales generales estrategias para fortalecer la atención en la internación en salud mental en los mismos y así evitar que la demanda no se dirigiera exclusivamente a los hospitales monovalentes. Estas decisiones de política y de gestión institucional tuvieron un alto impacto en la disminución del número de internaciones de primera vez pasando de 91 en el año 2019 a 32 en el año 2020.

Claves del proceso de reforma

El plan de adecuación institucional es el instrumento técnico-político aprobado por resolución del Ministerio de Salud el 10 de diciembre de 2020 que contiene los ejes fundamentales que sustentan la transformación del Cabred. Entre ellos podemos mencionar: a) Integración de servicios: las diferentes especialidades, salas y servicios ubicadas en diferentes pabellones conformaban verdaderas “islas” promoviendo un proceso de atención fragmentado y poco accesible para usuarios y familiares por lo que se comenzó el proceso de transferencia de los mismos al edificio Eustaquio Cárdenas. Actualmente funcionan integradamente el servicio de diagnóstico y tratamiento que nuclea diversas especialidades de

salud, guardia interdisciplinaria, farmacia y clínica médica. b) Desinstitucionalización y restitución de derechos: El Cabred cuenta con una importante experiencia en procesos de externación de usuarios de salud mental a través del programa PREA (1999), la habilitación de viviendas colectivas con bajos niveles de apoyo se complementó el año pasado con la apertura de unidades residenciales con sistemas de apoyo intensivo en la comunidad. El trabajo con la subsecretaría de salud mental y el RENAPER para la documentación de los usuarios y el derecho a la identidad fueron una de las líneas de acción priorizadas. c) Descentralización territorial de la atención en salud mental: una de las características de las instituciones asilares es la dificultad para la accesibilidad de la atención ambulatoria, por lo que se ha profundizado el proceso de descentralización de la atención para que los usuarios externados puedan ser atendidos en sus lugares de residencia o cercanos a ella. Como parte de este proceso, equipos del Cabred se trasladan a diferentes municipios con el objeto de coger gestionar los tratamientos con los equipos locales. d) Componentes educativos, culturales y de memoria: La reconfiguración institucional no solo plantea una mayor diversificación de servicios socio sanitarios abiertos a la comunidad y emplazados en la misma, sino la construcción de otros espacios para el desarrollo de actividades culturales en pabellones que se van cerrando como el Centro de educación permanente, archivo histórico, espacio para la memoria, museo, paseo turístico y recreativo Cabred.

Algunos resultados a dos años de gestión

La cantidad de personas internadas pasó de 717 a 420. El número de usuarios en dispositivos residenciales en la comunidad pasó de 76 en 2019 a 156 en diciembre de 2021. Se abrió un centro de vacunación contra el covid-19 en el que se vacunaron más de 20 mil ciudadanos y ciudadanas que ingresaron en su mayoría por primera vez a la institución. Se cerraron 6 pabellones (Cirugía, SAC, pabellón 7,11,12 y 18) como parte de una decisión de gestión y no solamente como resultado de un cierre por estado de abandono. Se creó una guardia interdisciplinaria en salud mental con inclusión de psicólogo y trabajador social, y el Servicio de evaluación, admisión y tratamiento (SEAT) con 14 camas para pacientes con cuadros agudos de salud mental, ambas articuladas bajo una coordinación que integra las prácticas. La mortalidad a pesar del contexto de pandemia durante el 2020 disminuyó en relación al año 2019 pasando de 28 a 16 personas fallecidas.

Conclusiones

Los procesos de reforma en salud mental son eminentemente políticos y requiere de cambios estructurales en el sistema de salud para integrar definitivamente la salud mental y los consumos problemáticos al campo sanitario. Durante décadas prevaleció un sistema asilar donde la principal respuesta a la necesidad de atención de una persona estuvo fundada en la internación, situación que derivó en que muchos

individuos no pudieran ejercer un derecho básico, la vida en libertad y en comunidad. Hay suficiente evidencia de que las instituciones totales vulneran los derechos humanos y producen más daño que beneficios en las personas, por eso los procesos de rehabilitación psicosocial deben implementarse en la comunidad construyendo redes para el sostenimiento de los cuidados a través de sistemas de apoyo. Una de las grandes paradojas del manicomio es que la recuperación de las personas comienza cuando se van de la institución. En ese sentido, la provincia de Buenos Aires viene transitando un proceso profundo de cambio del sistema de atención, el debilitamiento del manicomio es un indicador de la construcción de un modelo de salud mental de base comunitaria que va ganando espacio. Edgardo, una persona internada durante varios años en dos momentos de su vida y que actualmente vive en una casa en Lujan junto a otras personas externadas, cuando vio por primera vez la casa que habita en la actualidad dijo “No esperaba esto para mí, es mucho mejor que la casa que yo habitaba antes de internarme”. Reparar daños, promover y garantizar derechos es el camino para la construcción de una sociedad más justa que incluya las diferencias y mejore la calidad de vida de su población.

Bibliografía:

Arce, H. (1995). Funciones y responsabilidades del Hospital Público. Los Servicios de Salud en la Argentina.

Salud Mental y Fuerzas Policiales

Por Adelqui Del Do

“Es feo ser digno de castigo, pero poco glorioso castigar.”

Michel Foucault

Uno de los debates que retorna constantemente frente a tragedias que implican a usuarios de la salud mental, es el rol de las fuerzas policiales y de seguridad en situaciones de padecimiento mental y/o consumos problemáticos¹.

Desde los medios de comunicación se suele hacer hincapié en la falta de formación de los agentes policiales, pero habría que preguntarse también si no se carece de formación en los profesionales de la salud mental para la intervención en situaciones de crisis y/o urgencias. En este tipo de situaciones lo primero que tenemos que tener en claro es que se trata de una problemática de salud y no de seguridad. Que tanto la policía como los profesionales de la salud deben conocer su competencia y límites de intervención. El Decreto 603/2013 que reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental, señala en su artículo 20: “ARTICULO 20.- (...) Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto

padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.”

¹ Por ejemplo la situación atravesada por el músico “Chano” Charpentier generó un debate importante en los medios masivos de comunicación. Pero no fue la única situación, durante el 2021, que implicó usuarios de salud mental y fuerzas policiales. De acuerdo a las pautas de intervención elaboradas por el Ministerio de Seguridad de Nación (Res. 506/2013)² las fuerzas policiales y los profesionales de la salud pueden encontrarse en tres escenarios posibles: 1) Personas con presunto padecimiento mental o consumo problemático cuyo comportamiento NO implica un riesgo cierto o inminente. Aquí las personas tienen derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y

su tratamiento. Esto implica que el usuario que se encuentra en decisiones de decidir, pudiendo inclusive rehusarse a realizar un tratamiento. 2) Personas con presunto padecimiento mental o consumo problemático cuyo comportamiento SI implica un riesgo cierto o inminente. Se refiere a situaciones de riesgo para la seguridad que puedan desarrollarse en la vía pública, domicilios particulares, cuya intervención policial puede estar precedida por solicitudes de intervenciones efectuadas al teléfono de emergencias policial. En ningún caso el personal policial realizara la evaluación sobre el mérito del traslado, siendo tarea del personal de salud. 3) Intervenciones Programadas. Traslados de personas con presunto padecimiento mental o consumos problemáticos. Las intervenciones programadas son aquellos casos donde la persona por orden judicial debe ser evaluada por el sistema de salud. Es decir, se ordena que la persona sea trasladada a una institución de salud para ser evaluada por un equipo interdisciplinario de salud mental, quien tendrá la facultad de indicar o no una internación. El código civil y comercial de la Nación establece: 2 Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros. "ARTICULO 42.- Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública puede disponer el traslado

de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato." Tres escenarios realmente complejos donde de acuerdo a normativas nacionales el actuar policial siempre debe ajustarse a principios de legalidad, oportunidad, proporcionalidad y responsabilidad. El actuar de los profesionales de salud también está también regulado por normativas nacionales y recomendaciones internacionales. Fuerzas Policiales Las pautas de intervención de Ministerio de Seguridad Nación (506/2013) destacan fundamentalmente que ante un hecho que involucra a personas en situación de consumo problemático de sustancias psicoactivas y/o personas con discapacidad mental o presunto padecimiento mental, las fuerzas de seguridad deben asegurar la plena protección de la salud de las personas facilitando las condiciones para la intervención inmediata de los servicios de salud, y la de otros servicios sociales o agencias estatales en caso de corresponder.

Principios generales de intervención:

- Evaluar conductas de riesgo para sí y para terceros.
- Evaluar qué estado presenta la persona entendiendo que es una problemática de salud, no de seguridad.

DESAFÍOS, TENSIONES Y PROBLEMAS EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

- Solicitar la asistencia inmediata del equipo de salud.
- Preservar la seguridad física y psíquica.
- Estrategias basadas en la contención verbal.
- Mantener la calma y adoptar estilo empático y respetuoso.
- Niños, niñas y adolescentes pedir la intervención a autoridades competentes de protección.
- El uso de medidas de fuerza, como la contención física, solo como último recurso.

Personal de Salud La implementación de la Ley 26.657 supone un cambio de paradigma importante al producir una reformulación de las prácticas e intervenciones y, de la conceptualización que se tiene del sujeto en tanto sujeto de derecho. En este sentido, la ley se enmarca en el paradigma del campo de la salud mental, intersectorial, interdisciplinario e integral, atravesado por la perspectiva de derechos humanos. El objeto de la Ley alcanza a todas las personas, en este sentido es de carácter universal, establece como objetivo el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental.

Las intervenciones en situaciones de crisis y/o urgencia deben ser abordadas por un equipo interdisciplinario y deben tenerse en cuenta determinadas recomendaciones:

- La valoración del riesgo cierto e inminente es potestad del equipo interdisciplinario de salud, y es lo que define la pertinencia o no

de una internación involuntaria. - Generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes. Asistir sin ningún tipo de discriminación.

- Habilitar siempre un espacio para la escucha. Asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, condiciones de vida, cultura e idioma. Invitar a la persona a que pueda hablar sobre lo que le está sucediendo. - En la urgencia se debe tratar de conocer la situación y los factores desencadenantes: factores estresantes y de riesgo para la persona.

- Disponer del tiempo que sea necesario para evitar el incremento de la resistencia y eventualmente de la violencia.

- Evaluar un abordaje psicofarmacológico.

- Sujeción mecánica y/o física como última opción.

Implementación Como podemos observar las recomendaciones para abordar situaciones complejas existen, pero la pregunta es cómo se implementa dichas pautas de intervención. Por un lado, salud mental debe ser parte de la formación de los agentes policiales, pero también es necesaria una mayor formación de los profesionales de la salud mental en situaciones de crisis desde una perspectiva de derechos. Otro punto central es mayor cantidad de dispositivos de salud mental integrados a la comunidad y avanzar hacia la Integralidad del sistema de salud. En relación al consumo problemático de

droga ilegalizadas queda pendiente resolver a tensión entre la Ley de Salud Mental y la Ley Penal de Estupefuentes, ley que desde hace tiempo ha quedado fuera de época. Sabemos que el abstencionismo y la llamada “lucha contra el narcotráfico” ha fracasado a nivel mundial. Es necesario no criminalizar el consumo de drogas y entender la salud mental como un concepto dinámico, determinado por componentes sociales, económicos, culturales y psicológicos. Esta perspectiva también implica el derecho a la privacidad, la autodeterminación y la libertad, respetando la decisión de los usuarios

con respecto a su tratamiento. Como bien señala La Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y Adicciones.

Bibliografía

Ministerio de Seguridad de la Nación. Resolución 506/2013 “Pautas para la Intervención de los Cuerpos Policiales y Fuerzas de Seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucran a personas con presunto 3 Ley Penal de Estupefuentes 23.737 vigente en la actualidad. padecimiento mental o en situación de consumo problemáticos.



ACTIVIDADES | APBA

Como señalábamos en el número anterior, durante la pandemia más de 50 psicólogas y psicólogos construyeron dispositivos inéditos de atención y acompañamiento que la Asociación puso a disposición de sindicatos, organizaciones sociales y comunitarias. Con los textos de la licenciada **Alicia Rotela**, flamante secretaria de Asuntos Profesionales de nuestra institución (2021-2023) y de **Gerardo Codina** integrante de la Comisión Directiva de APBA, en gestiones anteriores iniciamos un proceso de debate y discusión, que nos permita articular teoría y práctica en nuestro *quehacer cotidiano* como trabajadores de la salud. Mientras **Nora Merlín** que acompaña como asesora y supervisora esta experiencia nos plantea como operan los efectos de la Covid-19 en la subjetividad y las consecuencias que trajo aparejado para la práctica del psicoanálisis.

APBA-Acompaña Fortalecimiento de la salud mental comunitaria en pandemia

Por **Alicia Rotela**

La pandemia mundial iniciada en 2020, es sin dudas el fenómeno desconocido más trascendente en la historia de nuestra profesión.

A partir de ahí, todas las certezas se desplomaron. Y cada Estado-Nación tuvo que vérselas con su propia realidad: su presupuesto, sus políticas públicas sanitarias, su planificación o su improvisación.

Y en el caso de Argentina, arrastrábamos la epidemia del dengue, el rebrote del sarampión y el escándalo de las vacunas vencidas, que en el corto plazo se iba a coaligar con los nuevos "antivacunas".

El Estado Nacional recuperó el Ministerio de Salud, disminuido a secretaría por la gestión anterior, y puso en valor las Políticas Sanitarias que el macrismo había desmantelado.

El no contacto entre las personas fue la medida preventiva por excelencia. La interrupción disruptiva del trabajo y la vida cotidiana, presentó desórdenes emocionales que exigieron un abordaje planificado para dar una respuesta desde la salud mental.

En la Asociación de Psicólogas y Psicólogos de Bs. As. (APBA) se sucedían llamados, mails y WhatsApp ofreciendo voluntades profesionales para quienes necesitaran.

La situación de emergencia social impulsó a pensar una forma de organizar un espacio que generara respuesta a la comunidad afectada por el aislamiento (ASPO).

El objetivo principal que se fijó la Asociación fue aportar al fortalecimiento de la salud mental comunitaria a través de un dispositivo

de acompañamiento telefónico. Se definió entonces llevarlo adelante con sindicatos, universidades y organizaciones sociales de la más diversa representatividad social.

Se conformó un dispositivo de profesionales voluntarios que, mediante llamados telefónicos, acompañó a trabajadoras y trabajadores, inquilinas e inquilinos y sectores de barrios populares que solicitaron ayuda.

Se lo denominó **Apba-Acompaña** y fue reformulándose a medida que íbamos tomando conocimiento de ciertas necesidades que nos imponía el particular momento.

De esta manera, a través de planillas comparadas con cada organización, se registraban los ingresos de las demandas y el equipo de coordinación (de APBA) llevaba adelante la derivación a los/las profesionales voluntarios y voluntarias.

Asimismo, se generó un espacio de contención y acompañamiento, en particular a las operadoras y operadores de las organizaciones sindicales y sociales, que asumieron la tarea de tomar contacto con el primer nivel de la demanda.

Paralelamente, el Equipo de Coordinación generó espacios de intercambios continuos con cada profesional, así como reuniones en grupos pequeños, con el objetivo de fortalecer, profundizar y reacomodar nuestros saberes y prácticas profesionales.

A su vez, se convocó a encuentros colectivos con destacados colegas de amplia trayectoria (Lic. Alicia Stolkiner, Lic. Sergio Zabalza, Lic. Nora Merlin, Lic. Jorge Garaventa). Y se compartió con el equipo de profesionales una guía de recursos para la derivación al sistema público de los casos de emergencia psiquiátrica que así lo requerían. Se acordó que el Equipo de Coordinación se reuniera todos los

lunes para evaluar las experiencias de la semana: se reformularon detalles técnicos del dispositivo –de acuerdo a la situación que se iba presentando–, se elaboró el Consentimiento Informado para la entrega de cada consultante, y se socializaron las informaciones diarias del Ministerio de Salud de la Nación con los profesionales voluntarios, entre otras actividades.

Del Dispositivo participaron 50 profesionales voluntarios, que atendimos más de 300 consultas –cada una de cinco o seis llamadas telefónicas–, desde abril a diciembre de 2020.

Desde el equipo profesional asistimos a una experiencia inédita, reformulando continuamente nuestro modo de intervención. Una singularidad fue que el profesional era quien se contactaba con el consultante, y así aparece “la palabra”, sobre valorizada en el acompañamiento, ya que ninguno de los dos llegó a conocerse personalmente (invisibilidad corporal).

Asistimos a dolores propios de la vida cotidiana y familiar desorganizada, los sufrimientos asociados a los temores actuales y agudización de los preexistentes, los duelos sin rituales, la violencia de género y la incertidumbre laboral y económica. Las complejidades situacionales fundamentaron los desórdenes emocionales agudizando los preexistentes.

Finalmente, y como síntesis, se realizaron dos jornadas consecutivas por zoom: la primera fue una devolución a todas las organizaciones participantes y la segunda un balance desde el enfoque clínico de todo el desarrollo de la experiencia con una exitosa presencia.

Idear y armar el dispositivo, ponerlo en marcha y transcurrir la experiencia de su funcionamiento, fue llevar adelante un gran gesto altruista de Salud Mental.

Salud Mental Comunitaria: La política que falta

Por **Gerardo Codina**

“La pandemia tuvo y tiene muchos efectos. Uno de ellos, las consecuencias emocionales que dejó en todas las personas. En quienes tuvieron que trabajar expuestos, en los que se debieron resguardar aislados en sus casas e improvisarse tele trabajando, en los que sufrieron la pérdida de un ser querido o en los que se quedaron sin trabajo. No sólo estuvo un virus circulando. También mucha angustia, mucho miedo y mucho dolor. Para todo eso no hubo respuesta desde el sistema de salud o no fue suficiente”.

Con estas palabras dimos principio a uno de los apartados de un trabajo reciente¹ sobre algunas lecciones que podrían derivarse de la triste experiencia que estamos transitando. Como un poderoso catalizador, entendemos que la pandemia puso en evidencia la ausencia de una política de promoción de la salud mental comunitaria; ausencia que se intentó suplir esforzadamente en la emergencia con iniciativas surgidas de la misma comunidad.

Es que atender a la salud comunitaria no puede limitarse a contar con una buena dotación de ambulancias, a que haya fácil acceso a la consulta de un profesional o que el que requiera internarse tenga dónde hacerlo. La salud es mucho más que atender problemas puntuales y también debe incluir la dimensión

emocional, deseante, de sujetos siempre implicados en comunidades en las que se sitúa su proceso de salud-enfermedad.

En un contexto como el creado por la pandemia, en la que la primera medida de resguardo de la salud fue el aislamiento social obligatorio, el sistema de salud priorizó las medidas de prevención bio sanitarias y no puso idéntico énfasis en la necesidad de acompañamiento de una población angustiada, aislada y temerosa por una amenaza real catastrófica, que implica riesgo cierto de muerte y de la que poco se sabía.

La distancia impuesta con los demás, en la que medida que todos pasamos a ser posibles portadores de un mal mortífero, sin cura en ese momento, implicó el alto costo emocional de la soledad obligada y de que los otros adquirieran una dimensión amenazante de la que teníamos que huir o la que debíamos neutralizar mediante complicados ritos obsesivos de desinfección. Cuidarnos se convirtió en sinónimo de fobia social, ausencia de besos y abrazos, cancelación de momentos compartidos, de mateadas, de viajes y encuentros.

No atender suficientemente esta dimensión de la pandemia, el sufrimiento psíquico generado por cada una de las situaciones por las que atravesamos como comunidad, desde la zozobra inicial

compartida, hasta el hastío y la imposibilidad de renunciar durante mucho tiempo a aspectos significativos de la vida social de cada persona, creó condiciones para su posterior politización perversa y la generación de climas hostiles al gobierno, responsabilizado de todos los males por un sistema de medios masivos de comunicación que opera como un verdadero contrapoder.

Nuestra entidad tuvo en la coyuntura la destacada decisión de articular un dispositivo de voluntarias y voluntarios para acompañar a transitar la emergencia a aquellas personas que lo necesitaron. Un centenar de profesionales de la salud mental porteños que se abocaron a escuchar las angustias y temores de personas que no eran sus pacientes. Muchas de ellas desbordadas en su posibilidad de afrontar tamaño desafío existencial, como fue la pandemia en su primer momento, cuando la enfermedad sólo paralizaba de miedo y angustia. Un miedo y una angustia que también nos atravesaba a los que nos poníamos a disposición de los demás.

Esa experiencia, que tuve la alegría de coordinar junto al querido e inolvidable Pablo Garaño y otros compañeros², supuso innovaciones en nuestras prácticas al salir al encuentro de un pedido receptado por otros³, escuchar la demanda que implicaba y orientarla hacia donde podía alojarse. Recurriendo sólo al teléfono, como única forma de cuidar y cuidarse en el peor momento de la pandemia, para dar una palabra orientadora y acompañar a aquellos que les resultó más difícil tramitar el novedoso desafío.

Esas personas no eran nuestros pacientes regulares y no acudían a una entrevista para iniciar un tratamiento. Se trataba de personas que quizás no veríamos nunca y con las que compartimos

solo algunas conversaciones telefónicas. Pero que con esa intervención profesional pudieron sobrellevar mejor esta dura prueba para todos.

Todo nuestro accionar fue coordinado con las entidades sociales con las que convenimos el trabajo común (sindicatos, asociaciones profesionales, organizaciones vecinales y sociales, entre otras). Porque la labor de APBA se orientó además a reforzar espacios organizativos existentes previamente. Tramas sociales en las que las personas ya estaban insertas. Sindicatos y asociaciones que agrupan a quienes demandaron este acompañamiento. Fue otra forma de señalar que nadie estaba solo en esta crisis.

Lo novedoso de la crisis también hizo novedad en la tarea que nos planteamos como profesionales de la salud mental. Y mucho de lo que pusimos en funcionamiento se construyó en la marcha, recurriendo a otras experiencias similares, pero no iguales, pensando lo singular que aparecía y lo que generaba las intervenciones que se realizaron.

Para nosotros fue un gran aprendizaje. Confiemos que también lo sea para el sistema nacional de salud y que la promoción de la salud mental comunitaria se recupere como un eje estratégico de la política sanitaria.

Notas

1. *Sistema Nacional de Salud. La integración es el camino.* Instituto del Mundo del Trabajo "Julio Godio" - UNTREF. Febrero 2022.

2. En la elaboración preliminar del dispositivo, además de Marcelo Clingo y los nombrados, participaron Alicia Rotela, Sandra Zampa y Horacio Galinovsky. Más adelante se sumaron a la coordinación Verónica Lomberg y Adriana Iácono.

3. Cada entidad que participó del dispositivo aportó al mismo un equipo de primera escucha, que recibía el pedido de acompañamiento telefónico y que, a su vez, era orientado y contenido por los coordinadores de APBA Acompaña.

Efectos del coronavirus en la subjetividad: el cuerpo

Por **Nora Merlin**

El inicio del coronavirus, a pocos meses de haber comenzado el 2020, se presentó como un peligro desconocido que agujereó el saber y las categorías científicas con las que contábamos; quedarse en las casas fue una imperiosa medida que impulsó el gobierno. Durante esos días, la cotidianeidad transcurrió contando muertos, vacunas y contagiados, la vida se volvió extraña, lo familiar se convirtió en algo siniestro. Fue necesario realizar un gran esfuerzo adaptativo desde el Estado, en cada institución y en el plano singular para reconfigurar la vida hacia la virtualidad, tratando de que el quedarse en las casas no se convirtiera en un aislamiento absoluto.

El esfuerzo adaptativo realizado para proseguir llevando a cabo por internet trabajo, estudio, psicoanálisis o tratamientos de salud, no fue suficiente para impedir conmociones subjetivas, desestabilizaciones de la identidad singular y social.

Aventuramos la hipótesis que la angustia misma se transformó en una epidemia, *lo que se puede constatar en el aumento de violencia doméstica hacia las mujeres, de los consumos problemáticos, deserciones escolares en adolescentes, etc. Tal como lo estableció Freud en distintos momentos de su obra, la angustia es*

*un afecto que toca el cuerpo, experimentado como un **estar a la intemperie, en estado de indefensión** y amenaza.*

Durante la pandemia, la reconfiguración de la vida hacia la virtualidad fue imprescindible como herramienta, pero dejó como saldo la desvitalización del cuerpo social y político. Estamos ante un cuerpo social abusado y disciplinado por el neoliberalismo, agredido o amenazado por el coronavirus, desvitalizado por el exceso de la práctica cibernética.

El cuerpo: una categoría política en disputa

Freud revolucionó la cultura al descubrir, además del inconsciente, un nuevo cuerpo. Diferenciado del organismo biológico y sin coincidir con la anatomía, se trata de un cuerpo gozante que se erotiza, inhibe, sintomatiza y angustia. El saber sobre su sufrimiento no pertenece a los expertos, sino al inconsciente alojado y escuchado por un psicoanalista.

La experiencia del análisis constituye una posibilidad de subjetivar la verdad de un padecimiento singular, que se diferencia del que definen los manuales, las clasificaciones y etiquetas universales recortadas por los expertos y sus

protocolos. El singular sufrimiento del cuerpo pone a trabajar al sujeto del inconsciente, que se va haciendo responsable de la propia sexualidad.

La biopolítica neoliberal rechaza el cuerpo del psicoanálisis y pretende administrar una construcción del cuerpo asociada al organismo biológico, al individuo, a la propiedad privada, a un yo limitado por la piel y la imagen. Esta concepción biopolítica de la vida y del cuerpo se impuso, ganó la hegemonía cultural, constituyendo uno de los mayores daños que produjo el neoliberalismo al colonizar la salud mental y física.

El hegemónico cuerpo neoliberal pasó a ser un producto orgánico que no se escucha, que es mercancía valorizada por una ideología empresarial y colonialista. El dispositivo de poder **estimula** creencias tales como que el individuo es el dueño, el gestor de su vida y de su cuerpo, así como el poseedor de una **libertad ilimitada**.

La “modernidad” que traía el neoliberalismo terminó resultando un fraude reduccionista, **que** rechaza la imposibilidad y forcluye el cuerpo del psicoanálisis. El neoliberalismo triunfante nos retrotrae al cuerpo pre-freudiano: un organismo biológico definido por el registro imaginario y la anatomía. Los manuales, los “trastornos”, la medicalización de las angustias y la industria farmacéutica ganaron la batalla cultural.

Se presenta algo aún más inquietante que podemos definir como una mutación tecno-cultural, que requiere ser pensada a partir de la pandemia. Hoy nos encontramos ante una subjetividad que se comunica cada vez más por máquinas, con la sustracción o mortificación del cuerpo. El espacio virtual, imprescindible en los tiempos que corren, de ningún modo reemplaza

la potencia palpitante de los lazos presenciales.

La virtualización de la vida inhibe la capacidad para detectar el sufrimiento, la piel o el olor del otro y la afectación mutua de los cuerpos, que constituye la condición fundamental del amor, la transferencia y la política.

Para la concepción neoliberal del cuerpo basada en las imágenes, el rendimiento y la mercantilización de todo, la mutación tecno-cultural de la vida no representa un problema, limitación o desvitalización, sino que es considerada como un progreso y una economía.

Por el contrario, para el psicoanálisis la materialidad del cuerpo, sus agujeros, pliegues y sensibilidad solo se vivifican ante la presencia de los otros. El cuerpo construido desde el Otro y con los otros consiste en una categoría social, un sistema de afecciones recíprocas, donde se juegan y contaminan las experiencias personales y las estructuras socio-políticas.

La subjetividad está hecha de mundo: lo personal no es una posesión privada, sino relacional, el encuentro sensible con el otro constituye una experiencia intransferible en tanto acontecimiento temporal. El cuerpo que aportó el psicoanálisis es una categoría política que perdió la batalla con el yo como cuerpo neoliberal, estando en proceso de desaparición hacia lo virtual.

A partir de estas consideraciones, podemos plantearnos una pregunta: en tanto profesionales de la salud mental ¿cómo nos haremos cargo de batallar la imprescindible restitución, revitalización y reparación del cuerpo pulsional, sexuado y mortal, que descubrió el psicoanálisis? En esta contienda, la reconstrucción de los lazos sociales presenciales se convierte en la tarea principal.

Semblanza de la Salud Mental en Pandemia

Por **Eduardo Uruña**

...muchos tienen la opinión que las cosas de este mundo son gobernadas por la fortuna y por Dios y que los hombres no pueden regirlas con su prudencia...

...sostengo que puede ser verdad que la fortuna o Dios sea arbitro de más o menos, la mitad de todo acto humano, pero ella nos deja gobernar la parte restante...

... lo comparo con la crecida de esos ríos que anegan los campos y arrasan con árboles, edificaciones y con todo a su paso, y todos cedemos ante su ímpetu...

...eso no quita que los hombres en momentos más serenos no podamos remediarlo mediante malecones y diques; de suerte que en una nueva crecida el río fluya canalizado o que su ímpetu no sea tan desenfrenado y dañino...

CAP. XXV, EL PRÍNCIPE DE NICOLÁS MAQUIAVELO 1522

Este ensayo tiene la intención de generar una semblanza de lo realizado por las y los trabajadores de Salud, y en la particular de Salud Mental, en el transcurso de los años 2020 y 2021 en la pandemia de SARS COVID 19. Ideas emergentes desde el servicio de Salud Mental de un efector de salud pública en Caba, al sur de ciudad (Comuna 8).

Las y los trabajadores del sector que sostuvimos nuestras labores en el período y la sección de la ciudad definida, verificamos la falta de definiciones y propuestas políticas sanitarias integrales de los niveles de mayor

resolución del sistema para los asuntos que aborda "la Salud Mental".

Esta afanosa posición es efecto de la concepción sanitaria que estos funcionarios expresan en sus diligencias conceptuales y actos de gobierno, que fluían y fluyen desde las perspectivas biológicas médicas, que obviamente fueron y son indispensable pero no suficientes para abordar la integralidad de las aristas de la subjetividad humana.

Cabe aclarar que la situación de pandemia, en un principio aplanó la tensión existente entre las diversos marcos conceptuales y sus efectos discursivos en el seno de las instituciones

sanitarias en torno a la problemática de la subjetividad.

Y también, que los trabajadores del sistema desde los primeros tiempos de la "ASPO" (aislamiento social preventivo obligatorio) veníamos advirtiendo de la estrechez de las coordenadas en que se sumía la subjetividad en ese contexto social novedoso de la pandemia mundial. Por la magnitud de la trama, la contundencia de la pobreza en que estaban sumidos amplios sectores sociales, con un estado nacional desmantelado (la organización ministerial nacional, no contaba con Ministerio de Salud), y como efecto de las políticas económicas y sociales de la gestión macrista.

Además, en el inicio de la pandemia y del aislamiento definido por las instancias políticas nacionales para frenar el contagio, como medidas precautorias, tuvieron como efecto, en el sistema de salud de ciudad autónoma de Buenos Aires -salvo algunas excepciones- un automático repliegue de las ofertas de prestaciones en el contexto de los efectores de todos los niveles, a excepción de las urgencias. Situación que dejó sin horizonte las necesidades sanitarias básicas de la población, que por aquellos inicios de la pandemia (marzo del 2020) se encontraba sumida en la desesperanza, imposibilitada de procurarse los recursos económicos para su subsistencia cotidiana, con la incertidumbre a

cuestas, y sin más herramienta para "negar" la muerte propia, que las instrucciones para la fabricación del alcohol (70/30) para higienizarse las manos, la fórmula de agua clorada para higienizar las superficies, y las indicaciones para hacer un barbijo a partir de telas en desuso. A la consigna de: **"guerra al virus"** expresada por los medios de comunicación a través de sus comunicadores, el sistema de salud se arrugó, cerrando sus puertas, **"atendiendo por la ventanilla"**. Dejando a la población, impávida, **"esperando que no le caigan las bombas"**.

Esta dinámica de catástrofe y orfandad social, de las barriadas populares, que reclamaban y clamaban en las únicas ventanillas que el estado "capitalino" habilitara como posta (entiéndase por estas: los Cesac de 1° y de 2° nivel), se fue disipando entre otros porqués, por la insistencias de los trabajadores del sistema que con una solícita decisión, desde los equipos de trabajo del sistema de salud; con el empuje de gremios y asociaciones afectos a las prácticas comunitarias que advertían la desolación de las poblaciones, se les exigió a las autoridades del gobierno de la ciudad, una mayor disposición y participación en la resolución material del día a día. Desde estas coordenadas, se incitó a que tomara nota, que se presentara con mayor asistencia a los comedores comunitarios, con mejoras en la calidad y en la cantidad, en términos

nutricionales en las raciones alimentarias de los comedores escolares, con una efectiva presencia con las familias donde el COVID había “añidado”, y que se involucre en la resolución de las dificultades vinculares de algunos colectivos sociales.

Es así que se instrumentaron algunos dispositivos como las UFU (unidades febriles de urgencia) en el seno de la comunidad, se dispusieron algunos consultorios psicológicos y psiquiátricos para escuchar las urgentes demandas de la población, y se instrumentó un ágil esquema para proporcionar la medicación necesaria para los pacientes crónicos.

En esos tiempos, los trabajadores de la salud, organizados como se podía, y como poleas de transmisión llevaron a los equipos de trabajo

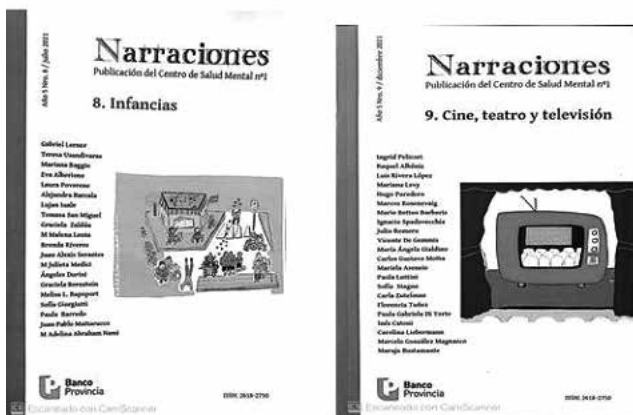
del sistema, remotos argumentos del sanitarismo argento, que identifico hace como 70 años atrás, las principales variables que condicionan la salud del pueblo: en el componente social económico que determina los estándares de nutrición, vivienda y abrigo, y las dificultades en la comprensión de la cultura del cuidado y la prevención.

Como conclusión, y desde las coordenadas del pensamiento sanitario argentino, en este caso para la pandemia mundial de SARS COVID 19, tomamos del Dr. Ramón Carrillo su memorable máxima, verificamos que: *“Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas”*.



Narraciones
Publicación del Centro de Salud Mental nº 1

Narraciones es una publicación del Centro de Salud Mental N°1 “Dr. Hugo Rosarios”, que surge en el marco del Comité de Docencia e Investigación de dicha institución.



Este año 2022
Narraciones N°10
y en el mes de mayo
suplemento de
exclusividad
Residentes
Concurrentes

Tensiones, malos entendidos, sujeto y subjetividades. Sobre ese territorio a veces conflictivo o contradictorio reflexionan Natalia L. Fernández Stocco y Fernando Roselli dándole densidad a una trama que seguramente será retomada en las próximas ediciones de la Gaceta Psicológica. Dónde también lo ideológico y lo conceptual producen diferentes efectos de lectura entre lo singular y lo colectivo.

Psicoanálisis y Salud Pública

Por **Natalia L. Fernández Stocco**

Ubicarse desde la política del psicoanálisis produce un desdoblamiento en la persona misma de quien se desempeña en el área de Salud Mental de una institución pública de Salud. Desdoblamiento entre el agente de salud y aquél que puede sostener la función de analista. La tensión generada por esa implicación hace necesario saber leer las demandas varias y los discursos que circulan en una institución de múltiples contextos.

Insertos en el marco de una salud pública accesible y de calidad para todos, lo primero de lo que deberíamos asegurarnos es que cada uno de los usuarios pueda tener su propio lugar. No sólo esto desde el punto de vista de la accesibilidad, sino poniendo especial atención a la efectividad. Entendemos que para que pueda

incidirse en la economía de malestar del paciente, el dispositivo que ofrecemos tiene que estar sostenido en la palabra, en el decir singular del mismo, y en lo que se escucha de él, leído a la luz del campo transferencial que lo constituye como tal. Que el sujeto pueda tomar distancia respecto a lo que él mismo enuncia, que pueda notar que ha dicho algo y no sabe por qué o no lo cree, o sabe que es una broma o piensa lo contrario, que sea capaz de juzgar lo que dice y hace y pueda responder por ello, que se distinga al sujeto de la enunciación es también que pueda situarse al sujeto de derecho. Nuestra propuesta es la de un dispositivo donde la palabra resuene en el campo transferencial, donde a través de las múltiples vueltas (dichas), se vaya recortando un modo singular de decir sobre el

PSICOANÁLISIS, SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA

síntoma, de manera tal que se vayan pudiendo abrir preguntas acerca de las condiciones de producción de ese malestar en el que cada uno está singularmente implicado.

Por otra parte, ante el paradigma imperante de la Salud Mental y la eficiencia y eficacia en el menor tiempo y al menor costo posible, resulta fundamental recordarnos la advertencia freudiana de no dejarse llevar por el furor curandis. Que el ideal del “para todos” no haga obstáculo al “para cada quien” y que, en la administración de “a cada uno lo que le corresponde” por derecho, no se pierda esa escucha de la singularidad que haría efectiva la incidencia que buscamos.

Lacan nos hablaba del síntoma como aquello que viene de lo Real y se pone en cruz para impedir que las cosas anden, aclara, de modo satisfactorio para el amo (Lacan 1974). Entendemos síntoma como el modo de satisfacción paradójico en el malestar, en relación a lo cual Lacan también nos dice que “...no vale la pena terapiar (...) También Freud pensaba así (...) no hacía falta apresurarse a curar. No se trata de sugerir, ni de convencer.” (Lacan 1977, pág. 24). Confiamos en un dispositivo en el que las palabras van a conducir a esos impasses donde el sujeto quedó detenido. Recordemos, a este respecto, que el discurso de la Salud Mental puede ser también “la voz dulce del imperativo imposible (...) una fórmula del super-yo moderno” (Miller, 1988), y que Lacan situó claramente al discurso del analista como el reverso del discurso del amo.

Agregamos nosotros que tampoco se trata de demandar al paciente: no le pedimos que se cure, no pretendemos que se adapte, no le solicitamos que cese en su queja. Sólo le proponemos que hable. Le ofrecemos un dispositivo en el que apostamos a que, mediante la circulación de la palabra una y otra vez por los mismos lugares, pueda ir agujereándose, aireándose, diversificándose la respuesta fija sintomática, y el sujeto consiga situarse de otro modo, un modo único y singular que le permita vivir con menos padecimiento. Así, algo de la cura, como nos enseñaba Lacan, llega por añadidura.

Bibliografía:

Lacan, J. (1977 [2007]). “Apertura de la sección clínica” en *Ornicar* #9. (M. Melegatti, R. Pérez, R. Capurro, G. Leguizamón, & J. Barrera Oro, Trads.)

Lacan, J. (1974 [1988]). “La Tercera” en *Intervenciones y Textos 2* (3° reimp.; 1° ed.). (J. Sucre, & J. L. Delmont, Trads.) Bs. As., Arg.: Manantial.

Lacan, J. (1959-1960 [2019]). *El Seminario, libro 7: “La ética del psicoanálisis”* (16° reimp.; 1° ed.). (D. S. Rabinovich, Trad.) Bs. As., Arg.: Paidós.

Lacan, J. (1958 [1988]). *Escritos II: “La dirección de la cura y los principios de su poder.”* (2° reimp.; 14° ed.). (T. Segovia, Trad.) Bs. As., Arg.: Siglo Veintiuno Editores.

Laurent, E. (2016). *El reverso de la biopolítica* (1° ed.). (E. Berenguer, Trad.) Bs. As., Arg.: Grama.

Miller, J.-A. (1988). *Conferencia de clausura de las II Jornadas del Campo Freudiano.* (C. Ribes, Trad.) Bs. As.: <https://psicoanalisislacaniano.com/salud-mental-y-orden-publico/>.

El psicoanálisis entre la salud mental y la salud pública

Por Fernando Roselli

Los espacios de trabajo, en este caso las instituciones públicas de salud, son lugares de identidad, relacionales e históricos donde se produce una elaboración del debate público. En este sentido es importante tener en cuenta el contexto político, sanitario e institucional considerando que el ejercicio de nuestra profesión responde a una demanda condicionada por el acontecer del contexto. Lo global, el Estado, la institución suponen una relación de fuerzas que coexisten en el ámbito público y es allí donde ubicamos a la salud mental como una construcción discursiva, una forma del Ideal que corresponde analizar para luego ubicar el lugar que tiene el psicoanálisis en este entramado y, de esta manera, pensar posibles aportes.

Si se realiza una lectura clínica sobre la construcción del concepto de salud mental definido según el orden público, puede plantearse que la pérdida de salud mental pondría de manifiesto la pérdida de ese orden dado que “la salud mental tiene, por tanto, como objetivo (...) reintegrar

al individuo a la comunidad social” (Miller, 1988 pp. 5). Y respecto de la actualidad de este campo, puede referirse que “(...) estamos confrontados a una nueva figura en el campo de las instituciones provenientes de la salud mental, a nuevos ideales progresistas aportados por la reforma psiquiátrica y a ideales de rehabilitación psicosocial” (Laurent, 2008 pp. 3). Esto implica un conjunto de ideales y significantes—amo que forman parte de nuestro contexto.

Es importante destacar que no hay universo de discurso, sino que estamos sometidos a distintas líneas discursivas donde la salud mental, definida por el orden público, es una de ellas, así como lo es la familia o la religión, entre otras. Por lo tanto la salud mental, como fenómeno, se propone desde las políticas públicas como un ideal de salud, de no-síntoma que ordena, comanda lógicas, prácticas de profesionales y el lugar del paciente dentro del cual para muchos trabajadores de la salud la ausencia de síntoma implicaría un criterio de alta. En tanto el concepto de salud mental es pensado como un objetivo ideal, este “estado de bienestar tanto corporal como mental y utilitarista (...) no fija

PSICOANÁLISIS, SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA

límites en el saber” (ídem, pp. 4). Cabe destacar que actualmente las relaciones entre el psicoanálisis aplicado a las nuevas normas y el contacto con el discurso del amo se realizan en las instituciones de salud mental (ídem).

Desde el psicoanálisis no se da testimonio de los casos en términos de psicopatología, lo que implicaría que los síntomas entren en categorías establecidas. En efecto, la presencia del psicoanalista en las instituciones resiste esta tendencia. Por consiguiente, no hay posibilidad de alcanzar normas comunes pues lo que enseña la política del síntoma es que “cada uno hace obstáculo a la norma de todos” (ídem, pp. 5). En suma, hay un punto irreductible que no se absorbe pues “el discurso analítico se separa de los otros por su ambición de crear un modo de lazo social apoyado sobre lo que hay de irreductible en el síntoma” (ídem, pp. 6). En efecto, Laurent (2008) propone protegernos del delirio de normalidad, de los significantes que apuntan a un ideal de salud mental sin-síntoma al que habría que llegar. De tal modo, el psicoanálisis no es una terapia ni una cosmovisión sino un discurso, una modalidad de lazo social que patentiza lo que los otros discursos rechazan. A su vez, el psicoanálisis hace una distinción que es crucial: ubica lo singular del sujeto en lo universal del para todos; en tanto distingue al sujeto de la enunciación tomando distancia de lo que el mismo sujeto enuncia pues “es el sujeto que puede notar que ha dicho algo pero que no

sabe por qué o que no cree en lo que ha dicho, o sabe que es una broma o piensa lo contrario de lo que dice” (Miller, 1988). De esta manera rescata que si bien para la definición clásica de salud, la salud propiamente dicha es el silencio de los órganos, allí hay algo que no calla, que no cesa de pulsar y hacerse presente, y esto mismo es el inconsciente desordenando lo físico y lo mental (ídem). Es decir que la experiencia del psicoanálisis es irreductible a un protocolo, sólo es regulable por la originalidad del escenario en el cual se manifiesta la singularidad subjetiva. Por lo tanto “el psicoanálisis no es una técnica, sino un discurso que anima a cada uno a producir su singularidad, su excepción.” (Laurent, S/F pp. 2).

En este sentido, para resguardarse de los ideales de salud colectivos, es menester poder ubicarse desde una posición crítica respecto de los conceptos que determinan nuestras prácticas diarias en las instituciones de salud. Entonces una brújula posible, más allá de los ideales totalizantes, puede ubicarse desde el psicoanálisis en términos de orientarse por el “objeto a” a partir de no quedar alienado a los espejismos imaginarios, más allá de los narcisismos de las identificaciones. Por ello parece importante resaltar que la preponderancia de la lectura del psicoanálisis en los ámbitos públicos, como aporte a la salud pública, posibilita el análisis del detalle, la localización subjetiva y singular de cada entramado discursivo.

Casos difíciles, Institución y Psicoanálisis en pandemia

Por Norma Villella

Miquel Bassols en el texto Casos difíciles señala que “Estamos frente a una clínica de sujetos que aparecen de distintas formas como desechos. Podrían ser homeless, pero no lo son porque tienen su lugar en sus casas. Sin embargo, sufren de ser “sin techo”, de no tener el techo de lo simbólico en su vida, al menos claramente. Esto nos sugiere que hay algo forclusivo, algo que hace que el tejado de la casa de la palabra y del lenguaje de ese sujeto sea frágil. Por lo tanto, bajo modalidades muy distintas nos encontramos con trastornos del vínculo con el Otro, con la vida, con el sentimiento de lo vivo. Lo que hace, también, que sean sujetos en los que de entrada no hay una demanda específica”.

Tal referencia fue eje para participar e intervenir en la práctica institucional a modo de supervisión y las viñetas que acompañaré serán ejemplos de la referencia de Bassols que como brújula frente a lo difícil del encuentro con lo

simbólico toma como orientación la transferencia para hacer que alguna intervención posible marque los cuerpos desamarrados.

El contexto que pondré al trabajo es la práctica virtual con niños /as y adolescentes, asistidos en el Centro Uleem con un dispositivo clínico que se caracteriza por la participación de profesionales de la salud y no profesionales que mantienen intercambios con los pacientes en diversos espacios institucionales.

La asistencia en línea (video llamadas y zoom) fue implementada durante el transcurso de marzo del 2020 y continúa vigente en la actualidad en un dispositivo institucional que alterna la asistencia en línea con la atención presencial en sede. Tomo hoy dos viñetas clínicas que generosamente me facilitaron desde la institución para transmitir los efectos terapéuticos producidos bajo esta modalidad, con algunos casos que presentan ciertas dificultades

en la simbolización de lo real sin el significante Nombre del Padre que los vivifique. La acción significativa le permite al sujeto tener el sentimiento de estar vivo, producida en principio por la identificación imaginaria con el falo.

Lo que conocemos como pluralización de profesionales, o también llamada práctica entre varios, es una modalidad inédita de trabajo clínico con niños autistas y psicóticos, desarrollado con la participación de diversas personas (profesionales, acompañantes terapéuticos y talleristas) en un contexto institucional preciso. Sin embargo, ésta no prevé la utilización del dispositivo analítico propiamente dicho (Di Ciaccia, 2019).

Dicho al modo de los intervinientes en la institución, “esta práctica plural es una respuesta institucional orientada por las enseñanzas de Freud y Lacan, que se construye a partir de un modo de funcionamiento singular”.

Si bien la práctica se aplica a diferentes ámbitos institucionales, en el caso de ULEEM se implementa con niños/as y adolescentes que presentan dificultades en los modos de vinculación con otros, producto de una falla en la construcción simbólica y que sufren de ser “sin techo”. Esta dificultad obedece a una falla en la operación simbólica del **Nombre del padre**, que permite tener la impresión, que los otros nos entienden cuando hablamos y es lo que posibilita además hacer lazo social.

Nunca como hoy verificamos que la significación fálica no tiene su lugar asegurado, la declinación de esa función del nombre del padre que conlleva la significación fálica nos hace a

todos un poco locos, arreglándonoslas con los diversos rostros del Otro. Y que disponer de herramientas para mantener al otro a distancia puede ser en algunos el único recurso para salvar el lazo.

Detalles de consultas en la institución

La mayoría de los casos que son alojados en el Centro, del que formo parte, como supervisora externa, se caracterizan por cierta labilidad en lo simbólico, no disponen del significante, un significante que los amarre. Ellos “tienen que hacerse con un goce, con un real” palabras que circulan en la institución y que se propaga en la enunciación de los profesionales intervinientes. Estos niños y niñas que habitualmente carecen de respuestas o son muy difícil de ser interpretadas por el medio social, es frecuente que soliciten atención por esta causa y por lo tanto no descubren modos de hacer lazo.

En algunos otros casos, nos encontramos con sujetos que desde muy pequeños tuvieron que vérselas con un organismo afectado que les trajo consecuencias en su subjetividad o de otros casos difíciles que concurren con la particularidad de lidiar con un Otro invasor que los deja sin cuerpo, ese cuerpo simbólico del que trata el psicoanálisis. Organismos y cuerpos simbólicos desamarrados. Divinos detalles de la demanda de atención para habilitar a la palabra, siendo estos elementos a localizar, la tarea de cualquiera de los participantes de la institución.

Las intervenciones conjuntas con los niños/as y adolescentes

La orientación en cada uno de estos casos consiste en lograr fundar una institución para cada niño/a y para cada familia. Es decir, posibilitar la creación de un espacio de invención para que estos niños y niñas puedan tratar con ese goce nocivo o peligroso que los invade, que puedan inventar su propio significante que los enganche e invertir un lazo social viable.

Esto supone de parte de quienes participan en la institución, estar implicados, concernidos en la práctica ubicando en el caso por caso cual es el anudamiento propio de cada niño/a vaya produciendo. Desde ya desde el lugar éxtimo de la supervisión acompañar o a generar esa localización.

Este dispositivo de práctica entre varios o pluralización de profesionales *posibilita* una manera de operar sin intervención directa y sin interpretación. Pero, aunque no haya interpretaciones, hay actos y hay espacios en los cuales el niño/a ha evolucionado, es decir, logra "tratar con lo insoportable de su goce" (referencia de los participantes del equipo).

Las intervenciones conjuntas con los padres

En el caso de las familias, se ubica un espacio de trabajo con ellos a modo de encuentros para subjetivar las dificultades de sus hijos de la problemática del niño/a.

El objetivo consiste en fundar en principio a los padres y madres como sujetos, teniendo siempre en cuenta que cada familia tiene sus tiempos; por eso, a los padres y a las madres se los espera. Este lugar ofrecido a la enunciación cultiva también un camino que orienta y limita al equipo ya que quienes tienen el saber sobre sus hijos son los padres, lugar de la falta asegurado en la práctica entre varios, que sin ella no podrán operar.

En este sentido, en la dirección del trabajo con las familias, los acompañan en sus hallazgos y nuevos descubrimientos sobre el modo de hacer frente a sus dificultades. En muchos casos, dejan de hablar de sus hijos como una entidad patológica para encarnar un Otro diferente.

Es de destacar el detalle de ubicar un nuevo modo de hablar y modo de no limitar ni prescribir, surge de un auténtico compromiso ético con un discurso que los convoca a retomar con

¿Por qué llora el bebé? Usualmente porque tiene hambre o porque quiere upa. Podría pensarse entonces que la función del lenguaje es referencial: está informando que tiene hambre. Sin embargo, su propósito no es informar: busca que le den comida. Por lo tanto, es apelativa, busca influir sobre su mamá o su papá para que le den de comer.

responsabilidad, la frágil función de padres y madres que fue interrumpida o malograda, alterando en lo más profundo su relación filial. Es de remarcar que el modo de hablar según el discurso analítico conlleva en sí una elección y en la práctica en la institución se registra ese logro analítico de parte de cada uno de los que forman parte del equipo y de las familias que confían a sus hijos.

En consonancia con esta idea, al decir del equipo de Uleem “que quienes participamos de una institución estamos concernidos en acompañar a los padres y madres a que recuperen su lugar de confianza en la tarea de educar y acompañar a sus hijos”. En estos logros, Freud supo ver la eficacia del amor y su función, que si bien limitada, alivia un poco del desamparo ante el malestar de la civilización.

Viñeta clínica 1: F 15 años

Desde el inicio del Aspo a la fecha, F. No inició la asistencia presencial debido a sus problemas respiratorios.

Presenta un importante repliegue que se evidencia en su postura corporal: aleteo constante, permanece por horas en cuclillas sin levantar la mirada. No responde a los llamados, balbucea, se acerca eventualmente para pellizcar, arañar o clavar sus uñas en la piel de sus terapeutas. Manifestaciones todas ellas que evidencian que se trata de un cuerpo que goza solo, sin recorte pulsional.

En los años de concurrencia a la institución (alrededor de diez), ha presentado pequeños

progresos, algunos de los cuales se desvanecían conforme pasaban los días evidenciando su profundo rechazo a la identificación. Ese rechazo se pone de manifiesto en la ausencia de conductas sociales como el uso de utensilios, la incontinencia intermitente (a veces defeca y orina en cualquier lugar) y el lenguaje se presenta a modo de sonidos y ruidos guturales que acompañan sus movimientos corporales.

En los encuentros previos a marzo del 2020, mantenidos en entrevistas familiares, solo concurría su madre que respondía con monosílabos o frases cortas. Sus respuestas eran breves y descriptivas evitando la implicancia subjetiva en su posición materna. Esta manera singular se sostuvo a lo largo de los años. Pero fue a partir de marzo del 2020 cuando se inició la asistencia en línea, que esta manera se fue modificando como resultado de su mayor implicancia.

En un comienzo en los espacios de zoom grupales y en las videollamadas con una de las psicólogas del equipo, la madre de F. seguía los traslados sin rumbo de su hijo por los distintos lugares de la casa. Manifestaba su malestar con el hecho que F. no permaneciera en un lugar. Cuando se le proponía realizar una actividad conjunta, expresaba que F. no podría hacerla o bien lo interpelaba imperativamente exigiéndole que lo haga. Este malestar y negativa inicial fue mutando en la medida en que ella fue comprendiendo la importancia de acompañar a F., comprometiéndose con las propuestas. Lo cual permitió desplazar la exigencia de

una respuesta hacia un hacer junto a su hijo, sin que esto implicara interpelarlo. Fue así como el deambular se desplazó a construir circuitos dibujando en el piso los espacios por los cuales circular y también guiando la mano hacia el papel en el cual se realizaba una actividad gráfica. Entonces, tanto en los espacios de trabajo con F. como en los espacios de zoom grupal, su madre traía observaciones y hallazgos como el hecho de que su hijo era zurdo o que balbuceaba frente a determinadas situaciones que le resultaban placenteras. En la medida en que esto sucedía, F. permanecía más tiempo sentado. Si bien participaba con la guía de su madre en determinadas circunstancias, sonreía o sostenía la mirada cuando se lo nombraba. Expresiones de su modo singular de habitar el lenguaje.

En cierta ocasión, su madre refiere un episodio de enojo familiar, ya que los hermanos y el padre de F. discutían cuando se reunían. Advierte que cuando esto sucede, F. suele presentar episodios de incontinencia. Resignifica esto como el modo en que F. expresa también su enojo. Enojo registrado como un modo de expresión de una filiación precaria pero localizada por padres y equipo como un inicio de encuentro de salida de la alienación al cuerpo real, rectificado en el espacio de supervisión.

Viñeta clínica 2: M., 11 años

Desde el comienzo del Aspo a la fecha no inició la asistencia presencial, ya que M. es asmática y sus padres resolvieron que continuara la asistencia en línea.

En los encuentros previos al inicio del Aspo, ambos padres concurrían a las entrevistas y talleres destinados a las familias. Expresaban su desconfianza en dejar a su hija en la institución muchas horas, mostrando temor a que algo le sucediera. Por esta razón, eran frecuentes las ausencias en los dispositivos institucionales dificultándose el logro de una transferencia de trabajo.

Fue en los dispositivos virtuales que esa transferencia comenzó a consolidarse, retomando lo que ya venían trabajando de manera presencial. Previo al Aspo, M. concurría a la institución cubierta de mantas que anudaba a modo de capas.

Durante estos meses, el envío de material a su casa con capas de diferentes formas y tamaños incluso de muñecas con capa, oficiaron como objetos mediadores que le permitieron a M. constituir un semblante de *"chica superpoderosa"*. Este semblante de Súper M., modo en que se nombra y a su vez es nombrada, le permite mantener una interlocución a través de la pantalla.

Durante los encuentros grupales en zoom, participan habitualmente la madre y una hermana menor. Cuando M. se levantaba "volando con su capa", su madre comenzó a preguntarse qué debía hacer, si quedarse, irse, o traerla. Por indicación de los intervinientes, su madre permanece sentada sosteniendo el espacio, esto hizo que M. se fuera a dar una vuelta, cuando la presencia del Otro en la pantalla se volvía amenazante y luego regresara a continuar la actividad.

PSICOANÁLISIS, SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA

Durante las video llamadas individuales, se alojó su interés por los personajes de Disney. En las sesiones se le propone trabajar pequeños fragmentos de videos de estos personajes.

Su madre fue comprendiendo el valor que tomaban algunos objetos para su hija (como la capa) y los personajes de los cuales se servía, como posibles semblantes. Dicho en otras palabras, cómo una apariencia que le permitía caracterizar al orden simbólico y producir otros modos posibles de respuestas frente al modo de funcionar.

La madre, los hermanos y eventualmente el padre participan de manera alternada, tanto de las llamadas individuales como de las grupales y se sorprendían de la manera en que M. participa y reconoce a sus compañeros y terapeutas. En las video llamadas, los intervinientes retomamos el interés de M. por los personajes de Disney. Entre la serie que despierta su interés está las aventuras de Ladybug o Miraculous.¹ M. se interesa por la protagonista Marinette (monofónicamente resonancia de su nombre). Una adolescente en apariencia normal pero que, contrariamente a lo que se cree, lleva una ajetreada doble vida, con una doble identidad².

Primeramente, M. se caracteriza como el personaje de Ladybug y va reproduciendo distintas situaciones que va representando en los espacios como la heroína. En un comienzo, dibuja al personaje. Reproduce estas escenas solas recorriendo el espacio y empleando elementos como obstáculos que iba sorteando (imitando a Ladybug, pero de un modo propio).

Cuando esto sucedía, no entraba en interlocución. Tanto los intervinientes (del otro lado de la pantalla) como los integrantes de la familia que participan, oficiaban de espectadores. Paulatinamente, en otras video llamadas fue eligiendo otros videos que incluían otros personajes.

Entre otros personajes, comenzó a incluir a Trollhunters³. Dentro de esta historia mostraba un interés específico por el despertar de los titanes en la cual los héroes luchan contra un enemigo común (la orden de Arcana).

En los espacios virtuales, una vez más, se organiza un circuito con ayuda de los intervinientes, en el cual selecciona uno de los videos, lo mira junto a los otros espectadores y los dibuja. Luego, **asume el personaje de héroe o heroína**. Paulatinamente en este recorrido de los Trollhunters, comenzó a pedir a quienes la acompañaban en el zoom que recorrieran el espacio junto a ella, adjudicándoles un personaje con ayuda de los intervinientes. Fue así como su madre, padre y hermanos ya no eran espectadores, sino participantes necesarios que se alternaban e incluían en estos circuitos. Iba y volvía a la pantalla del celular, para arreglar su capa o los distintos postizos que empleaba para la caracterización.

También llamó su atención Gloria, el personaje del hipopótamo de Madagascar, y Alex, el león. Se detenía en las torpezas y rarezas de estos dos personajes en las acciones que emprenden. Simultáneamente empezó a traer un espejo a la sesión y a realizar muecas frente al

espejo o frente a la pantalla del celular, siempre caracterizada como uno de estos personajes.

Ladybug, Trollhunters, Gloria, Alex y también Bob esponja, que usa objetos para relacionarse con el mundo, hicieron que M. pudiera construir un doble con el cual enfrentar a ese mundo.

Otro día en el circuito que incluye ver (vídeo), dibujar y caracterizar los personajes, les pide a su madre y hermanos que participen de la patrulla de cachorros, que son un grupo de perritos comandados por un chico que llevan a cabo acciones conjuntas. Esta vez es M. quien comanda y les pide que recorran el camino que marcó alrededor de las sillas.

En este periodo del tratamiento, caracteriza da como Gloria, lleva el desayuno a la habitación de sus padres unos minutos antes de la video llamada. Lo prepara al modo que lo haría Gloria. Sus padres se muestran sorprendidos ya que, pese a lo que llaman los problemas de M., pudiera hacer cosas por sí misma. Al mismo tiempo, se preguntan por sus propias dificultades de reconocer los logros de su hija hasta entonces.

El mostrarse de acuerdo con aquello que M. alcanza, los lleva a hablar del malentendido de considerar que ella por su condición (de haber nacido con un retraso) no conseguiría hacer algunas cosas. El malentendido los conduce a registrar las posibilidades de su hija y da lugar a

un tiempo de trabajo con los padres sobre ese deseo de reconocimiento.

Notas

1. Miraculous son joyas mágicas que conectan a los humanos con los Kwamis. Un humano puede invocar a su Kwami a través de una frase dotándolo de habilidades sobrehumanas y superpoderes.
2. Marinette transcurre sus días soñando despierta cuando no está embobada soñando con su compañero Adrien y se transforma en la superheroína Ladybug. Lo que Marinette no se imagina es que Adrien tiene una identidad con la que se hace llamar Cat Noir. Ambos son completamente ajenos a la identidad del otro, pero los caminos de ambos se cruzan en diferentes misiones.
3. Relatos de Arcadia, que es también la historia de un adolescente y sus amigos que persiguen un destino poco probable y se disponen a salvar dos mundos.

Bibliografía

- Bassols, M. (2018). Casos difíciles, La brújula de la transferencia. Ed. ICdeBA, Campo Freudiano
- Comastri, S. (2020). *Chicos malos al frente*. Ed. La Docta ignorancia.
- Ruiz, I. (2019). La práctica entre varios. La inclusión en el autismo y la psicosis. *Revista Eipea*, (6), pp. 48-51. Lijntjens, C. (2020). *Práctica entre varios*. <https://practicaentrevarios.wordpress.com/2020/11/10/presentacion-de-latelier-3-por-claudia-lijntjens/>
- Di Ciaccia, A. (2015) Recuperado de: <http://nel-medellin.org/>

Iniciamos este Bloque jerarquizado por los escritos del querido **Washington Uranga**, periodista de Página 12 y creador de su ya mítica sección de los lunes **La Ventana**, pero fundamentalmente docente e investigador en Comunicación y nuestro compañero del Cesac 39 **David Ríos**, *comunicador estrella* del Curso **Salud y Comunicación** que dicta cada año el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El lugar de la comunicación en las estrategias para la salud

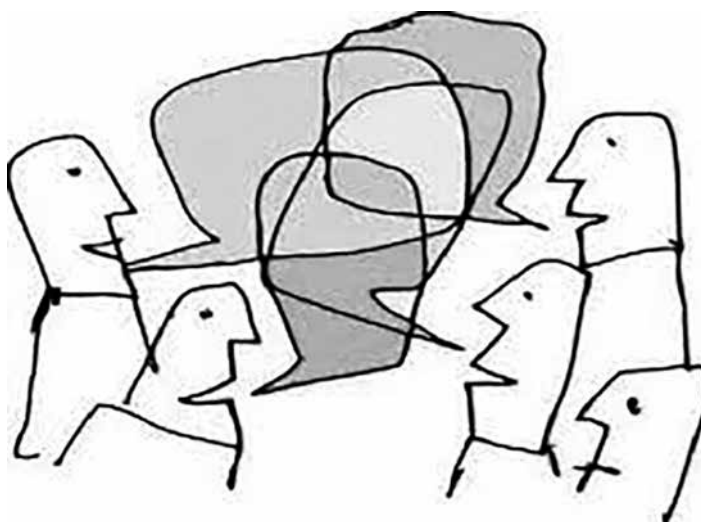
Por **Washington Uranga**

Muchas veces hemos sido desafiados por la pregunta acerca de cuál puede ser el aporte de la comunicación al campo de la salud. Pero en realidad el interrogante –así planteado– no resulta formulado en forma correcta. Lo cierto es que salud y comunicación mantienen, en la práctica, una relación absolutamente inescindible. Si partimos de la descripción que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) de lo que denomina “habilidades para la vida” es preciso destacar capacidades y destrezas reconocidas dentro del campo de la comunicación humana: “el conocimiento de sí mismo y la empatía, las

habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés”.

Nótese sin embargo que –si bien la referencia tiene que ver con la comunicación– no hay mención alguna, ni implícita ni explícita, a los medios de comunicación y al sistema que los contiene. Un equívoco sumamente común –tanto por profesionales de la comunicación como por quienes provienen de las ciencias médicas– es confundir –y simplificar con un efecto gravemente distorsivo– comunicación con medios de comunicación, soportes o tecnologías.

¿Cómo entender entonces la comunicación?



Siguiendo a María Cristina Mata podemos afirmar que la comunicación es un *"conjunto de intercambios a partir de los cuales se van procesando identidades, normas, valores, se van articulando intereses, se van acumulando y legalizando saberes y poderes"*. Por ello puede entenderse como un ámbito *"privilegiado para la construcción del orden social"*, es decir, *"como un terreno a partir de cual los diferentes actores propondrán sus propios sentidos de ese orden, que competirán entre sí para convertirse en hegemónicos"*. (MATA, 1988: 7).

Se cae en un grave error cuando la mirada sobre lo comunicación solo se restringe a instrumentos o habilidades o, como suele ocurrir en los tiempos recientes, al uso de las redes digitales.

Existe una mirada no solo más compleja sino también más evidente desde la cotidianidad, que entiende la comunicación como una dimensión transversal de la vida de las personas y de la cultura que entreteje las relaciones

sociales. Situados en ese escenario todos los actores, las actrices y todos los saberes pueden y deber ser puestos al servicio de la mejor calidad de vida.

Dicho esto, la comunicación para la salud, aún por encima de las diferentes estrategias que se pongan en juego, tiene que basarse en el reconocimiento de la trama cultural y de la importancia de todos los actores, con saberes diferenciados pero todos imprescindibles, útiles y valiosos, para mejorar las condiciones de vida de la población.

La promoción de conductas saludables no es apenas el resultado de campañas o de acosos publicitarios, sino la consecuencia lógica de la apropiación de otro sentido respecto de la calidad de vida y de salud por parte de los ciudadanos y ciudadanas y de las conductas responsables que seguramente de ello se derivan. La relación comunicación y salud, sólo puede ser pensada y comprendida en el marco de las "habilidades humanas" mencionadas al comienzo.

Es decir, más allá de toda mirada instrumental. Comunicación-salud sólo puede ser entendida desde una mirada que privilegia las vinculaciones entre los sujetos, individuos y actores sociales, y en la que las mediaciones, tal como las entiende Jesús Martín-Barbero, (MARTIN-BARBERO, 1987; 97): ámbitos de transición, negociación de sentidos y de resignificación permanente. El varón y la mujer comprenden los mensajes vinculados con la salud desde el espacio que generan las relaciones en la vida cotidiana, desde las marcas de la cultura que lo constituyen y desde el sistema de relaciones que, a modo de tejido social, los contiene.

Así planteado el aporte que desde la comunicación se puede hacer a las ciencias de la salud, no consiste precisamente en la difusión o –dicho en peor forma- en la “vulgarización” o “traducción” de los conocimientos médicos o sanitarios. De ninguna manera. Quienes desde lo comunicacional aportan al campo de la salud, lo tienen que hacer como articuladores de saberes, facilitadores del diálogo entre actores diversos en el espacio de la vida cotidiana. “Intervinculadores” diría Robert White. O, como yo mismo lo he definido, como estrategias de la comunicación, del diálogo e intercambio de saberes para la salud en el espacio público de la vida cotidiana.

Sin perder de vista que la presencia de comunicadores y comunicadoras en los procesos de mejora de la calidad de vida no puede estar, como bien lo señala Sandra Massoni, “al final de la línea de montaje” para “traducir” o “simplificar”

mensajes. Es preciso que participen de todo el proceso sanitario, que es también político cultural, para articular desde el particular saber comunicacional, todas las instancias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas.

Referencias:

DÍAZ, H. (2000): Procesos de comunicación para la salud: criterios y acciones para la prevención del infarto en un proyecto de cambio comunitario en Argentina. Tesina de Investigación del Magíster en Técnicas de Comunicación en Servicios Sociales. Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid.

MARTIN-BARBERO, J. (1987); De los medios a las mediaciones. Barcelona, G. Gili.

MATA, M. (1988). Comunicación popular: de la exclusión a la presencia. Córdoba, Argentina. Mimeo.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS (1992): Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud; Documento de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington.

PRIMERA CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1986): Carta de Ottawa.

URANGA, W. (2016). Conocer, transformar, comunicar. Editora Patria Grande, Buenos Aires.

WHITE, R. (2007) Comunicar comunidad. Aportes para una ética de la comunicación pública. Buenos Aires: La Crujía.

¿Queso duro o blando?

Buzz Lightyear, Román Jakobson y la comunicación en salud

Por **David Ríos**

Alejandro Dolina incluye en todos sus programas un “segmento dispositivo” donde se aleja un poco del humor y habla de leyendas, historia, filosofía o hasta epistemología. En una oportunidad abordó el tema de las clasificaciones. Para cuestionar su existencia o sus posibilidades habló de los tipos de quesos. Contaba Dolina que había que ordenar los quesos en una heladera. Y se decidía colocar arriba los quesos duros y abajo los quesos blandos. Pero había quesos que no son tan duros, ni tan blandos, como por ejemplo el brie. Por lo que habría que pensar en una nueva categoría como los semi-blandos. Pero también habrá quesos que no son semiblandos del todo porque son un poco duros... y en ese caso habrá que pensar en una nueva categoría los semi-blandos duros. Y así, como diría Buzz Lightyear, el héroe de Toy Story, “hasta el infinito y más allá”.

Para enfrentar este terrible problema que enfrentan diariamente los reposidores en los supermercados, en “Introducción al conocimiento Científico” (una materia del CBC de la UBA) explican que las clasificaciones no son ciertas o

falsas, ni ciertamente infinitas. Basta con que incluyan todas las variaciones posibles y que sean adecuadas para el propósito que buscan cumplir.

Con esta idea de ayudar a cumplir un propósito nos acercamos a la clásica clasificación de Román Jakobson sobre las funciones del lenguaje. Se parte de la idea de que cada hablante, en cada acto de habla, lo hace con una intención. Jakobson reconoce seis funciones, seis intenciones: referencial, emotiva, apelativa, poética, fática y metalingüística.

Breve y simplificando: en la función referencial el hablante busca transmitir un contenido, una información. En la emotiva dar cuenta de sus sentimientos o emociones. En la apelativa busca influir sobre quién lo escucha (la publicidad y la propaganda son los ejemplos más claros). En la poética busca generar un mensaje hermoso (aquí está el arte). En la fática se abre, se cierra y se verifica cómo funciona la comunicación (desde un “Hola” hasta un “¿me escuchas bien?”). Y la metalingüística se centra en analizar cómo funciona el lenguaje (un

homenaje implícito a Michel Foucault con sus palabras y sus cosas).

¿Por qué llora el bebé? Usualmente porque tiene hambre o porque quiere upa. Podría pensarse entonces que la función del lenguaje es referencial: está informando que tiene hambre. Sin embargo, su propósito no es informar: busca que le den comida. Por lo tanto, es apelativa, busca influir sobre su mamá o su papá para que le den de comer.

Y es acá donde las funciones del lenguaje son útiles para pensar la comunicación en salud. Si se piensan las acciones de comunicación solamente buscando dar información (con la función referencial) solamente se logrará eso: que quién nos escucha, nos lee o nos mira en las redes sociales obtenga información. Acá juegan desde los afiches que dan cuenta de información tal como "El preservativo es el único método que previene el VIH y las infecciones de transmisión sexual" hasta talleres que tienen como objetivo "Reflexionar sobre el uso del preservativo".

Si se quiere tener un impacto sobre la salud de la población hay que pensar las acciones de la comunicación desde la función apelativa. Buscando que quién recibe nuestros mensajes

cambie sus perspectivas, sus hábitos, sus prácticas.

La función apelativa, que está siempre en la mente de quienes hacen publicidad o propaganda tiene muy mala prensa. Porque influir sobre el público -especialmente utilizando malas artes- es muy mal visto. Sin embargo, tiene algo que el resto de las funciones no tienen. Cada función está centrada en algún elemento del clásico esquema de la comunicación emisor-mensaje-receptor. La función referencial está centrada en el contenido, la emotiva en el emisor, la poética en el mensaje, la metalingüística en el código, la fática en el canal. Pero la función apelativa está centrada en el receptor: en quién escucha, en quién lee. Y es ahí donde verdaderamente nos ayuda a crear acciones de comunicación interesantes porque no está centrada en quién emite, ni en el mensaje: está pensada en quién recibe nuestros mensajes. Entonces, no tiene que tener mala prensa: es la función menos egoísta porque está pensando en quién nos escucha.

¿Alcanza con eso? No. Pero es un camino para empezar a pensar la comunicación de otra manera.

LA COCINA DE LOS LIBROS

Roland Barthes sostiene que el sentido de una obra no está dado por las intenciones del autor sino por la interpretación que hace de esa escritura el lector. Porque la producción de sentido que dispara cualquier texto –psicoanálisis mediante– nunca agota todas las posibles interpretaciones. O cómo sostenía **Borges** la ficción no depende solo de quién la constituye sino también de quien la lee. La literatura ha problematizado estas cuestiones con respecto al acto creativo, pero ¿Qué pasa con los escritos académicos, los papers, los trabajos de investigación? En este número 2 de **Gaceta Psicológica** iniciamos una sección para que autoras y autores nos cuenten ¿Cómo funcionó el proceso de construcción de sentido en sus producciones científicas? ¿Por qué aquellos papelitos insignificantes, con anotaciones sueltas, marginales, terminaron ocupando un lugar preponderante en las preguntas ordenadoras?

Invitamos a **Carla Pierri** para que nos detallara aspectos poco conocidos de su excelente libro **“SOBREVIVIR Y MORIR EN EL MANICOMIO. MEMORIAS DE UN ASILO DE MUJERES”** de Editorial Topia (2021). ¿Cómo se le ocurrió empezar su rigurosa investigación sobre un hospital psiquiátrico de mujeres en la provincia de Buenos Aires a fines de la década del 50 –después de la caída de Perón– con un cuento sobre una asturiana que llega a la Argentina justo antes de la gran Guerra? Quizás como la propia Carla lo señala, de lo que se trate, es que en los textos haya **MÁS POESÍA, QUE HISTORIA CLÍNICA.**



Sobre la escritura de “**Sobrevivir y Morir en el manicomio. Memorias de un asilo de mujeres**”.

TOPIA EDITORIAL 2021

Por **Carla Pierri**

Dedicado a cada historia borroneada tras los muros del hospicio. Gracias a quienes (muches sin conocerme siquiera) me confiaron recuerdos de infancias y familias. Otra salud mental es posible y sobre todo urgente

El libro “SOBREVIVIR Y MORIR EN EL MANICOMIO. MEMORIAS DE UN ASILO DE MUJERES” se inicia con un cuento sobre una asturiana que llega a la Argentina justo antes de la gran Guerra. ¿Qué me habrá pasado por la cabeza para empezar un libro de divulgación de una investigación así? Fue apareciendo como una pintura que mezclaba detalles esparcidos en los márgenes, con un trabajo de invención para que la historia de la salud mental no sea la de los grandes prohombres de la psiquiatría, ni la de las disquisiciones académicas, sino, una que devuelva nombres, bordes, y vidas. Allí puse palabras ausentadas de las historias clínicas de personas fallecidas en su internación manicomial: ¿quiénes eran?, ¿qué



sentían?, ¿quiénes eran sus afectos?, ¿de qué disfrutaban?, ¿cómo vivían?, ¿qué añoraban. Así me permití escribir una historia que podría haber ocurrido tejiendo detalles, cosiendo con hilos que no estaban, debido a la producción

sistemática de ausencias de una historización clínica. Digo clínica.

En el último tiempo, ya alejada de aquella investigación y con este libro haciendo su camino, lo más interesante que me ha ido resonando sobre las huellas del Hospital Esteves, son los intercambios llenos de preguntas, pero también de recuerdos, de familiares de mujeres fallecidas en manicomios. Estas conversaciones, por correo o teléfono (y sólo dos veces café de por medio, pandemia mediante), me hicieron pensar que los silencios de las Historias Clínicas tuvieron su correlato en muchas familias como fantasma intergeneracional sobre “esa abuela que se volvió loca” y cuya internación de por vida eclipsó cualquier otro detalle humano. Me contaron de visitas los días sábados y de abrazos en los parques del hospital. Pude leer de “una abuela que pudo ser cuidada con especial dedicación por su familia y no convertirse en una *Historia Clínica más*. O que “una mujer que trabajaba en casa de una vecina tuvo una crisis sostenida, se la llevaron y no supimos más de ella” o que “mi primo tuvo una internación y por suerte lo pudimos externalizar” o que “cuando estuve en el Borda, si no me inventaba otras palabras para decir, me hubiese muerto” o “yo acompañé a las hijas de mi padrastro a ver a su ex mujer al manicomio y es algo que no me olvidé nunca más en toda mi vida” o que “cuando mi abuela quedó internada, mi padre y mi tía fueron a un orfanato”. Relatos que agradezco se me hayan confiado. Quizás todos estamos bordeados por el manicomio. O bien porque alguien en nuestras familias fue internado/a, o en nuestros vecindarios, o porque podría haber ocurrido, pero se pudo crear sostén. Porque el

manicomio como destino y como amenaza es un gran desaparecedor de personas y un garante de silenciamiento por la deshonra del estigma de la “locura”. Los intercambios, además de emocionarme porque esta vez eran nietos/as quienes buscaban a sus abuelas, me reavivó la idea de que esta investigación no es sobre el pasado, sino sobre el futuro. Pero la cosa no comenzó así. Voy a ir a mi principio.

En el Archivo General de la Nación hay un fondo documental de más de 4000 historias clínicas (HC) de mujeres internadas y fallecidas en el siglo XX en el Hospital Esteves de la Provincia de Buenos Aires. Desde un equipo de investigación de la Universidad Nacional de Lanús trabajamos esas cajas de carpetas infinitas que en el inicio se nos indiferenciaban. Codos fuera del mesón de consulta, silencio de archivo, gafas protectoras y lavado riguroso de manos al retirarnos. El equipo era interdisciplinario, pero sobre todo “interbiográfico”. Nuestras luces y sombras se tensaban por lo disciplinar, pero también eran interpeladas por nuestras historias singulares.

En mi caso, me dediqué a mirar con atención un período que concentró la mitad de las muertes del siglo en ese hospital: la década del ‘60. Reconstruí recorridos de internación que llegaron a durar hasta 69 años, no sin derivas institucionales varias. ¿Quiénes fueron las personas fallecidas allí? Eran mujeres, trabajadoras (QD¹, sirvientas, cocineras, “humildes”), muchas inmigrantes o migradas o migrantes internas que en algún momento fueron señaladas como “locas” por alguna crisis de desarraigo o relato vinculado al no cumplimiento del estereotipo tradicional de género de mujer doméstica y

sentimentalizada (Débora Tajer, 2009). Quisiera mencionar solo algunas cosas que me parecen relevantes de este libro.

Primero, en mi experiencia, las **Historias Clínicas** no hablan de las personas internadas. Lo que se escribe allí, habla de la lógica manicomial. Es difícil que alguien encuentre en esos registros huellas de una historia de vida, a menos que, una carta, un diario o un informe de servicio social nos abran esa puerta a la otra escena. Como escritura, el manicomio despedaza la historia de vida en ítems pre-impresos para luego consignar, como mucho semestralmente, **registros de un etólogo de acuario**, tales como, el latiguillo “levantada, tranquila, come y duerme bien, mismo cuadro mental”. Quien escribe en las historias es el manicomio, y escribe sobre sí mismo por la forma en que dice y sobre la persona internada sólo dice por lo que calla, o por lo que se cuela o anexa en esa carpeta. Son los “otros” registros los que pueden hablar de la persona.

Segundo, la lógica manicomial se expresa en muertes evitables en el marco de una **custodia indiferente** que va dejando marcas y desgastando los cuerpos. La absoluta mayoría de los registros en las HC del manicomio son de problemas y procedimientos de clínica médica (diarreas por meses, infecciones en la piel recurrentemente y de diversa índole, cortes/golpes, gangrenas, tuberculosis). Esta lógica se expresa, también, en una relación entre trabajadores/as y personas internadas que hace materialmente imposible un trabajo de externación. ¿Qué puede hacer una médica que tiene a cargo el tratamiento de 250 personas? ¿Cómo hace una enfermera para poder atender a 32 personas de modo que esas personas puedan externarse?

Tercero, las personas internadas en manicomios constituyen un grupo social sometido a condiciones de vida, alimentación e higiene deplorables. Esto las ubica en grados altos de vulnerabilización para enfrentar cualquier epidemia, pero también procesos de ajuste fiscal. El año que más mujeres murieron en el Esteves no casualmente fue 1959. Ese año, el debut del FMI en nuestro país exigiendo austeridad, con un Ministro como Álvaro Alsogaray invitando a “pasar el invierno”, se tradujo en vacantes de personal congeladas, en merma de trabajadores de enfermería, deterioro de prácticas y cuidados y en que murieran en promedio una mujer cada dos días en el hospital. Para ese mismo momento, en otro manicomio de la provincia, se había logrado reducir en un 10% la mortalidad solamente aumentando la ración de leche. Ese año, tampoco casualmente, se creó la Cooperadora del hospital.

Leer estas HC, es leer el manicomio y sus huellas de pus, necrosis, escabiosis, ántrax, diarrea, erisipelas, corte y sutura en los cuerpos. Acercarme a las memorias manicomiales solía agobiarme por exceso de realidad. La investigación, las ficciones y las poesías me permitieron pensar y comprender mejor lo que no estaba escrito en papel. Un día cualquiera, en la sala de consultas del archivo, me encontré escribiendo una poesía. Una colega y amiga querida se sonrió y me dio una pista ante mi desconcierto: “Claro, Carla, las personas merecemos más ser poesía que historia clínica”.

Notas

1. Quehaceres domésticos.

¿Qué sucede cuando estas dos categorías dejan de interpelarnos desde los ciclos vitales naturalizados e irrumpen arrasando las construcciones sociales, los imaginarios colectivos y las diferencias sociales?

Gabriela Groba y **Silvina Pedernera** cada una con su estilo plantean como nos impactan estas cuestiones cuando sucede lo imprevisto. Lo inusitado. Y cómo quedamos posicionados como trabajadores de la salud frente al dolor, la soledad y el desamparo. Cuando escuchar a los demás es también interrogarse sobre nuestras propias dudas, miedos y abandonos

Las soledades que el aislamiento nos reveló

Por **Gabriela Groba**

Si hay algo que quizás le debemos agradecer a la pandemia es haber levantado la alfombra debajo de la cual nuestras sociedades esconden varios asuntos, uno de ellos, es, sin dudas, las cuestiones que nos plantean las vejeces urbanas. Las vejeces, en una de sus más dolientes vivencias, se expresan a través de varios malestares que, en el mejor de los casos, se anudan como síntoma y posibilitan algún nivel de demanda que lleva entonces a las personas mayores (P.M.) a la consulta.

Motivo de consulta: la soledad

No es que la pandemia haya producido la soledad no elegida y la tristeza que ella lleva atada; más bien podemos pensar que estos padeceres (que nuestras P.M. vivencian desde hace tanto tiempo), se incorporaron de manera insoslayable en la conversación social, dando visibilidad a un dolor invisibilizado, enmascarado por la vorágine que el sistema impone para acallar. Entonces, la soledad es un malestar que las P.M. suelen llevar a los consultorios, más

aún podríamos pensar que este malestar invade toda su experiencia vital como una manera de estar en el mundo que nuestra sociedad contemporánea le propone a este grupo etario que, recordemos, tiene las siguientes características: es cada vez más numeroso y ha modificado en forma definitiva las relaciones de los grupos etarios al interior de la sociedad. La resonancia que el envejecimiento poblacional a nivel mundial nos plantea nos interpela, llevándonos a admitir lo ya sabido, eso es, que hay carencias en las políticas públicas que den lugar ya no para sanar la pena sino para favorecer contextos donde tramitar la emergencia de un síntoma de época: el viejismo.

El malestar hace presencia en nuestras vidas, asignando un plus para las vejeces impulsado por el modelo capitalista en general y por el neoliberalismo en particular. A las P.M. se las penaliza socialmente con múltiples discriminaciones y disvalores sólo por razones de edad. La muerte del reconocido fotógrafo René Robert en París (y no en un callejón abandonado sino en una de las calles más centrales y concurridas de esa ciudad) puede ser una muestra ventana de lo que, en materia de invisibilidad, las personas somos capaces de soportar y, por consiguiente, nos interpela acerca de la potencia destructiva inherente a las subjetividades que el neoliberalismo construye.

El individualismo es mortal. Una consecuencia obvia de la ilusión meritocrática de independencia, articulada a la fallida idea que nos plantea que: en alguna etapa vital somos

invulnerables. Entonces, si la vida cotidiana se desliza eludiendo las redes, eludiendo las relaciones y la multigeneracionalidad, las vejeces se instalan en esta falta generando dolorosas consecuencias. “Plantear el problema no es simplemente descubrir, es inventar “ Deleuze nos impulsa a pensar que, para poder dar una respuesta a algo, primero debe existir una pregunta que responder y encontrar esa pregunta es también el derrotero de nuestra tarea. En este sentido, son muchas las deudas que la salud (pública y mental -S.P./S.M.-) tiene para con las vejeces.

La soledad, cuando no es buscada ni querida, muta en dolor psíquico y este dolor debe ser atendido. Una paciente decía “todas mis amigas se me fueron yendo, los primos, mi marido; a veces siento que no hay nadie más en el mundo”. Pero hay muchas personas en el mundo... hay dispositivos, hay organizaciones, hay múltiples ofertas y aun así muchas P.M. solas que enuncian su soledad no deseada.

¿Qué nos dice esta queja? ¿Qué mensaje hay en esta queja para quienes nos desenvolvemos en el área de la salud mental y no podemos desoír? Quizás los dispositivos no son tantos ni tan variados o no configuran una respuesta adecuada, o bien para acceder a ellos hay que superar inaccesibilidades varias (que también son obviadas). Quizás también supone desarmar los propios viejismos, resquebrajar la ilusoria imagen del espejo, la que dice: “yo no voy a juntarme con esos viejos, son demasiado viejos”. El viejismo nos arrasa a todas las personas

y, como todo prejuicio, debe ser cuestionado y desarticulado; en el mientras tanto, produce estragos. Es el mismo prejuicio que se expresa en esas políticas que dan por sentado que la sola existencia del dispositivo asistencial convoca o que, a pesar del aumento demográfico de las P.M. y los evidentes cambios en sus características y requerimientos esos dispositivos no se multiplican en número y variedad.

Las P.M. también están atravesadas por ese mandato (capitalista neoliberal de aristas cada vez más salvajes y crueles), el del salvataje solitario y el del voluntarismo a ultranza, cuya ideología infantilizada que reza que nada es imposible (aún mantenerse joven siempre, pues envejecer es algo que hay que evitar), decanta en la angustia al ser arrinconados los cuerpos en la soledad sin (¿poder? ¿querer?) advertir su participación en ese malestar. La Salud Mental sigue siendo un territorio en disputa dentro de las políticas públicas y, como tal, está llamada a ampliar los márgenes, a hacer lugar, a incluir.

Desde APBA nos comprometemos con esta idea y con esta práctica que nos conduce a

revisar, escuchar y formarnos colectivamente en este sentido cuestionando a fondo nuestros prejuicios y desarticulando las iniciativas en materia de Salud Mental que, en lugar de ampliar la capacidad de escucha, la obturan. Aquellas políticas que entienden el cuidado como restricción y que aún conservan el modelo de institución total (las R.L.E. son un ejemplo). Es dentro de estas coordenadas que apuntamos a reformular dispositivos, espacios terapéuticos y toda una práctica profesional orientada a articular, fortalecer redes e iniciativas socio comunitarias, lo colectivo en toda su diversidad y riqueza subjetiva de la inclusión, la subjetividad como experiencia que se desarrolla en vinculación con otros, lejos de lo individual, que aísla a la no consideración del semejante empujado por la meritocracia del "a solas".

El fotógrafo René Robert murió de frío en una de las calles más transitadas de París - LA NACION <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/el-fotografo-rene-robert-murio-de-frio-en-una-de-las-calles-mas-transitadas-de-paris-nid28012022/>

Lo invisibilizado de la pandemia: la muerte

Por **Silvina Pedernera**

Introducción

La pandemia de coronavirus excede al ámbito sanitario. Alicia Stolkiner (2020, p. 14) la define como “un acontecimiento que precipitó el desequilibrio catastrófico de un sistema hipercomplejo, que ya estaba en altísimo nivel de inestabilidad” Un sistema hipercomplejo implica la interrelación de múltiples campos, entre otros la economía, la política, la geopolítica, el trabajo, la cultura, etc., todos aspectos englobados en la relación del hombre con la naturaleza. Nos compele a reflexionar seriamente sobre la supervivencia del planeta y de nosotros como especie, y a actuar en consecuencia.

La pandemia produjo muchos muertos, que fueron sólo números, ya que los medios de comunicación masiva no transmitieron la voz de los deudos, porque “no se quería hacer amarillismo”. Así, esos sujetos muertos, quedaron invisibilizados para la población, que no pudo dimensionar el importante monto de sufrimiento por las pérdidas. (Pedernera, 2020).

Intentaré, en éste breve texto, enunciar parte del trabajo realizado desde el sector salud con la muerte y los deudos.

El trabajo con la muerte

M tiene 47 años, su marido, de 54 y sin comorbilidades, falleció cuando ella y sus hijas estaban aisladas. M llora durante toda la entrevista telefónica, es la primera vez que habla con un profesional de salud mental. Está muy angustiada. Teme haber contagiado a su marido dado que dice ser la primera que tuvo síntomas. Comenta muy conmovida que fue su hija quien fue a reconocer el cuerpo de su marido en la morgue porque M es diabética y todos temen por su salud. Su hija le dijo que no pudo verlo ya que estaba “en una bolsa roja cerrada, así va al ataúd, le pidieron que reconozca el cuerpo, tuvo que suponer que era él por el tamaño de la bolsa”. Sus cuñados fallecieron una semana antes que su marido. En la familia eran 8 y quedaron 5. Dice “recuerdo su espalda cuando se iba del hospital, no lo dejaron acompañarme el día que



me hisoparon, estaba bien, nunca pensé que esa sería la última vez que lo vería, esa imagen me vuelve todo el tiempo”.

**La madre de B está internada por múltiples fallas orgánicas y tiene coronavirus. B también es positiva. Su madre muere, mientras ambas están aisladas.*

** Internan a la madre de S en un geriátrico. S debe aislarse por ser contacto estrecho. Su madre fallece y pocos minutos después S es informada que el caso positivo, por el que estaba aislada y no pudo ver a su madre, era un “error de carga”.*

Cuando comenzó la pandemia, el equipo de salud mental continuó trabajando con problemáticas ligadas al sufrimiento psíquico.

Estallaron los encuadres, pero nunca se perdió la especificidad de la disciplina. Ante la gran cantidad de personas contagiadas,

comenzaron a aparecer las muertes en las consultas en junio del 2020. El trabajo en salud mental se abocó al acompañamiento telefónico a los familiares del fallecido.

Una actividad inédita y muy angustiante que implicó escuchar las situaciones de muerte y ayudar a expresar las emociones ligadas a esas escenas, favorecer relatos, explicitar representaciones y promover elaboraciones subjetivas. Resulta traumática la simple idea de pensar en la posibilidad de morir solo o de no poder acompañar a un ser querido. La muerte en soledad fue entonces un hecho que impactó profundamente en los deudos y ameritaba la tarea con ellos (cabe consignar que aún no existían protocolos de acompañamiento a personas en últimos días de vida).

¿Cómo operar cuando nunca estuvo nuestra mirada ni nuestros cuerpos? ¿Cómo realizar un trabajo de duelo cuando no es posible ver el

cuerpo del fallecido, cuando no hay rituales de despedida? Nos rememora rápidamente a la dictadura y los desaparecidos. También su condición trágica y de personas sufriendo aisladas, en una sociedad dividida-donde una parte niega lo acontecido y por ende el sufrimiento de la otra nos recordaron lo reflexionado acerca de las consecuencias subjetivas del terrorismo de Estado.

Encuentros de Reflexión y Articulaciones Teóricas: Acompañar en Pandemia

Ante la conmoción del trabajo que realizamos en soledad, decidimos buscar respuestas colectivas y encontrarnos por zoom. Lo promovimos y organizamos **docentes de la II cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA¹** e invitamos a profesionales de Salud Mental que luego, a través de difusión por redes, se amplió a profesionales de otras disciplinas, provincias y países. Siete encuentros quincenales entre agosto y noviembre de 2020. Nos propusimos compartir las prácticas de acompañamiento presencial (profesionales de hospitales/UTI) y telefónico a personas aisladas, enfermas de Covid a sus familiares, y a los deudos; reflexionar sobre dispositivos; compartir textos y producir colectivamente. Por entonces, las personas morían aisladas.

Incluimos historias de vidas, sujetos, allí donde sólo había números de muertos (que eran muchos y crecían de manera vertiginosa). Entre el primer y el séptimo encuentro, tres meses después, hubo un aumento de casi el 600%.

La idea era nombrar aquello silenciado: los muertos y sus allegados.

Así estos encuentros nos sirvieron para poder anticipar con “representaciones representativas”, como diría Freud, los acontecimientos traumáticos sucedidos intempestivamente, nos dieron la posibilidad de “bordar” con palabras lo real de la muerte. Implicó decidir hacer una pausa en la desmedida y urgente actividad, parar a dialogar, a pensar, con valiosos colegas dispuestos a compartir la situación.

Intentamos pensar acciones para humanizar la muerte, acercando los familiares al moribundo, promover una muerte digna. Antes de la aparición de los protocolos de acompañamiento compartimos experiencias de vinculación con distintas tecnologías (parlantes sostenidos por profesionales con mensajes de sus afectos, por ej.).

Sentirse acompañado al morir es una instancia de alivio para el fallecido y para sus allegados, es pensar el momento de la muerte como una parte de la vida. Es reconocer que los vínculos amorosos disminuyen el sufrimiento psíquico.

Reflexionamos acerca de lo que escuchamos: el dolor profundo frente a la muerte, que es lo que nadie quiere escuchar.

En ese momento de la pandemia no estaba permitido despedir al muerto con un velatorio. Los deudos estaban, en general, en aislamiento así que aparecieron homenajes y distintos modos de acompañamiento por redes sociales. Reconocimos y valorizamos esa invención subjetiva, comunitaria, cultural.

En los rituales se intenta elaborar algo de la pérdida, se apela a un orden simbólico, compartido culturalmente, son al mismo tiempo un momento de despedida y de celebración de la vida.

Nuestro primer encuentro se produjo un feriado, el mismo día que un grupo que negaba la pandemia hacía su tercera marcha “contra el gobierno”, “contra la cuarentena”, “por la libertad”. Nos resultaba muy perturbadora la existencia de esta protesta ante una medida de cuidado colectivo, cuando estábamos al mismo tiempo intentando compartir nuestra preocupación por los muertos y sus allegados. Sentíamos que vivíamos en mundos paralelos. Solos, amparándonos entre nosotros, construimos redes que nos sostuvieron.

En éstos encuentros compartimos nuestras inquietudes con destacados profesionales² que se ofrecieron a escucharnos, presentaron trabajos colegas de Jujuy³, e hicimos un taller vivencial⁴. “¿Serán nuestros encuentros los rituales que nuestros pacientes no pueden hacer? ¿Operarán como la suplencia posible frente a las privaciones que provoca la pandemia?” (Pedernera, 2020).

Los ritos colectivos

El dolor colectivo nunca podría agotarse con respuestas individuales, necesita de una elaboración comunitaria donde se articulen distintos sectores (salud, educación, cultura, derechos humanos, hábitat, trabajo, etc.). Recordatorios artísticos, políticas públicas de memoria, apuntan a la sanción y elaboración de duelos

colectivos. En nuestro país resulta necesario recordar una vez más el papel fundamental que tuvieron los organismos de derechos humanos en este proceso.

Es imprescindible entonces nombrar, homenajear, marcar la ausencia, generar espacios de memoria colectiva como política de estado.

La negación, aumentada por los medios de comunicación masivos, o el enunciado atolondrado de la post pandemia o nueva normalidad obstaculizan el trabajo de duelo comunitario. Es necesario también promover el respeto al tiempo de la elaboración del duelo, tiempo de trabajo psíquico singular y tiempos de espera de la inscripción simbólica colectiva de los mismos.

(Extracto del capítulo La pandemia y la muerte del libro *El Psicoanálisis y la Salud Mental en tiempos de pandemia*. Compiladora Cecilia Attwel. Editorial Pacto de lectura, de próxima aparición).

Bibliografía:

- Belziti, C., & Stolkiner, A. (2020, octubre). Conversaciones sobre lo público. Claudia Belziti entrevista a Alicia Stolkiner. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20) http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wpcontent/uploads/sites/13/2020/12/05_Stolkiner
- Pedernera, S. (2020, octubre 28). Pandemia y rol del equipo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud. Diagnósis. <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/281>

Pandemia y la importancia de la dimensión subjetiva del cuidado:

Acompañamiento a profesionales del Programa Cuidar a los que Cuidan PBA¹

Por Mariana Parenti y Silvina Pedernera

La pandemia evidenció que el sistema de salud no está formado solamente por edificios, camas y equipamiento, valorizó la tarea de todos los trabajadores y subrayó como nunca antes el papel de los sujetos y los colectivos en el cuidado. El **cuidado** de la salud se transformó en una categoría central tanto para las prácticas asistenciales como las de las familias, la comunidad y la política pública. (Tajer, 2021, Ceminari, 2018, Michalewicks y otros, 2014)

El equipo de salud, en todos sus niveles y disciplinas, se vio forzado a una inédita exigencia adaptativa constante y un esfuerzo desmedido de trabajo, sin horario y en una situación de mucha incertidumbre, angustia, preocupación y temor. Se generó una situación traumática que no cesaba, el sistema de salud se preparó para una catástrofe, un problema agudo, cuando fue una situación excepcional sostenida durante mucho tiempo.

Los trabajadores de salud, habituados a considerar externo el peligro, sintieron como nunca la angustia ante la posibilidad concreta de transformarse en un paciente, un deudo o un muerto.

Podríamos pensar que “recordaron” que también tenían un cuerpo, y una psique, aunque parezca una obviedad. Así, al inédito y “democrático” equipo de protección personal (usado por todas las disciplinas y en todos los niveles de atención) se le sumó la necesaria palabra de los trabajadores de salud, la palabra que pudieran expresar lo que estaban padeciendo, la palabra que alguien podía escuchar. En este marco el equipo del Programa— en este caso mujeres profesionales de salud mental— se dispone a acompañar el padecimiento de los trabajadores. Los equipos están organizados por regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires y actúan en los Hospitales Generales de PBA y otras instituciones como Hospitales Modulares creados en pandemia. La concurrencia de trabajadores se realiza en duplas por institución. Los equipos se referencian con un profesional de la zona sanitaria y cuentan con una supervisión que en nuestro caso, también es una dupla.

Podríamos pensar que el antecedente de éste programa se remonta a la experiencia en la década del 70 en la Residencia de Psiquiatría

del Hospital Borda, coordinado por los médicos Bernard y Ulloa: los grupos de reflexión. Esta actividad, reconocida como indispensable en la formación de residentes -sobre todo de salud mental-, no parece ser visualizada como primordial para los trabajadores de salud de planta de distintos servicios.

El programa planteó en principio la tarea con los trabajadores de la salud, y pronto el eje se corrió al acompañamiento de familiares, participación en partes médicos (presenciales y telefónicos), trabajo con personas internadas mediante el uso de dispositivos electrónicos, contención telefónica, entre otros. En palabras de las profesionales de salud mental: ***“Nos ubicamos como puente de comunicación en un lugar en donde cada novedad resultó de suma importancia para aquellos que estaban aislados y para sus familias”*** (Morelli, P y otras, 2021). Estas actividades también significaron “cuidar” a los trabajadores.

La pandemia evidenció también la importancia de contar con espacios de escucha de las tensiones generadas por la tarea, los vínculos y las dinámicas institucionales, en un contexto de máxima incertidumbre y exigencia. Es de destacar que los profesionales de salud se vieron afectados por la masividad de personas enfermas y muertas, una situación excepcional de la que no puede desconocerse su impacto. Resulta imperioso el intento de acompañar en la elaboración de las problemáticas surgidas en la tarea cotidiana y de sostén desde el Estado como estrategia de cuidado.

Podríamos pensar que la visibilización de la subjetividad de los trabajadores de salud y su

necesidad de ser “cuidados” es una “oportunidad ganada” en la pandemia. Se evidencia entonces al Estado reconociendo la importancia del sostén y a la Universidad implicada en la actividad con los Equipos de Salud.

Bibliografía

- Ceminari, Y; Stolkner, A. (2018). ***EL CUIDADO SOCIAL Y LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO COMO CATEGORÍAS CLAVES PARA EL ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS***. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Dellarossa, A. (1979) Grupos de reflexión. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Michalewicz, A; Pierri, C; Ardila-Gómez, S (2014). ***DEL PROCESO DE SALUD/ ENFERMEDAD/ ATENCIÓN AL PROCESO SALUD/ ENFERMEDAD/ CUIDADO: ELEMENTOS PARA SU CONCEPTUALIZACIÓN***. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, XXI. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>>
- Morelli, P; Morosoff, I; Rubianes, C y Sala, L (2021): ***LA POTENCIA DE LA ESCUCHA Y EL CUIDADO EN Y DESDE LA SALUD MENTAL***. Jornadas Provinciales 2021 Hacia la transformación del modelo de atención en Salud Mental. La comunidad en su abordaje interdisciplinario: tensiones, coyunturas y posibilidades. Provincia de Buenos Aires.
- Tajer, D (2021). ***CUIDADOS GENERIZADOS EN SALUD***. Ficha de Cátedra Salud Pública/ Salud Mental II. Facultad de Psicología. UBA. Buenos Aires.

SALUD PÚBLICA – SALUD COMUNITARIA – ASISTENCIA PSICOLÓGICA VIRTUAL – PSICOANÁLISIS

Por Liliana Zuker

En “La iniciación del tratamiento”, Freud plantea una serie de reglas para el tratamiento psicoanalítico y las presenta como simples consejos sin exigencia de estricto cumplimiento, aclarando que la diversidad de las constelaciones psíquicas y la plasticidad de sus procesos, se oponen a una mecanización de la técnica. [1]

Enumera así: uso del diván, asociación libre y abstinencia del analista como regla fundamental, una hora fija para cada paciente que las pagará las ocupe o no y 6 sesiones semanales de 1 hora.

Desde la época Victoriana hasta nuestros días los tiempos han cambiado y la vertiginosidad es la regla, donde el Malestar de la Cultura actual requiere que todo tiene que estar listo para ayer. Esta prisa ha propiciado la promesa de soluciones mágicas a través de distintas terapias: la farmacoterapia, que promete felicidad, tranquilidad o dulces sueños: las terapias químicas, las psicoterapias breves con objetivos focalizados, las TCC, “soluciones” éstas

que procuran mantener al sujeto sufriente en el estatuto de objeto que, con algún desperfecto momentáneo o crónico, hay que “arreglar” con psicofármacos o palabras provenientes del discurso amo. Aclaro que la medicación puede ser necesaria e imprescindible en algunos casos, el problema es su uso con el único fin de acallar el síntoma y la medicalización.

Estos dispositivos procuran dar respuestas más o menos estandarizadas en el menor tiempo posible, buscando soluciones rápidas, eficaces y si pueden ser permanentes, mejor, para que el “individuo” vuelva al ruedo de la producción y el consumo necesario para no detener la rueda del capitalismo.

Frente a esto, ¿cómo retomar el psicoanálisis? y ¿En qué tiempo y lugar esto es posible?

En el mismo texto “La iniciación del tratamiento” Freud hace una analogía de la técnica psicoanalítica con el juego de ajedrez, donde sólo las aperturas y los finales están sistematizados, en cambio en el medio hay infinita variedad de jugadas. Va a decir, que las reglas que

enumeró en el comienzo están sujetas a igual limitación.

Entonces, más que la búsqueda de tratamientos eficaces para la persona que sufre y de poner a su alcance todo tipo de respuestas, lo que propiciamos es despertar preguntas.

Hoy en día la práctica analítica ha cambiado mucho respecto de aquellos preceptos freudianos que en su planteo Freud, avizoraba como no exigibles: el uso de diván, el pago de las sesiones, que está ausente si se trata de atención hospitalaria y centros de salud del sistema público y el tiempo y la frecuencia de las sesiones, él ha atendido a Gustav Malher en una sola entrevista de 4 horas, caminando por la ciudad de Leyden en Holanda o a Catalina en la montaña, ¿pero en qué no ha cambiado?

En la regla fundamental: la asociación libre, la abstinencia del analista y la transferencia como motor del trabajo psicoanalítico.

El uso del dispositivo analítico en Salud Pública

Freud mismo habló de un tiempo por venir [2], en que el psicoanálisis pueda ser extendido por fuera de los muros del consultorio y así llegar a mayor cantidad de gente, en forma gratuita, costado por el estado o por algún benefactor (Salud Pública), ya que de otra manera gran cantidad de población no podría acceder, utilizando también las indicaciones y la sugestión, agrego: a modo de uso y no de posición. Remarca Freud: *"Somos pocos...Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el*

mundo y que quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante...es también de prever que alguna vez habrá de despertar la conciencia de la sociedad y advertir ésta que los pobres tienen tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano y que las neurosis amenazan tan gravemente la salud del pueblo como la tuberculosis, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual" [3], como siempre Freud adelantándose a su época y con esa creatividad que lo caracteriza habla de una "psicoterapia para el pueblo", pensando más allá de lo individual, en lo comunitario.

En este sentido recordamos lo dicho por François Leguil: *"El analista, si es alumno de Lacan, no puede retroceder ante todas las contradicciones que se despliegan apenas deja su consultorio porque no hay, según él, indicaciones o contraindicaciones para la cura analítica que se decidan en nombre de un saber preestablecido."* [4]

Cuando una persona concurre a un servicio hospitalario, o lo traen, con una queja, con un sufrimiento, si ponemos en marcha el dispositivo analítico, vamos a tener a la entrada un pedido de ayuda (incluso si lo traen o lo derivan de otro servicio) si hay un practicante del psicoanálisis allí, va a haber una pregunta que le vuelve del analista: a partir de allí se sucederán dichos que permitan o no, transformar ese pedido en una pregunta que avizora un deseo de saber, si es que se arribó a una mínima implicación subjetiva de lo que traía como queja. Aquí hay que

poder esperar el momento, tener la paciencia en que pueda aparecer algo de la localización del sujeto, de una direccionalidad al Inconciente.

Esa es la apuesta y no hay promesa de que se cumpla, es sólo abrir la partida del ajedrez, ni más ni menos.

Para abrir este juego, hace falta que haya posición del analista, con la oferta de escucha creamos demanda - dice Lacan en "La Dirección de la Cura" [5] y en el horizonte de esta operación, esperamos al menos que aparezca un esbozo de pregunta, que de entre esos dichos, aparezca algo del decir. Ya no se trata del tiempo de la Institución: la productividad, los números, estadísticas, tiempo de las sesiones, duración del tratamiento, listas de espera, sino del tiempo del sujeto, que lo entendemos no ya como tiempo cronológico, sino como un tiempo lógico planteado por Lacan en "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada" [6], allí diferencia 3 tiempos: el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir.

Más aún en la atención de las urgencias, podemos decir que hacemos "un uso posible del psicoanálisis" ante los padecimientos de los sujetos en el malestar de la cultura actual. Tanto en las guardias como en situaciones de emergencia de la comunidad, como la pandemia que atravesamos

Ante el paradigma de la vertiginosidad de los tiempos que corren (Modernidad, posmodernidad): "El tiempo es oro", nosotros como practicantes del psicoanálisis podemos oponer otro paradigma: *"El deseo es Salud...Contra la*

angustia es el remedio más seguro", como dice Miller en "Psicoanálisis y Psicoterapia" [7], y si ese deseo se puede intentar avizorar en un sujeto que sufre, aunque sea en un breve tiempo, con la simple oferta: "Cuénteme qué le pasa" es la apuesta y no hay promesa de que se cumpla, es sólo abrir la partida del ajedrez, ni más ni menos.

De lo comunitario a lo particular

Durante el 2020 una vez declarada la pandemia del nuevo coronavirus, armé el dispositivo "Cuidar a las y los que cuidan" para asistir a las y los trabajadorxs de la salud del Dpto. de urgencia del Hospital Fernández. En esta situación inédita en la que estaba y está inmersa toda la comunidad, se trataba de escuchar la angustia, los miedos de cada cual ante lo desconocido y cómo inevitablemente se enlazaba este malestar general en las coordenadas históricas de quien solicita ser escuchado, a modo de ejemplo relato una breve viñeta:

Una persona requiere una entrevista que se desarrolla en un rincón de los pasillos de la guardia, en el medio de los preparativos y capacitación en el uso de los EPP (elementos de protección personal), consulta por llanto aparentemente inmotivado, marcando que no le molesta llorar pero que últimamente es muy seguido. Lo vincula luego con el miedo a contagiarse aclarando que no siente miedo por la idea de contagiarse él, pero sí contagiar a su pareja con la que vive hace unos años. Además,

como es el único que por su profesión puede circular, decretada ya la cuarentena, tiene que ocuparse de un hermano con padecimientos de salud mental. Luego de varias preguntas sobre el punto específico que lo atemoriza, concluye que el miedo es “a estar aislado esos 14 días”. Ubica los padecimientos del hermano varios años mayor que él, en relación con una situación vivida por éste desde que era muy niño, su madre estuvo presa muchos años durante la última dictadura militar. Había pertenecido a una agrupación militante.

Le llama la atención un sueño que tuvo la noche anterior, consistía en que lo llevaban preso a un lugar muy reducido, no sabía por qué. Aquí surge lo singular asociado a la pandemia. Vemos cómo en una sola entrevista se pudo anudar algo de la angustia de este sujeto en relación con el miedo al contagio que en ese momento no se sabía bien de qué se trataba ni cuál era su mecanismo, con algo de sus coordenadas históricas, de su particularidad: el miedo a estar encerrado, aislado como su madre en otro estrago como lo fue la última dictadura cívico-militar.

De lo singular a lo social. Asistencia virtual en pandemia

Desde la Subcomisión De Salud Mental de la Comisión Salud Del Instituto Patria conformamos un equipo de asistencia telefónica ofrecido a la Subsecretaría de Salud Mental [8] de la Provincia de Buenos Ares, llamamos

al dispositivo: “Acompañar PBA” [8], se trataba de escuchar a personas que llamaban al 0-800 atravesadas por la situación de Covid_19, que estaban en aislamiento por contacto estrecho, o tenían algún familiar internado, entre tantas otras situaciones tan básicas como no tener recursos para comer o estar imposibilitadas de hacer algún trámite necesario.

En esta experiencia que realizamos durante el año 2020, vimos que la asistencia individual aun siendo caso por caso tenía una extensión familiar y hasta comunitaria. Muchxs de los asistidxs aconsejaban a otros familiares o vecinos recurrir a este dispositivo del Estado, incluso ante situaciones similares que transitaba un amigo, brindaban nuestros teléfonos para que este reciba nuestro asesoramiento. Cuando la persona en consulta manifestaba conflictos familiares se trataba de brindar herramientas para mejorar la situación agudizada por la cuarentena, generando un puente con otras instituciones, organizaciones de la comunidad y el barrio del consultante. El acompañamiento, incluso si es a una sola persona se extiende a las de su entorno, especialmente porque es una asistencia del Estado (provincial en este caso) y es en este punto que decimos que la Transferencia, además de desplegarse con la persona que llama/asiste, se desarrolla como Transferencia hacia un Estado Presente, que cuida a través de Políticas Públicas generando dispositivos de asistencia.

Sin que se trate de psicoanálisis propiamente dicho pero sí contemplando que el dispositivo

¿CÓMO PENSAR EL DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO EN SALUD PÚBLICA Y EN UNA ASISTENCIA VIRTUAL EN PANDEMIA?

analítico implica suponer en el otro/otra un/una sujeto frente al que, con la oferta de escucha, generamos demanda desde una posición ética donde no “tenemos” lo que le falta, por el contrario queremos ser un puente para que pueda expresar qué le pasa, que surja una pregunta entre sus dichos y que desde esta posición pueda hacer lazo en una comunidad, escuchando problemáticas barriales, territoriales y poder así descubrir un cauce por donde quizás, empezar a buscar la solución o al menos el alivio de la crisis, ya que como sabemos y al decir de Floreal Ferrara, la Salud Mental es la capacidad de lucha del sujeto y su comunidad frente a los conflictos.

Una comunidad, más allá de las singularidades que la componen, también tiene conflictos: consumos problemáticos, violencia de género, maltrato/abuso de las infancias y adolescencias, falta de trabajo, falta de vivienda adecuada y todos los determinantes sociales de la Salud que tienen que ser escuchados y recogidos desde las bases para generar políticas públicas para su solución. Los y las militantes de la salud tendríamos que funcionar como herramientas de detección en terreno, de las problemáticas tanto individuales como familiares y sociales, incluyo en este colectivo a promotorxs de la salud y organizaciones sociales, así como dispositivos interministeriales.

Sin Salud Mental no hay Salud, sin trabajo, sin vivienda digna, sin acceso a la salud, sin APS, la población solo llega a un servicio cuando “no puede más”, si es que llega, es lo que más se observa en las guardias de los Hospitales de

CABA, cuando la persona concurre ya desesperada, después de haber intentado solicitar tratamientos y turnos que no obtuvo durante meses. Las crisis se van agravando y esto en Pandemia fue y es más visible aún.

Esta cultura médica hegemónica y “hospitalo-céntrica” basada en la “patogénesis” de la enfermedad, se olvida de estudiar la “salutogénesis” es decir los factores que favorecen la salud e ir al territorio a evaluar cómo está la población y qué necesita, antes de que sea tarde y además mucho más costoso para el sistema capitalista que tanto alaban. Si se desarrollara este trabajo territorial en la Ciudad de Buenos Aires, se detectarían muchos más casos de tuberculosis que está en incremento alarmante y de la que S. Freud hablaba en otro siglo, por citar sólo un ejemplo del abandono de la población.

Por eso también es tan resistida la LNSM 26.657, que va en contra de esa hegemonía y a favor de los derechos de las personas, sabemos muy bien lo que pasa cuando se trata de sacar algunos pocos privilegios y otorgar derechos. La ley sancionada en 2010 y reglamentada en 2013 es permanentemente tergiversada y defenestrada ante cualquier hecho trágico donde hay involucradas personas con padecimientos mentales, tal cual como hacen con las “fake news”. Se aprovechan del desconocimiento de la población de la letra de la ley que establece en el Cap. IX Art. 33, que la Autoridad de Aplicación: Min. Salud, debe recomendar a las Universidades públicas y privadas la formación de los profesionales en cuanto a la ley de SM

y DDHH, también establecer espacios de capacitación y actualización, dice: especialmente a los que se desempeñan en Servicios Públicos de Salud Mental. Yo diría que a todas y todos los trabajadores de la Salud, incluso lxs que realizan tareas administrativas y a la población en general. No se puede querer lo que no se conoce.

Nos falta “militar la LNSM” que no consiste sólo en cerrar manicomios, es abrir los dispositivos necesarios y nombrar a las y los trabajadores y trabajadoras que hagan falta para el cuidado y tratamiento de las personas con padecimiento mental con una mirada comunitaria que apunte a la APS. La palabra “curar” proviene del latín y significa “cuidar”, por eso más que nunca cuidarnos para curarnos y así cuidar a lxs otrxs.

En este sentido hago mías las palabras de mi amigo y psicólogo sanitarista Lic. Mario Burgos: “Soy un invento de psicoanalista comunitario”

Bienvenida esta conjunción posible entre psicoanálisis, salud pública y comunidad, tenemos trabajo por delante y en el horizonte, la posibilidad de crear un Plan Nacional de Salud Mental, con la interdisciplina, la atención primaria de la salud y lo comunitario como eje, inserto en el marco de un Sistema Nacional Integrado de Salud.

Bibliografía:

- [1] Freud, S. Obras Completas Tomo V, LX “La iniciación del tratamiento” 1913, Biblioteca Nueva.
- [2] Freud, S “Los caminos de la terapia psicoanalítica” T.VII O. Completas, Biblioteca Nueva.
- [3] Op. Cit Pags.2461-2
- [4] F. Leguil, La Urgencia. El psicoanalista en la práctica hospitalaria. “Reflexiones sobre la urgencia”, transcripción de una charla brindada al equipo de urgencia del Hospital Interzonal de Agudos “Evita” de Lanús el 14 de junio de 1988, Ricardo Vergara, Ediciones.
- [5] J. Lacan, “La Dirección de la Cura”, Escritos 2, pag. 597, Siglo Veintiuno Ed. S.A.
- [6] J. Lacan “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”, Escritos 1, pag.187
- [7] J. A. Miller, “Psicoanálisis y Psicoterapia”
- [8] Programa que depende de la Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y violencias en el ámbito de la Salud Pública, Provincia de Buenos Aires.
- [9] Equipo “Acompañar PBA”, coordinado por Lic. Mario Burgos, Lic. Mario Woronowski y Lic. Liliana Zuker junto a integrantes de la Subcomisión Salud Mental del Instituto PATRIA. En 2021 y 2022 estamos abocados al dispositivo “Cuidar a las y los que cuidan” de los equipos de Casos Críticos y Alto Riesgo en situaciones de Violencia de Género del Ministerio de la Mujer de PBA, a cargo de la Ministra Estela Díaz

Algunas reflexiones sobre el cuidar

Lic. Mariana Garfinkel

"Al pliegue de mi sombra
cometo esta caricia"
Mirta Rosenberg

A mi amiga Mariana Komarjañsky.

Un poema de Diana Bellessi dice:
"Mirar hacia atrás dicen
puede volverme un pequeño
tumulto de sal. Las cuatro flores
rosadas del duraznero
expanden como seda
la infancia. Me hacen decir mamá
y a la sombra del huerto veo
a mi padre trajinar
con su asada. Pero más
Me dejan bendecir el invierno y

lo que aún queda
por vivir
Descubrir lo que se ha tenido
profundo en el corazón nos mece
en trama del sueño donde
inocente el asombro acuna
Hay gozo y hay lágrima
por aquello que se reedita
apoyado el pie un poco afuera
del sendero que recorrimos (...)"

La memoria y el olvido traen también otras figuras: acunar, mecer en el sueño de lo que se ha tenido, lo que se reedita, no es posible lo uno sin lo otro y es compleja la ingeniería del cuidar, hay una trama, hay del tiempo y de un recorrido singular. La palabra cuidado desliza, discurre sus sentidos. Desde el alemán, en los escritos de Freud como **sorge**: ¿cura? Preocupación, solicitud, don. ¿Cómo es ese **hacer decir** donde

deseo y demanda se anudan en superficies como esa seda de la infancia?

En la película *C'mon C'mon* (una traducción posible del nombre podría ser: "Dale, dale") de Mike Mills (2021), el cuidar atraviesa de modo fundamental una narrativa que cuenta cómo es que se pone en marcha y se le da continuidad a esa función. Una decisión estética hace que en la pantalla se escriban los nombres de

los cuentos que se leen por la noche a un niño antes del sueño, entonces los leemos nosotros también. Su tío busca el modo más delicado de entenderlo y cuidarlo; su hermana –la mamá– aloja su angustia y le dice: “nadie sabe lo que está haciendo, pero tiene que seguir haciéndolo”, porque al cuidar un saber se activa y caduca mientras ocurre ese lazo. No hay ciencia del cuidado, por más protocolos que intenten cercarlo o declararlo, su vitalidad se resiste y renueva.

“Un acto de hospitalidad no puede ser sino poético”, cita Anne Dufourmantelle a Derrida y así lo invita a dialogar en una escritura cruzada en su seminario acerca de la hospitalidad, un *locus* “cercano a lo cercano” que marca el contorno, la desposesión que produce la bienvenida. Para Dufourmantelle es problemática esa proximidad si comienza en la pregunta por el nombre ya que “un nombre propio nunca es puramente individual”.

La hospitalidad absoluta, que Derrida distingue del “pacto” de hospitalidad, exige lo incondicional, va más allá de la ley –arriesga el filósofo– y puede introducir al derecho pero lo mantiene en el movimiento mismo de su progreso, no se agota en solo nombrarlo. Dar lugar a lo desconocido, lo otro, lo absoluto, lo anónimo; se le *da lugar*, que es dejar venir y llegar sin exigir reciprocidad ni la identidad de quien llama o toca a la puerta. Por este motivo, los cuidados quizás pudieran ser pensados de un modo que considere esferas posibles de los nudos que hacen a

esa red y la sostienen, fundamentalmente para que la integralidad y transversalidad en el campo de los derechos no sea solo un enunciado. “La hospitalidad justa rompe con la hospitalidad de derecho” y es clara la alusión a la Antígona de Sófocles, ya que ese acto se ofrece antes de que la subjetividad *sea*, antes de su nombre, es decir que excede; antecede al advenir sujeto de derechos. En esta manifestación política algo no se anticipa, sino que posee una anterioridad necesaria. El lazo fraterno también enseña sobre el cuidado. En la Antígona de Bertold Brecht, Ismene dice: “No me avergüenza la desdicha de mi hermana y le pido que acepte compartirla conmigo” y, a su vez, Antígona se niega porque *ese* dolor no es *compartible*: “(...) quizás quiero reservar para mí todo el dolor”, semejanza y ajenidad en esa orientación ética del lazo.

Desde el psicoanálisis podría localizarse una paradoja cuando se intenta pensar los cuidados, ya que la regulación de un bien resulta en anular su singularidad y potencia. Hablar puede consistir en la regulación de un lenguaje ¿cómo se desprende un decir? Los brazos que se tienden o acunan ¿llegan hasta las personas que se ocupan, asisten, trabajan, en las diversas instituciones que conforman el tejido infinito del que se componen los cuidados? ¿Llegan a las instituciones? Desde las infancias a las vejez, lo familiar a lo *ex*, lo intra a lo extramuros. Porque esas voces, *la pequeña voz del mundo*; como diría la poeta Diana Bellessi, requieren de

¿CÓMO PENSAR EL DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO EN SALUD PÚBLICA Y EN UNA ASISTENCIA VIRTUAL EN PANDEMIA?



un modo que no sea arrasador de las singularidades que sostienen a los cuidados para cada quien. Cómo se construyen esas configuraciones solidarias, qué apoyos reciben, qué problemas y desafíos enfrentan diariamente, cómo se las ven con la enfermedad, con el envejecimiento en ciudades llenas de barreras arquitectónicas ¿no existen las vejeces en las ciudades? Los cuidados merecen su “refugio y morada hospitalaria” también. Un lugar que pueda decirse y que tenga un valor no es pedagogía moralizante o psicología estratégica, es un decir.

Se los menciona, se rasga la tela, se desvela, pero no revela la forma. Si los cuidados están compuestos de actos, no pueden esperar.

La pandemia Covid19 puso en evidencia intermitente (¿o efímera?) la cualidad esencial y vital de los cuidados, en relación al personal de salud, pero también en el espacio familiar, en lo respectivo al lazo hablante. No solo la enfermedad requiere de cuidados sino la trama de unxs con otrxs constitutiva (y no sustitutiva), es esa clase de hospitalidad

que no obedece a respuestas coyunturales, pero sí requiere de hacer *lugar al lugar*.

Cuidar no es solo un gesto, es trabajo, tiempo, despliegue libidinal, pero también repliegue de otras cuestiones de la vida para dar lugar al *estar*. Cuando se pone en marcha esa función no existe duda alguna en su orientación, se articula, genera, abre y también corta, debe recorrer un espacio y tiempo para suceder. ¿De qué modo se imprimen las huellas de ese suceso?

Testimonia sobre esa huella el poema de Mirta Rosenberg llamado Anonimato:

*“Presenta el presente, el pasado
perdona, y aquí vienen las gentes
a olvidar: nieve de la memoria, llave
del nombre que se lleve mientras la nieve
cae en otro lugar, poniendo blancos en
el cuento
que mi abuela judía me contaba, atenta
a la estela de verdad que recordaba
(...)”*

El cuidado puede abonar a la lógica de producción del capital, pero también en los cuidados cambian las lógicas temporales, no hay producción que no sea de subjetividad en ese orden. Anne Dufourmantelle escribe que en hebreo fabricar tiempo es “invitar” y subraya: “¿Cuál es la extraña inteligencia de la lengua que indica que para producir tiempo es necesario ser dos, o más bien es preciso que exista lo otro, una efracción de lo otro original?” Es una función, pero también es un acto donde radica su imposibilidad de cálculo y racionalidad anticipatoria.

Los modos de cuidar se escurren, son difíciles de abarcar, y a la vez existen descuidos, desanudamientos en la red, que propulsan caídas, quiebres, fracturas en el lazo. Achille Mbembe en su libro “Necropolítica” expresa que la crítica poscolonial insiste en retirar la máscara del humanismo y universalismo de la operación colonial. “Por eso, la relación colonial oscila constantemente entre el deseo de explotar al otro (situado como racialmente inferior) y la tentación de eliminarlo, de exterminarlo”. Bajo estas condiciones es que se nombra como “Necropolítica” a la precarización que pone en riesgo a los lazos, a las formas contemporáneas de instrumentalizar la vida, con lo cual esa delicada materialidad de los cuidados encuentra su riesgo. Otra característica del pensamiento poscolonial es que pone en crisis los modos de pensar la subjetividad e identidad. La identidad que habita en la multiplicidad y en la

dispersión; una política del reconocimiento del semejante y su diferencia. Mbembe propone: “Salir de la noche de la identidad, de las lagunas de mi pequeño mundo”.

Haber realizado un recorrido transversal-institucional en mi formación y experiencia en la práctica me convoca a la reflexión crítica y a la pregunta: ¿Cuáles son las diversas culturas institucionales sobre los cuidados? ¿Sucede aquello que Mbembe, en su forma más crítica, denomina *interrogar a la noche* o *ver por encima del velo*? En la mercantilización y reificación del cuerpo como una mercancía más, “hacer morir y dejar vivir”, como escribe el filósofo; las fuerzas de producción son rápidamente sustituibles, avanza la burocratización en la gestión de la vida. ¿Quién es el sujeto de ese derecho? se pregunta Mbembe.

Existen equipos profesionales que fundan modos de hacer en el espacio público con su experiencia, pocas veces se tiene la oportunidad de encontrarse en momentos fundacionales de las instituciones y sus áreas. ¿Cómo es el cuidado hacia los equipos en las instituciones? ¿Cuál es el valor de los testimonios de una práctica? ¿Se sustituye o se cuida? Las lógicas de contratación abonan a esta práctica sustitutiva, la mención “equipo técnico” descarta el profesionalismo y la experiencia. En la auto-administración el otrx es una aplicación que disfunciona. La actual exigencia de las instituciones de auto gestionarse parece significar que la humanidad del hablante es un escollo, un

¿CÓMO PENSAR EL DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO EN SALUD PÚBLICA Y EN UNA ASISTENCIA VIRTUAL EN PANDEMIA?

resto a ser administrado, una negación del morir, recorrido que dona el pensamiento e investigación de Philippe Ariès: la oposición tajante entre vivir y morir inhibe la existencia del morir.

El director de cine Ken Loach, en "Sorry, we missed you" (2019), narra la vida de un hombre que comienza a trabajar en un sistema de entregas a domicilio, y realiza una inversión (de capital y tiempo) y aun así no logra "ganarse la vida", es decir: paga por trabajar. Esta lógica *necro* soslaya a los cuidados, invisibiliza, desencarna, ignora. A su vez, la esposa del protagonista asiste a personas en sus domicilios, se encuentra comprometida con su tarea, pero el trabajo de cuidar tampoco llega a sostener a la vida familiar. Es por eso que no basta con la enunciación de los cuidados como una necesidad. ¿Cuidar no alcanza para cuidar? ¿Qué lógica alberga esta paradoja? En estas genealogías que me asisten para reflexionar vale recordar a la película "Shi" ("Poesía", 2010), del director Lee Chang Dong: mientras compone, a lo largo de la película, un poema, Mija es sostén. Foucault afirmaba que ya en los siglos I y II una disociación estaba presente de modo holgado: el cuidado de sí y el cuidado de otros, y que ese hecho tiene consecuencias para aquello que el filósofo llamó el arte de la existencia.

No se trata de rigidizar los dispositivos, sino de pensarlos, cuestionarlos ¿cuál es el acceso a posibilidades diversas de sostén para poder cuidar y trabajar, en sus múltiples y singulares combinatorias, considerando los diversos momentos en el ciclo vital?

Una pregunta insiste: Las políticas del cuidado ¿alojan los modos en que esas experiencias se despliegan? No requiere de comprensión, sentido común o técnico. Requiere de implicaciones políticas y éticas del cuidar. Quizás el infinitivo, entre los cuidados y el cuidado, es un ejercicio que invita a pensar las prácticas humanas hablantes, a pesar del poshumanismo o de la mutación de la sensibilidad conectiva como propone Berardi. El cuidado del cuidado se encuentra del lado abierto, en cambio en lo cerrado los protocolos indican cuándo, cómo y hasta dónde. Sin embargo, cuando el protocolo falla es necesario tomar decisiones, la falla del protocolo lo constituye o arma ese borde en donde se quiebra el cristal de su artificio simbólico.

Provisoriamente es posible pensar que el cuidar como acto excede a la lógica del protocolo, hace lugar al lugar a partir de la hospitalidad como gesto, antecede al advenir de la subjetividad, pero al mismo tiempo la constituye en su *hacer decir*.

Trabajo territorial como resistencia a los estragos de la pandemia

Por **Laura Finkelstein y Flavia Torricelli**

Proponemos compartir interrogantes que contribuyan a repensar necesidades y modificaciones en la implementación de políticas públicas en salud/salud mental a partir de la pandemia COVID-19.

De acuerdo con algunas recientes investigaciones llevadas a cabo en contexto de pandemia en el AMBA (Faraone, Iriart, 2021¹; Ardila et al, 2021²) gran parte de la asistencia en materia de salud mental se vio interrumpida, se discontinuaron diversidad de prácticas y seguimientos, y otros pasaron a modalidad a distancia.

Tanto en el sector público como privado (Ardila *op.cit.*) el 61% de los servicios de salud mental en las provincias de Chaco, Río Negro y Santa Fe y en el área de AMBA (CABA y 1er y 2do cordón conurbano) se discontinuaron. También se vieron afectados servicios por cambios o cierre de salas de internación, y se registraron restricciones en acciones comunitarias de promoción y en servicios de rehabilitación. En algunos casos la causa que imposibilitó el

establecimiento de contacto remoto fue la falta de registros actualizados de identificación y localización de usuarios.

Al planteo de garantía de acceso y problemas de accesibilidad en salud mental, se requiere involucrar o al menos no soslayar el contexto epocal de crisis a partir de la pandemia, conceptualizada en distintos ámbitos como catástrofe. Y la tensión que la misma ha provocado en los sistemas de salud, servicios asistenciales y en los equipos, que manifiestan inquietud ante el incremento sostenido de la demanda de asistencia, yuxtapuesto a la fatiga laboral sostenida durante dos años.

Se ha afirmado que la pandemia funcionó en diversos ámbitos como analizador de escenarios, que, en el caso de asistencia en salud mental, registraba problemas previos de larga data, en accesibilidad y continuidad de cuidados. Tales como dificultades en otorgamiento de turnos, efectivización de derivaciones, desararticulación inter niveles, insuficiente integración

en equipos interdisciplinarios en el sistema de salud, listas de espera, entre otros. Asimismo, fue abordada desde hace tiempo en el contexto internacional la brecha en salud mental, comprendida como la discrepancia entre la población con padecimiento psíquico y/o trastorno mental severo y quienes efectivamente acceden a tratamiento oportuno en servicios especializados en salud mental o en otros dispositivos.³ ¿Qué es y cómo se garantiza el acceso a la salud mental durante una catástrofe? ¿Cómo definir, y con cuáles criterios de prioridad, desde la gestión de los sistemas asistenciales, la accesibilidad en contextos de emergencia sanitaria? Resulta un desafío la mera problematización de límites difusos entre emergencia/urgencia/atención en crisis/ emergencia sanitaria y en salud mental, con la consideración de la temporalidad particular de efectos retroactivos en la esfera subjetiva. Como fue señalado, las catástrofes implican la adaptación a múltiples cambios y el afrontamiento y elaboración psíquica de pérdidas, en el trabajo de duelo. La doble tarea de asumir las pérdidas, pero sin identificarse con lo perdido.⁴

El estándar de expectativas sobre la accesibilidad pretendida durante épocas ordinarias difiere de lo posible durante la actualidad extraordinaria. En cambio, lecturas situadas en contexto demuestran que algunos paradigmas resultan anacrónicos, como categorías inviables de aplicar en escenarios convulsionados. Además, la extensión del lapso temporal de la crisis, supuesta inicialmente como más acotada, potencia la incertidumbre respecto a su finalización y al futuro. Las necesidades de atender simultáneamente a su impacto en la

comunidad, en la población usuaria de los efectores y en los equipos de salud, afectados por cansancio acumulado, y la reorganización de tareas, roles, y funciones; convergen en un escenario de tensión de resolución pendiente.

La percepción sobre la accesibilidad en salud mental difiere según los distintos actores sociales. Los trabajadores del equipo de salud pueden definir el acceso de diverso modo que la población usuaria del efector. Incluso es probable que, de indagarse la opinión de los usuarios, y las singularidades de sus puntos de vista, podrían reportarse experiencias de usuarios que registran como problemas de acceso circunstancias no ponderadas de esa forma o naturalizadas por los equipos asistenciales. Por otra parte, si se considera la perspectiva de funcionarios y decisores de políticas, pueden advertirse consonancias o divergencias con aspectos priorizados por los equipos y/o la comunidad. A la vez resultan significativos los aportes de trabajadores de otras dependencias estatales, miembros de OSC⁵ en contacto con cada efector, que registran facilidades y obstáculos en la tarea de intercambio interinstitucional o en la concreción de derivaciones.

Se destacan experiencias observadas en el primer nivel de atención, donde a pesar de las restricciones sanitarias, de escenarios y protocolos cambiantes; se han brindado respuestas tendientes a garantizar el acceso, desde una práctica territorial consustanciada con el abordaje comunitario en el área de salud mental (Faraone e Iriart, *op.cit*). Fue relevado en trabajadores del sector público, que la pandemia trajo aparejados cambios en el tipo de demanda y en el agravamiento y urgencias de

las situaciones psicosociales que demandaban atención. Diversos equipos se reconvirtieron, o experimentaron cambios estructurales, conforme a las necesidades de áreas programáticas, planteles de los centros de APS y los servicios hospitalarios. Dentro del primer nivel de atención, fueron reportadas dinámicas territoriales, participación intersectorial con colectivos y organizaciones, más allá de la dificultad para derivar a programas extramurales que habían interrumpido sus actividades. De esta manera, la inserción en el territorio y el abordaje comunitario se impusieron como logro, como resistencia a los estragos de la pandemia.

Respecto de la reconversión de la atención ambulatoria, en la gestión de distintas plataformas y aplicaciones, se analizaron estrategias comunicacionales basadas en NTIC⁶ para el primer nivel de atención en el área de salud sexual y (no) reproductiva de CABA (Tortosa y Finkelstein 2021⁷). Destacándose la respuesta de equipos en prácticas innovadoras e instituyentes tendientes a contener la demanda y garantizar acceso a pesar de las restricciones impuestas a la circulación, mediante **WhatsApp**, **Instagram**, **Facebook**, correo electrónico. Desde distintos centros de salud se ha procedido a la grabación y envío de audios con pautas para personas en aislamiento por COVID-19 y grupos de familiares y convivientes en seguimiento. También en la implementación de vivos de Instagram, elaboración de panfletos y folletería virtual destinada a la población asistida y la comunidad en general. Esta implementación de NTICS fue generada espontáneamente por trabajadores de CeSAC que, sin haber recibido capacitación ad hoc, basaron

su aprovechamiento en trayectorias de alfabetización digital previas, y participación en redes sociales virtuales para la atención.⁷ La utilización de las redes como medio de acceso y continuidad del vínculo terapéutico pone de relieve entre los usuarios la brecha digital existente previamente a la pandemia y las limitaciones inherentes a la disponibilidad de tecnología, al conocimiento acerca de la utilización de los dispositivos y a la posibilidad de conectividad. Otro importante desafío de resolución pendiente.

Para finalizar, creemos necesario repensar algunos ítems enunciados que hacen parte de la salud mental concebida desde un enfoque integral y de complejidad, que involucra los determinantes sociales del PSEA⁹; en el que se articulan prácticas subjetivantes a nivel de las personas, insertas en contextos comunitarios. Se evidencia por un lado el fracaso de paradigmas mono causales y enfoques simples. A la vez, adquieren centralidad las tecnologías relacionales en la continuidad de cuidados que varían de acuerdo con cada equipo, y cada escenario cultural. y el concepto de trabajo vivo en acto¹⁰ que pone en relieve la subjetividad de ambos polos de la estrategia relacional; la de los trabajadores pertenecientes a los equipos de salud mental y la de los usuarios y familiares.

Notas

1. Faraone, S. e Iriart, C. (2020). "Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 10. Nro. 20. Pp. 42-52.

2. Ardila-Gómez S. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13 Supl COVID-19:e26.
3. OPS, Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. 2013, Plan de Acción Salud Mental 2013-2020, OMS.
4. *¿Qué le debo al psicoanálisis? Haber aprendido a saber perder. ¿Qué es la vida para el que no sabe perder? Pero saber perder es siempre no identificarse con lo perdido. Saber perder sin estar derrotado.* Alemán Lavigne, J., 2017. <https://redpsicoanalitica.org/tag/jorge-aleman-lavigne/>
5. Organizaciones de la Sociedad Civil.
6. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
7. REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA Tortosa P, Finkelstein L. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación durante la pandemia por covid-19 para la atención en salud sexual y (no) reproductiva en el primer nivel de atención de CABA, Argentina. *Rev. Argentina de Medicina* 2021;9(3):208-215
8. Destacándose la participación de jóvenes profesionales con experiencia previa en activismo de género en redes sociales virtuales como la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, que integra la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.
9. Proceso de salud enfermedad atención.
10. Merhy E. E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Prácticas de cuidados implementados en el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires

Por **Ceriani Leticia, López Noelia, Bouzigues Magdalena, Nelson Giménez, Gabriela Mastellone**

El presente escrito tiene como objetivo reflexionar acerca de la necesidad de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de cuidado en salud. Nuestro contexto actual, a veintitrés meses de la declaración de la emergencia sanitaria, nos invita a reflexionar sobre las transformaciones acontecidas y las que tenemos por delante respecto de los modelos de cuidado en los procesos de salud-enfermedad en el sistema público y los dispositivos implementados en provincia de buenos aires.

Históricamente nuestro sistema de salud estuvo más vinculado a la atención de la patología que al cuidado de la salud. Donde debiera cuidarse, se atiende. Desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana se postula al cuidado en relación con el derecho a la salud, en el marco de una integridad de derechos; derecho que solo puede ser

garantizado mediante la acción pública, particularmente en las sociedades marcadas por profundas desigualdades (Stolkiner, Ardila Gomez, 2012). Estamos fortaleciendo el subsector público de salud porque creemos firmemente en la equidad respecto al acceso a los cuidados en salud como una estrategia comunitaria para llegar a todas y todos los bonaerenses.

En una etapa inicial de tratamiento de la pandemia para incorporar las prácticas de cuidado, los objetivos se focalizaron en fomentar la organización social y política como respuesta a la problemática sanitaria en curso, fundamentada en los lineamientos de la Salud Colectiva y la Epidemiología Comunitaria. Las políticas públicas se orientaron al fortalecimiento de los Hospitales y a la incorporación de tecnologías de cuidados intensivos, así como de cuidados intermedios y mínimos. Se reorganizaron las guardias, así como se fortaleció el sistema de

testeo y se trabajó en el diagnóstico en los abordajes territoriales “Detectar”. Construcción de recursos que quedaron a disposición de cada territorio. Fue de suma importancia visibilizar la organización popular existente y su relevancia a la hora de dar continuidad a los cuidados integrales.

En una etapa posterior, con el arribo de las vacunas se llevó a cabo desde el sistema público la campaña de vacunación más grande de la historia en la Provincia de Buenos Aires, caracterizada por ser un ejemplo de prácticas de cuidado. Las personas que van a vacunarse valoran el buen trato: hay alguien que los está esperando. Esto es un diferencial respecto a las prácticas tradicionales en salud. El desafío futuro es extender estas prácticas de cuidado al sistema de salud en su conjunto.

Otra manera que encontramos desde la gestión en la Provincia de Buenos Aires para incorporar la dimensión subjetiva en el cuidado fue la creación del Centro de Telemedicina (CETEC) durante la pandemia para dar respuesta y acompañamiento a personas con síntomas de COVID-19, con el objetivo de detectar y referenciar precozmente al sistema de salud a los casos sospechosos de coronavirus según el protocolo vigente. El CETEC nacido en pandemia llegó para quedarse en el sistema de salud bonaerense, como una **línea de continuidad de cuidados**, donde el vínculo entre los efectores de salud y los usuarios empiece a ser más horizontal y menos verticalista.

El vínculo entre los sujetos y servicios nos invita a pensar en el concepto de accesibilidad. Las construcciones de sentido sobre el derecho a la salud influyen la accesibilidad (Comes

& Stolkiner 2005). Durante períodos históricos en los cuales se impuso la lógica neoliberal y se impulsaron desde los gobiernos políticas de ajuste y recortes en salud se construyó y afianzó desde los organismos del estado, la idea de que la salud no era un derecho a ser garantizado si no que dependía de la posibilidad individual. Poder problematizar y cuestionar las representaciones en torno a la gratuidad, o quienes son “merecedores” de los cuidados en salud puede ser un ejercicio que nos permita correr las barreras en torno a la accesibilidad

Es necesario que las personas que trabajamos en el campo de salud logremos ligar la accesibilidad al concepto de hospitalidad. Por hospitalidad nos referimos a acoger al otro tal cual es. Y en esa bienvenida que le doy a la otra persona, ella misma está generando cambios en mí por ese encuentro particular.

El vínculo entre los servicios de salud y sus usuarios debe ser hospitalario. Los profesionales de la salud tienen la autonomía suficiente para que cada práctica en salud sea hospitalaria. El buen trato, las buenas prácticas empáticas y respetuosas son nuestro horizonte si queremos una transformación de modelos de atención a modelos de cuidado, donde el objetivo principal sea no sólo atender sino cuidar y acompañar las diferentes situaciones por las que las personas se acercan al sistema de salud.

Todas las estrategias ligadas a decisiones políticas a nivel de la macro o meso gestión que se operativizan en los territorios tienen como componente nuclear una posición ética y política de disponibilidad, empatía y búsqueda. También fue necesaria una respuesta desde la micro política de los lugares de trabajo. El salir

casa por casa a la pesquisa de síntomas, recorrer la provincia en un tren con vacunas, pensar un juego o una jornada recreativa, planificar abordajes en escuelas o instituciones donde las personas viven, trabajan, disfrutan, se enferman o sanan.

Lo que E. Merhy (2007), define como maletines de tecnologías, se despliegan de maneras que pueden asegurar el derecho a la salud y las buenas prácticas o, contrario a esto, generar nuevos problemas o padecimientos. En este sentido, Merhy refiere que estos maletines se ponen en juego en la producción de cuidado, a saber: maletín de tecnologías duras (instrumental médico, equipamiento), tecnologías blandas-duras (saber estructurado, conocimiento técnico profesional), y tecnologías blandas (el espacio relacional que permite las acciones de cuidado). En esta línea, encontramos como recurrencia en todas las acciones desplegadas desde la gestión de la Provincia de Buenos Aires prácticas de encuentro empático de los

equipos de salud con los vecinos y las vecinas, en el puerta a puerta dejando tranquilidad y escuchando las situaciones complejas que atraviesan las familias. Una posición que humaniza nuestras prácticas en salud y se transforman en un puente para posibilitar el acercamiento a los sistemas locales y de ampliación de derechos.

Bibliografía

- Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la Internación Domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*. 2007;3(3):259-269
- Comes, Y., & Stolkiner, A. (2005). " Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de investigaciones*, 12, 137-143.
- Stolkiner A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / *Salud Colectiva*

PARTICIPAN DE SALUD PÚBLICA/SALUD MENTAL

BOTTINELLI, MARCELA

Psicóloga (UBA). Especialista y Magíster en Metodología de Investigación Científica y doctora en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Profesora investigadora (UNLa-UBA) en grado y posgrado. Directora de Evaluación y Gestión Académica de la UNLa. Exdirectora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria (UNLa).

BOUZIGUES, MAGDALENA

Psicóloga (UBA). Asesora del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Docente universitaria.

Calmels, Julieta

Psicóloga (UBA). Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y violencias en el ámbito de la Salud Pública, Provincia de Buenos Aires. Fue Directora y actualmente docente de la diplomatura de Salud Mental Y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de José C. Paz y Asociación Civil Enclaves.

CERIANI LETICIA

Psicóloga (UBA). Subsecretaria de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Miembro de la Fundación Soberanía Sanitaria.

CLINGO, MARCELO

Psicólogo (UBA). Especialista en Ciencias Sociales y Humanidades (U.N.Q.). Profesor Titular en la Licenciatura en Artes Audiovisuales y de posgrado de la Universidad Nacional de

las Artes. Docente de la Universidad Nacional de Avellaneda. Presidente de la Asociación de Psicólogas y Psicólogos de Buenos Aires.

Codina, Gerardo

Psicólogo (UBA, 1982). Especialista en Políticas Sociales FLACSO 2001. Director del Área de Sistemas de Salud del Instituto Mundo del Trabajo de la UNTREF. Miembro del Consejo Editorial de la Asociación Civil, Cultural y Biblioteca Popular Tesis 11. Fue Secretario General de APBA (2017-2019). Ex integrante del Gabinete de Asesores del Ministro de Trabajo de la Nación, Dr. Carlos Tomada (2007-2015).

DEL DO, ADELQUI

Psicoanalista. Docente de grado y posgrado. Integrante del Equipo Asistencial de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales. Ex responsable del área de acompañamientos a víctimas del Centro Ulloa, Secretaría de Derechos Humanos (Nación)

Fernandez Stocco, Natalia

Psicóloga de Planta Permanente del Hospital Piñero. Ex Residente de Salud Mental. Maestranda de Clínica Psicoanalítica en IDAES-UNSAM.

FINKELSTEIN, LAURA

Psicóloga (UBA). Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa). Trabaja en el CESAC N 28, dependiente del Hospital Santojanni (GCABA). Es Co- Coordinadora del Grupo Salud y Migraciones, dependiente del Ministerio de Salud (GCABA).

GARFINKEL, MARIANA

Psicóloga. Especialista en psicología vincular del instituto Hospital Italiano de Buenos Aires, practicante del psicoanálisis. Profesora en la Facultad de Psicología de la UBA. Miembro de equipos profesionales en organismos de Derechos Humanos.

GIMÉNEZ, NELSON

Director de Redes y Regiones Sanitarias, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Miembro de la Fundación Soberanía Sanitaria. Lic. En Enfermería.

GROBA, GABRIELA

Psicóloga (UBA) Directora del Departamento de Adultos Mayores (APBA). Docente de la DIPLOMATURA "EL SERVICIO DE CUIDADOS A PERSONAS MAYORES Y SU ORGANIZACIÓN COOPERATIVA" (UNTREF/Univ. del Chubut).

HARTFIEL, MARÍA ISABEL

Socióloga. Coordinadora del área comunitaria del PERA desde el 2000. Directora asociada del Hospital Esteves desde marzo 2020.

LÓPEZ, NOELIA

Psicóloga. Directora Provincial de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Miembro de la Fundación Soberanía Sanitaria.

MASTELLONE, GABRIELA

Psicóloga. Asesora del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Miembro de la Fundación Soberanía Sanitaria.

MERLIN, NORA

Psicoanalista. Magíster en Ciencias Políticas. Autora de Populismo y Psicoanálisis (Letra Viva, 2014) y de Colonización de la Subjetividad. Medios masivos de comunicación en la época del biomercado (Letra Viva, 2017). Su último libro es La reinención democrática. Un giro afectivo (Letra Viva, 2020).

MONTENEGRO, VICTORIA

Nieta restituida por Abuelas de Plaza de Mayo; Diputada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos, Garantías y Antidiscriminación de la Legislatura Porteña.

MORIS, GUILLERMO

Psicólogo. M.N.8716
Especialista en Metodología de la Investigación (U.B., 1985)
Jefe de Sección Cesac N°: 6. (Hospital General de Agudos Parmenio Piñero)

PARENTI, MARIANA

Psicóloga (UBA). Gerontóloga. JTP de Salud Pública/Salud Mental II. Facultad de Psicología (UBA). Supervisora Ad-Honorem del Programa Cuidar a los que cuidan, Ministerio de Salud (Provincia de Buenos Aires).

PEDERNERA, SILVINA

Psicóloga UBA. Residente Nacional de Psicología Clínica Hospital Moyano (1985) Hospital Interzonal de Agudos Gregorio Araoz Alfaro (1986/1988). Docente Salud Pública/Salud Mental II Prof. Titular Stolkiner. Facultad de Psicología (UBA). Supervisora de Equipos

Interdisciplinarios del Primer Nivel de Atención y Residentes de Salud Mental CABA. Expositora en congresos, cursos de postgrado, autora de publicaciones y realizaciones audiovisuales.

PIERRI, CARLA

Psicóloga (UBA), Magíster en Epidemiología y Políticas de Salud (UNLa). Docente de Salud Pública/Salud Mental II e Investigadora de UBACyT Praxis. Trabaja en la Unidad Pedagógica de la Unidad de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

PRADO, GIGLIO SALVADOR

Médico. Ex Coordinador de ALAMES (Argentina). Vocal del Directorio del IOMA (Provincia de Buenos Aires).

RATTAGAN, MERCEDES

Psicóloga (UBA). -Premio Bleger. Especialista en Gestión en Salud. Diplomada en Salud Colectiva. Diplomada en Filosofía Política Rey, Mariano
Director Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos Director Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Docente en Diplomatura en Salud Mental y Derechos Humanos, Universidad Nacional de José Clemente Paz (UNPAZ).

RÍOS, DAVID

Licenciado y profesor de Ciencias de la Comunicación. Comunicador Social en el Centro de Salud y Acción Comunitaria 39, dependiente del Hospital Penna (GCABA).

RIVA ROURE, MARÍA ROSA

Médica. Coordinadora del PREA Programa de Rehabilitación y Externación Asistida desde el 2000. Directora Ejecutiva Hospital Esteves desde marzo 2020, Ministerio de Salud (Provincia de Buenos Aires).

ROSELLI, FERNANDO

Psicólogo (UBA). Psicoanalista. Concurrente de psicología (Centro de Salud Mental N 1, Ministerio de Salud (GCABA).

ROSSETTO, JORGE

Psicólogo (UBA). Director Ejecutivo del Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred. Ex Secretario de Salud Mental y Adicciones de la Provincia de Tierra del Fuego. Ex Director Interventor de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca.

ROTELA, ALICIA

Psicóloga (UBA). (1999/2004) Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ). Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Relaciones Laborales. Adjunta en Cátedra de Psicología Laboral.
2004/2008 Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Servicio de Salud Mental.
2008/2015 Legislatura de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Bs. As. Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad

STOLKINER, ALICIA

Psicóloga, hizo su formación en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública (UBA, 1985).

Previamente cursó una Maestría en Psicología Clínica (UNAM). Doctora Honoris Causa (UNER). Ex Profesora Titular Regular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología (UBA). Profesora del Doctorado Internacional y de la Maestría en Salud Mental Comunitaria (UNLa), de la Maestría en Salud Mental (UNER) y de otros posgrados nacionales y extranjeros. Dirige la Maestría en Infancias y Juventudes (UADER).

TORRICELLI, FLAVIA

Doctora en Psicología (UBA). Integrante del Grupo de Estudio en Salud Mental Y Derechos Humanos (Gesmydh) IIGC (UBA) y del Grupo de Trabajo en Niñez, Derechos Humanos y Salud Mental. Docente Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

URANGA, WASHINGTON

Periodista, docente e investigador de la comunicación. Su campo de especialización son los temas de comunicación vinculados con la ciudadanía, la participación, las políticas públicas y la planificación de procesos comunicacionales. Es responsable de la sección La Ventana en el diario Página 12. Actualmente dirige la Maestría en Comunicación Institucional de la Universidad Nacional de San Luis.

URUEÑA, EDUARDO

Licenciado en Psicología, Psicoanalista. Profesor Titular de Salud Pública y Salud Mental del Área de Salud de la Universidad Nacional Guillermo Brown.

VILLELLA, NORMA

Psicoanalista. Clínica con niños y adultos. Miembro de la Escuela de Orientación Lacaniana y la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Docente del Instituto Oscar Masotta y de Psicopatología II Carrera Especialización Clínica con niños y adolescentes, Colegio de Psicólogos Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires).

ZUKER, LILIANA

Psicoanalista. Psicóloga del Dpto. de Urgencia y Coordinadora Comité contra las Violencias, Hospital Fernandez. Integrante de la Comisión de Salud Instituto Patria, Subcomisiones: Salud Mental, Salud Ciudad y Operativos Salud. Coordinadora del Equipo Acompañar PBA junto al Lic. Mario Burgos y el Lic. Mario Woronowski.

CONTRATAPA