

Mario

BURGOS*

*. Psicólogo. Epidemiólogo. Integrante de la Comisión de Salud Mental del Instituto Patria.

PANDEMIA, A 10 AÑOS DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.

“HAY QUE PENSAR UNA NUEVA DIVERSIDAD, ESTE SERÍA UN OBJETIVO A CONSTRUIR”.

por **Bárbara García Godoy***

*. Trabajadora Social UBA, especializada en salud pública. Profesora e Investigadora UBA-UNAJ. Integrante del CEC Sociales.



11

Cuestión Urbana: *En diciembre de este año, 2020, se van a cumplir diez años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental. Sabemos que hay muchos pendientes aún para efectivizar derechos y que tenga un real cumplimiento ¿Cómo encontró la pandemia, desde tu perspectiva, al sector de la salud mental en el ámbito público?*

Mario Burgos: Encontró al sector bastante devastado. Es decir, los planteles públicos de salud mental, me refiero a los del subsector oficial, fueron bastante deteriorados. Por un lado, por los bajos salarios; otro tanto, por la no incorporación de personal, las condiciones son de contratos muy precarios, por lo menos, en la Provincia

de Buenos Aires. Esto, también, por el hecho de que, en los momentos de crisis sanitarias, como las que generaron desde 2015 a 2019, las partidas suelen usarse fundamentalmente en aquello que es de vida y muerte; o por lo menos que el personal, que las autoridades de salud, creen de vida o muerte. Por lo tanto, se prioriza el gasto médico. No de buen modo, además, porque hay una carrera por porciones de la torta de parte de los sectores de diagnóstico por imágenes, estudios complejos y demás. Es decir, que cuando el sistema sanitario entra en crisis, la salud mental y enfermería son los primeros sectores que lo van a padecer. También las/os trabajadoras/es sociales, pero bueno, hay una diferencia ahí: que en la medida en que se precariza la sociedad y aumenta la indigencia se necesita de alguna manera trabajadores sociales para acolchonar un poco esa situación. Los psicólogos tenemos en general muy poca formación comunitaria, todavía es una deuda de las carreras de psicología en Argentina; por lo tanto, somos menos útiles en ese plano, por lo menos desde la evaluación que hacen los gobiernos. Esta es la situación general. Cuanto más necesaria le fue a la sociedad una cobertura de salud mental menos acceso obtuvo a asistencia, menos dispositivos estuvieron disponibles. En lo que hace a la implementación del programa de desmanicomialización se retrocedió y lo hecho fue mínimo.

De hecho, para darte un ejemplo, en lo que fue mi pueblo de infancia, Torres, donde está la colonia de Montes de Oca, el director de aquel momento había dispuesto algo que fue muy discutido, pero parecía tener mucho sentido. La Montes de Oca tiene un predio enorme, es una estancia, prácticamente. Tiene que ver con el criterio con el cual fue construida, es decir, pabellones en el medio de un campo de manera de tener, rodeados de naturaleza, campo de cría, tambo, quinta, bosque, etcétera, etcétera, atendido por los propios "internados" (así se los conoce en el pueblo desde siempre) bajo supervisión de los empleados. Vuelvo, la idea de este hombre fue disponer una parte de ese terreno y apelar al ProCreAr para contar con casas para un programa de externación. Aclaro: en algunos manicomios, la Montes de Oca es un testimonio en ese sentido, las personas que están allí, no solo están privadas ilegítimamente de su libertad, sino que -en buena medida- están

abandonadas de su familia. No es que con un programa de externación van a tener una familia esperando, una casa donde ir, acompañamiento, etcétera. Por otro lado, muchos llevan décadas allí. Un lugar como Torres, donde la vida es un poco menos salvaje que en la Ciudad de Buenos Aires o en otras grandes ciudades. se prestaría más a la posibilidad de reinsertar a las personas en una vida social. Entonces, este, este director, por un lado, alquiló; y, en muchos casos, consiguió de forma gratuita, algunas casitas de ahí en el pueblo, en las cuales ya iban viviendo personas externadas, conviviendo y haciendo algunas actividades como pequeños viveros, manualidades, apuntando a una forma de subsistencia y de labor conjunta. Con ese marco se lanzaron a la construcción de, de ese barrio. Todo eso, se paró durante cuatro años, lo cual implica dos cosas...

CU: *¿Los cuatro años del macrismo?*

MB: Sí, durante el macrismo. Como el país. Esa obra no se terminó; y eso se deteriora, porque las obras iniciadas, todo el mundo sabe que cuando no se terminan, pasan a un proceso de deterioro tal que en un momento casi es más caro seguir que empezar de nuevo.

Nos pasó lo mismo en La Maquinita, Lanús. Digo "nos pasó" porque lo siento algo propio, aunque me dieron jubilación ejecutiva a partir del 1 de enero de 2016, una de las formas que se usó para eliminar conducciones intermedias no oficialistas en la Provincia. Desde el PRIM habíamos implementado un programa de acompañamiento de personas en tratamiento psiquiátrico. Eso fue inicialmente para personas de Lanús. Personas externadas de psiquiátricos, personas que habían quedado sin acceso a medicación, etc. Pero, con el tiempo, por el boca a boca, empezaron a venir personas externadas de todo el conurbano.

Entonces, hacíamos reuniones de características comunitarias. No solo se reunían los pacientes psiquiátricos, también venía gente del barrio. Un familiar de alguna persona en asistencia, un amigo, alguien que necesitar compartir el horario de la siesta o unos bollos ese día. Se armaron talleres, de cocina, de manualidades, de carpintería. Esto generó una dinámica muy interesante. Justo en ese momento, las madres empiezan a

implementar, en el mismo barrio, el plan “Sueños compartidos” y se empiezan a construir las casas de base de tergo-pol, empleando como personal muchachos del barrio. Es decir, en parte la birra de la esquina quedó sustituida por el bolsito y las herramientas, la posibilidad de reconocerse como capaz de construir una casa, ser valorado por el barrio. De alguna manera, también, alguno que otro de quienes venían a las reuniones fue integrado a esto. Al día siguiente de asumir Vidal, esto se detuvo. Ahora, son ruinas, porque si se deteriora una casa iniciada con ladrillos, imagínate lo que puede ser una casa iniciada con telgopor y malla de hierro. Esto también se trata de salud mental, una fragilidad inducida nada menos que desde el Estado fragiliza convierte al mundo en algo muy poco amigable para las subjetividades, sobre todo si se viene de un periodo reparador en muchos sentidos, como el previo a 2016. Esta es la situación general en que se encontró la salud mental en diciembre de 2015. Algunos intentos de equipos individuales o de personas con alta vocación por la salud mental, y todo lo demás hacia abajo, interrumpido, deteriorados, mal pago. Ese fue el panorama con que nos encontramos el 10 de diciembre. Para colmo, el COVID-19 vino también a ocupar un lugar y recursos que se habían previsto para reconstruir salud en general y salud mental en particular.

CU: *Con este panorama que vos describes me surgen dos preguntas. Una, en relación a qué pasa con los actores del campo de la salud mental. Si tienen capacidad o no de reacción, si están articulados o no. La otra, en otras áreas de la salud pública la lectura que se hace es que, una vez superada la pandemia, va a haber cierto fortalecimiento institucional por la carga de recursos que se han puesto, ciertas valoraciones, etcétera. ¿Algo de esto se avizora para el campo de la salud mental?*

MB: Mirá, yo pondría toda mi expectativa en el gobierno que tenemos y una expectativa algo menor en estas cosas que estamos hablando. Hay algunos problemas.

El primero, tiene que ver con que hay un sector de la salud mental que trabaja en contra de la ley de salud mental, que son la mayoría de las agremiaciones psiquiátricas. De hecho, cuando hablábamos del 2015-2019, las olvidé, por algún

motivo que debería pensar cuál es. En general, las agremiaciones psiquiátricas fueron contra la ley de salud mental; incluso, en algo que estaba establecido explícitamente. Mandaron a rechazar todo concurso de titularidad de salud mental en servicios públicos donde pudieran participar psicólogos. No donde ganaran, donde pudieran participar estamos diciendo. Por otro lado, intentaron hacer otra ley de salud mental con el argumento de hacerla “más científica”, hasta “más aplicable” los que se consideran a sí mismos realistas, prácticos. La última maniobra se extiende hasta el día de la fecha, se sigue gestando en la Ciudad de Buenos Aires, por un contubernio entre médicos municipales y el sindicato de municipales, que es convertir a los manicomios en hospitales generales. Fingir que se amplía la oferta de servicios, de modo tal de mantener el manicomio tal cual con otros servicios externos en paralelo. Lo que el conde de Lampedusa, decía “algo debe cambiar para que todo quede igual”, digamos. Ese es un problema.

El otro problema, es interno a la salud mental profesional. La falta de formación de nuestros colegas en lo que hace a salud pública, tanto en lo que hace a comunidad como al Estado. Entonces, la capacidad de disputa es limitada. Lo ejemplifico: fijate que la pandemia debe estar haciendo presente, desde el punto de vista de la intervención real en salud mental, el momento de mayor desmerecimiento de la profesión de salud que debería ocuparse de ello. Todo el mundo habla de salud mental, epidemiólogos, matemáticos, estadísticos, médicos, periodistas, pedagogos. Todo el mundo tiene una opinión a propósito de cómo se procesan los duelos, como si no se hubieran procesado los duelos antes de Freud. O cualquiera opina a propósito de largas estadías de los chicos en sus casas, como si ser portadores de un virus que termina matando a un abuelo fuera, para la salud mental de esos chicos, menos dañino que estar un tiempo sin salir a la calle. Todo esto está pasando. Y sobre todo las grandes decisiones. Los mensajes de las autoridades de salud no tienen la menor incidencia, el menor aporte de parte de profesionales de la salud mental. No es que antes se respetaba mejor nuestra idoneidad en estos temas, es que antes se creía que se nos necesitaba menos. Pero ahora, seríamos indispensables, hay una punta de cosas de discutir en tér-

minos de salud mental. Empezando por el número de muertos que puede aceptar una sociedad. Esta es una discusión a desarrollar entre los trabajadores de salud mental, entre quienes tengan formación de ese tipo. Cómo soporta una cultura como la nuestra, donde hemos podido procesar hasta el genocidio, gracias a lo que hicieron las madres, a lo que hicieron los hijos, a lo que hicieron las formas de organización que hubo en ese momento. Lo que hizo la presidencia de Néstor, lo que hicieron los juicios: hacer hasta lo imposible para reducir el horror y las consecuencias del terrorismo de Estado, mostrar que el colectivo no fue inerte frente a lo perverso, reparar a través de memoria, verdad, justicia, hacernos cargo en lo que podíamos de aquellos asesinados y asesinadas, torturados, vejados, fue el modo de sobrevivir con cierta salud mental colectiva. El relativismo, la indiferencia hacia el semejante, el sálvese quien pueda no son aún masivos ni dominantes en nuestra cultura como lo son en otras. ¿Podremos soportar de la misma manera los muertos por COVID-19? Sabiendo que discutíamos, en ese mismo momento, si tomábamos cerveza en la vereda o salíamos a correr por un parque ¿podremos decir que hicimos lo posible por salvar vidas? Estas son discusiones que deben dar los trabajadores de salud mental antes que epidemiólogos o estadísticos. No sé si me estoy explicando.

CU: *Sí, muy claro.*

MB: ¿Cómo va a reaccionar una persona a las directivas sanitarias? Ese es un trabajo para la trabajadora o trabajador de salud mental, no para otras profesiones.

El epidemiólogo presenta un paquete de medidas necesarias. Bueno, le tenemos que decir a la población que haga esto, o esto, o aquello. Ahora, el trabajo de los trabajadores de la salud mental, es evaluar cómo cada grupo social, de acuerdo a su forma de vida, y a la cultura que suele recrear, va a reaccionar a esa propuesta, y si la va a aceptar o no. El presidente decide. Porque en última instancia las pandemias se resuelven con acciones políticas. Este es el proceso adecuado.

Pero, resulta que yo prendo el televisor, y un señor que no, que debe haber hecho una sola materia de salud mental en su facultad, le explica a la sociedad que la sociedad no va a resistir una cuarentena. No tiene ninguna capacitación para eso, como yo no tengo ninguna capacitación para descubrir la envoltura del virus. Es decir, ni yo tengo derecho profesional a explicarle a las personas de la sociedad cómo se multiplica el virus, ni esa otra persona tiene derecho a explicarle a la sociedad cómo se reacciona ante una cuarentena.

Todo esto está pasando, en parte, porque buena parte de mis colegas no se dan cuenta. Porque tenemos una formación que nos hace pensar en las enfermedades de a una persona y un espacio privado. Cualquiera que trabaje en una unidad sanitaria sabe que todo esto que estoy diciendo es esencial, ¿cómo vive el pibe de villa Sapito, prender el televisor y ver gente tomando cerveza en Palermo Hollywood? Lo vive de esta manera: esta noche me tomo una cerveza con los pibes. Y ahora voy a tomar mate con mi vieja. Esta es la forma de reaccionar. No se necesita ser psicólogo para entenderlo, pero si lo sos, tenés una explicación científica para eso, y resultás convincente, das argumentos comprobables, cosa esencial en la interdisciplina.

Tenemos un proceso de negación que inicia en el ejemplo la autoridad máxima, que se recrea en las autoridades intermedias y que, por lo tanto, potencia la negación que cualquier individuo de esta sociedad tiene que producir ante una pandemia que no se puede resolver.

CU: *¿Qué es lo que observas en términos de salud mental en relación a la sociedad? Eso es como muy amplio. Pero, la idea es pensar las manifestaciones de malestar psíquico ¿aumentaron con el avance del aislamiento? ¿Hay un impacto psicológico, se puede relacionar con el aislamiento o el distanciamiento en los distintos grupos sociales? Con la mirada puesta en la población, no ya desde las acciones, desde la política, ¿qué es lo que observas?*

MB: En primer lugar observo una señal de salud muy importante y es que la inmensa mayoría

1. La entrevista fue realizada el 22 de septiembre 2020, antes de que rija la nueva modalidad de administración de la pandemia COVID-19: Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO).



de la población está haciendo ASPO¹. Incluso, cuando ya parece que no hubiera más. Es decir, cuando una locutora anuncia una medida de gobierno, esa medida de gobierno no está entre las importantes. Si esa medida de gobierno que antes daba un presidente, ahora la da una locutora o cualquier profesional de salud,

tiene infinita menor importancia. Quiero decir que la última difusión de la cuarentena es una negación de la cuarentena, seguimos con salud mental, pero en otro plano.

Cuando la autoridad máxima de un país te habla de algo, y sobre todo si tiene el respaldo político y social que tiene Alberto Fernández, que según todas las consultoras es la persona con más respaldo social de la Argentina. Cuando una persona así comunica algo, está hablando de lo público más importante, de lo que va a incidir en nuestras vidas de un modo importante. Por eso es que la gente lo ve multitudinariamente. Hay una suerte de rituales modernos: anunciar el discurso del presidente, esperarlo en casa frente a la TV, escucharlo en familia, conversarlo después.

La última cuarentena la anunció una locutora. Entonces, tenemos dos cosas. Primero, si una locutora oficial está transmitiendo una medida, debe ser para alguna gente, pero no para mí, es una cosa secundaria. Si además ese tipo de mensajes y temas los daba Alberto Fernández y ahora no, quiere decir que ya no tienen ninguna importancia. La cuarentena cae con este ritual caído. O sea, no es que lo que dice la locutora no importa, no; no. Es la cuarentena lo que ya no importa.

A pesar de eso, lo que observo, el otro día he tenido que moverme un poco por saluden diferentes horarios, es que la mayoría de las personas hace cuarentena. No están en la calle. Eso es una señal de salud, pero esa conducta, que confronta ya con el obstáculo a la prevención que es ocu-

parse algo que aparece imbatible, el COVID-19, encuentra otro obstáculo sumado: el trabajo del reproductor de salud mental.

¿Quién reproduce los discursos sociales, valores, etc. de la sociedad? El Estado, los medios de comunicación, es decir el Estado aparato, el Estado en su sentido ampliado, que incluye medios de comunicación, creencias organizadas, etc. Bueno, los medios están yendo todos en contra de lo que la mayoría está haciendo y están llenando horas de emisión en oposición a la prevención del COVID19. Voy a los medios de comunicación, la difusión de cosas minoritarias, como una que- ma de barbijos, como una tomada de cerveza en un barrio, como gente corriendo en el rosedal, ¿cuánta gente puede correr en el rosedal?, ¿cuánta gente puede y lo hace? Exageremos: 20 mil, en una ciudad de 3 millones de habitantes, seis en el horario laborable: ¿qué representatividad tiene estos no fuera porque los medios lo reproducen?

Digamos rápido para no perdernos que este fue uno de los primeros errores de que participamos todos. ¿Cómo voy a nombrar Aislamiento social a la medida más “social” en que hemos coincidido la mayoría de argentinas y argentinos, más incluso que en la última elección y por un más extenso del que se tenga memoria? Tema de análisis para trabajadores de la comunicación y de salud mental. Pero el nombre ASPO es una devaluación semántica de la resistencia que hemos hecho al COVID-19. Lejos de héroes colectivos nos ubica a cada uno como sujetos “aislados”.

Yendo a lo más íntimo, por supuesto, que todas las cuestiones de salud mental se están complicando en la situación de ASPO. No se están complicando por el ASPO, se están complicando por el COVID-19. Discutirlo de otra manera sería caer en una trampa. Alberto lo dice en cada discurso. Acá, se para parte de la industria por el COVID-19, no por el ASPO. Estamos en casa, por el COVID-19, no por el ASPO.

Ahora, hay una cosa interesante, nosotros hemos formado, desde la subcomisión de Salud Mental del Instituto PATRIA, un equipo de acompañamiento *ad honorem*, que trabaja vinculado con el 0800 de la Subsecretaría de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires. ¿Qué labor tiene nuestro equipo?

Bueno, el o800 recibe una llamada y hace una primera evaluación sobre si esa persona necesita un acompañamiento para superar un momento particular actual, o si lo que necesita es una atención permanente de parte de una de las áreas, que puede ser salud mental, violencia familiar, niñez, consumo peligroso de sustancias o desarrollo social, personas por ejemplo que no tienen para comer. Si no son casos extremos, que involucran esas áreas, nos los pasan a nosotros. Uno de nosotros llama a la persona, y se va produciendo el acompañamiento. Si en el trabajo de acompañamiento, aparece una demanda que en el primer momento no se produjo, lo comunicamos a la coordinación para que haga la derivación y busque quien pueda resolver la asistencia.

En general, los problemas que plantean las personas que vamos incorporando acompañamiento, y que eventualmente se despiden, tienen que ver con cuestiones del estar en el hogar, pero, en su mayor parte, con cosas que ya eran previas. Haberse quedado sin trabajo por tener una situación precaria laboral, tema dominante; haberse tenido que mudar porque ya no podían pagar el departamento o la casa y, por lo tanto, juntarse personas con las que no tenían una convivencia fácil antes. Parejas que descubren que una cosa es pasarte el día en el laburo y verte un par de horas, pero otra es convivir 24 horas. Padres que descubren hasta qué punto estaba roto su vínculo con sus hijos cuando, de golpe, tienen que ocuparse de ellos las 24 horas. Es decir, que están todos estos problemas. Lo que pasa es que la alternativa a estas dificultades vía salirse del ASPO son más que dificultades: son cosas terribles.

Esto es lo que nunca se discute. Es como discutir en la época de la guerra si no le hacía mal a los chicos que las madres en un bombardeo los sacaran a la calle, los metieran en un subterráneo y los chicos estuvieran a oscuras casi siempre porque se apagaban las luces, entre un montón de gente con un olor a miedo terrible. Sí, seguro que el malestar en esos subterráneos y sótanos era terrible. Ahora, más malestar era que se te cayera la casa encima. O que una bomba matara a tu madre y que vos te quedaras mirándola como en el cuadro de Guernica.

Interesante muestra del valor que encarnan nuestras vidas en la actualidad, comparadas, por ejemplo,

con las de la segunda guerra. No hay un solo ejemplo en el ASPO que se pueda poner a la altura de los ejemplos que di. Sin embargo, las personas los afrontaban. Sobrevivieron y construyeron sus vidas y las de nuevas generaciones porque se aferraban a la vida mayoritariamente de un modo extremo. Algunos colegas y muchos no colegas responden a esto con una visión conductista: el riesgo de los bombardeos es más perceptible que el de llevar COVID-19 a casa y que termine muriendo un abuelo, una madre o padre. Es casi explicación de psicólogo previendo el tiempo. Si hoy, con todas las comodidades tecnológicas y confort que ofrece el hogar de los sectores no vulnerados, estos sectores no pueden hacer sacrificios para preservar sus vidas es porque esas vidas han perdido valor. Porque los lazos que las unían en el hogar también se han resentido, porque el cuidado al cuerpo que trabaja se ha trasladado al cuerpo del hedonismo en el mismo proceso por el cual el valor del trabajador fue siendo sustituido por el del consumidor, el realzado, el “que pertenece”. Incluso, paradójicamente, “el saludable”. Siempre, además con ese sello inicial de género, sólo transferido a las mujeres cuando sus luchas lo fueron haciendo posible. Antes que preocuparnos por mostrar cosas terribles y de ese modo ser didácticos, debiéramos preguntarnos cómo ir restituyendo valor a nuestras vidas en un momento histórico en que el neoliberalismo las ha devaluado a cifras.

Por todo esto me parece que las discusiones que patologizan lo que pasa hoy en los hogares del ASPO son banalizadoras.

Los problemas de salud mental se evalúan en base a las condiciones en que viven las personas, no al revés. No hay un estado de vida ideal, si por lo ideal fuera ese estado sería la muerte. Ese es el tema. O sea, ahí no tengo frío, no tengo calor, no me pica, no me duele, no padezco, no sufro ni veo sufrimiento no nada. Estoy muerto, por supuesto. Cualquier psicólogo sabe, con quince días de facultad, que esa es la respuesta freudiana al tema del estado ideas. Este, la muerte. Y como momento ideal, el orgasmo. El orgasmo no es eterno, y la muerte, bueno, ya se sabe.

En los últimos días, se habló de que se ve una peligrosa normalización del sufrimiento, “naturalización de la pandemia”.

CU: *Lo planteó Alicia Stolkiner.*

MB: Eso es, Alicia ha llamado la atención sobre este tema y hay que abordarlo seguramente. Las pandemias se definen multitudinariamente, son fenómenos multitudinarios. En ellas, nosotros, los seres singulares, participamos de una construcción colectiva que está más allá de nosotros mismos. Todas las enfermedades son construcciones sociales, pero las pandemias lo son en grado superlativo, ya que involucran al todo social.

Cuando yo hablé del VIH SIDA, ya había sido construido, así lo haya hecho a la semana del primer caso en el país. Porque ya se hablaba del sida en Estados Unidos, ya los médicos le habían puesto el nombre peste rosa, ya todo eso sucedía. Entonces, cuando hablo de banalización, lo primero que tengo que decir es dónde se produce la banalización. Y esto, es lo que traté de decir al comienzo.

Hay banalización en autoridades, que en lo que hace al COVID-19 resultan los constructores de la pandemia como entidad simbólica, como parte del intercambio entre grupos y singularidades. Una demostración por la negativa es que a quienes van contra esa banalización los medios se disputan para acusarlos de “*doctor muerte*”, como le pasó al Ministro Gollán, o como “*generalizadores del miedo*”, como atacaron a Nicolás Kreplak, o de fundamentalista, como le está pasando al gobernador Kicillof.

Como en el caso del VIH, la discusión y la difusión del problema se aleja del terreno de resguardar la salud para ubicarlo en el terreno de la disputa por intereses y prejuicios. En el caso del sida el *statu quo* fue por la demonización de todas las formas de vínculo sexual que estuvieran por fuera de la pareja monogámica heterosexual, por la invasión a la intimidad y la conversión de los vínculos sexuales en tema exclusivo de un ámbito ajeno, la medicina. En el caso del COVID-19, la anticuarentena tiene como componente fundamental la defensa de las condiciones de producción y distribución de la riqueza que hoy imperan en el mundo y en nuestro país. El primer gran gesto anticuarentena fue la decisión de Roca de despedir 1400 empleados en plena vigencia de la prohibición de despidos. Desde ese momento el ASPO pasó de ser un acuerdo de acción casi unánime a ser una solución de compromiso entre modos de vida y convivencia antagónicos que va fluctuando hasta la fecha.

Poderes y dispositivos institucionales, poderes y dispositivos económicos, van demarcando el eje central de esa construcción social actual que es la pandemia. Luego, el resto de la sociedad participa de esa construcción. Y es muy difícil que la sociedad vaya en contra de algo, cuando además le resuelve un problema. Y el problema que le resuelve la banalización pública oficial es que le permite dejar de ocuparse de algo que no puede resolver y que nos muestra en toda nuestra fragilidad. No hay nada más insoportable para el ser humano que saber de algo que no puede resolver y que permanentemente está amenazándolo. Eso es más insoportable que la enfermedad, que todo. Por lo tanto, hay una complementariedad entre la banalización extrema que produce la superestructura y la necesidad de encontrar un punto de calma de parte de la masa social. Es iatrogénico esto desde el punto de vista del mensaje público.

A punto es así que el gobierno de Larreta se permite presentar como logro sostener 1000, 1100 contagios por día. Ni hablar de reducirlos, tanto en beneficio de la población porteña como en beneficio del resto del país que podría ser mejor asistido por Nación con los insumos y fondos que destinó y destina a CABA por ser el área más afectada y la vía de entrada del COVID-19. Hoy, que el interior explota, no proponerse reducir los casos en CABA y en AMBA (en parte, dormitorio de la mano de obra que produce en CABA) es condenar a las provincias en una estrategia para nada federal.

CU: *Más allá de la pandemia, pero mucho más aún con la pandemia, ¿Qué políticas públicas crees, en clave de salud y de salud mental, que habría que impulsar o reforzar especialmente? ¿Cómo tendría que actuar la política estatal en este contexto?*

MB: A ver, de arriba hacia abajo, integrar al equipo de asesores, por lo menos, media docena de trabajadores de salud mental y de la comunicación con experiencia comunitaria y sanitaria.

En segundo lugar, conformar equipos de salud con integración de trabajadores de salud mental a los planteles. El Detectar muestra hasta qué punto son necesarios para la labor comunitaria. Es para otra entrevista evaluar cómo hubiéramos enfrentado esta pandemia si se hubiera iniciado el plan de 6000 equipos de salud en todo el país que se

había propuesto la gestión Gollán en 2015. No es casual que sea la Provincia de Buenos Aires, con todas sus dificultades, la que hace punta ahora, incorporando a 150 residentes en estos días. La capacidad de prestación estaba prácticamente agotada, ya no había posibilidad de ampliar la oferta en salud mental. Porque además los planes se han reducido, porque hay quienes no tienen posibilidad de atender ya que quedaron a cargo de su familia, no hay posibilidad de atender presencial, hay quienes han dejado de atender, porque no todos mis colegas están en condiciones de dar atención a situaciones extremas por teléfono. Y, sobre todo, porque éramos pocos y la pandemia lo que ha hecho es potenciar cosas que ya estaban pasando.

Estamos frente a una demanda que no está siendo cubierta. Yo entiendo lo que pasa, se necesitan terapeutas, se necesitan enfermeros, todo eso se necesita. También y de modo estratégico se necesitan trabajadores de salud mental, una multitud.

18

Ni que hablar de psiquiatras, hay escasez de psiquiatras en la Provincia de Buenos Aires, que hace terrible la situación de proveer medicamentos, porque solo un psiquiatra puede, en base al acompañamiento de una persona de largo plazo, y a un contacto vía telefónica, dispensar una receta. Entonces, se plantea la necesidad, si hay que buscar un psiquiatra nuevo, de hacerlo presencial. No hay psiquiatras que atiendan presencial en el sistema público.

Es decir, estas tres cosas, haría. Además, trataría de deconstruir, de destruir, de dar por tierra con el concepto de *pospandemia*. Hablar de *pospandemia* es otra forma de negación, nosotros vamos a convivir con esta pandemia cuando no exista más el COVID-19, porque los efectos de lo que pasó ahora no se van a ir en años.

El hecho de que, cada vez que sale un cuadrado en la televisión con la cantidad de muertos, no haya nadie que lo mire, salvo algunos humoristas que ya han hecho comentarios sobre esto: "che, se cayó un avión". Todos los días vemos que se cayó un avión en la Argentina. Imagínate, recordemos el drama que fue el de la costanera, recor-

demus el drama que fue o el de LAPA, pensemos que eso pasa multiplicado todos los días. Luego, no hay *pospandemia*, acá vamos a salir de esta catástrofe con una necesidad de reparación directamente equivalente a la cantidad de muertes evitables que supimos evitar. Cuanto mayor haya sido nuestra capacidad para evitar muertes, más vamos a estar bien parados para sostener la construcción de nuestro futuro.

Tampoco habrá una vuelta a la normalidad, menos una "nueva normalidad". O hay una entrada en la nueva diversidad o hay un empeoramiento de la normalidad. Vamos a salir de esta sociedad, con todos los problemas grupales potenciados, porque la pandemia, actuando de modo diferente con cada condición social (otra mentira: la igualdad frente la pandemia), ha potenciado los diferentes agrupamientos sociales y con ello han recrudecido los problemas de cada grupo social.

Por lo tanto, al salir, o todo empeora o hay reparación hacia cada uno de esos grupos, teniendo en cuenta que esas reparaciones no van a ser las mismas. Los viejos no vamos a necesitar la misma reparación que los pibes, los de la edad intermedia, los que tienen trabajo no van a necesitar la misma reparación que no lo tienen, etcétera. Hay que pensar una nueva diversidad, este sería un objetivo a construir.

Bueno, y por último, seguir con la desmanicomización, impedir que la crisis sea una justificación de la continuidad del manicomio. El manicomio es más caro que la reparación, iatrogénico que la sustitución de los manicomios por formas de inserción social directa. No hablo de hospitales de día, no hablo de estructuras que sigan siendo "manicomiales chiquitas", estoy hablando de casas de vivienda como está haciendo la gente del PREA desde hace años. Con provisión de lo necesario para vivir, partiendo de compensación por los años pasados en cautiverio, formación laboral para las y los liberados, formación para que los trabajadores puedan sustituir su forma de trabajo actual por las formas de asistencia y acompañamiento que requiera esta reconversión sanitaria.

CU: Clarísimo, Mario ¡Muchas gracias!