

Conversaciones sobre lo público

Claudia Belziti entrevista a Alicia Stolkiner



Esta sección se propone habilitar conversaciones con aquellos que para nosotrxs son referentes en la construcción de lo público, tanto por su rol como intelectuales como por su despliegue político y su capacidad para la intervención. En este diálogo participaron Claudia Belziti, docente de la Carrera de Trabajo Social UBA, y Jefa del Servicio Social del Hospital Posadas, y Alicia Stolkiner, especialista en Salud Pública con orientación en Salud Mental, profesora e investigadora de la Facultad de Psicología UBA y profesora de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Fecha de realización: 19 de octubre de 2020.

Referencias: **CB:** Claudia Belziti; **AS:** Alicia Stolkiner.

CB: Gracias Alicia por posibilitarnos el diálogo. Quisiera hacer una breve introducción para iniciar esta entrevista. La pandemia puso en diálogo componentes de la disciplina de la infectología, de la epidemiología, de la bioética, de la ética, de lo social, de lo cultural. Todo eso, puesto en diálogo, nos iba marcando las intervenciones, o nos permitía ir re-direccionando todo el tiempo los modos de

intervenir. Asimismo, la pandemia ha hecho mucho más visibles las desigualdades. Y entendemos que, en lo público estatal, hay que atender, en forma singular, las heterogeneidades. Entonces, la propuesta es revisar contigo algunos conceptos y que nos ayudes a reflexionar en tiempos de pandemia, pero con situaciones estructurales previas: tanto desde lo sanitario, como del orden del mundo del trabajo, como del hábitat, entre otros. Entonces, ¿cómo trabajamos con la pandemia? Y el impacto de la pandemia en la reconfiguración de las políticas sociales y en la interpelación, hacia las instituciones y hacia las prácticas. ¿Cuál sería tu análisis de las diferentes respuestas que se fueron construyendo alrededor de esta pandemia? Considerando, además, que los medios nos querían hacer discutir cuarentena y había que discutir pandemia...

AS: Suelo iniciar toda intervención, con una frase que define lo que pienso esta pandemia. Y la pienso como un acontecimiento que precipitó el desequilibrio catastrófico de un sistema híper complejo, que ya estaba en altísimo nivel de inestabilidad. Recorro para ello a conceptos que he tomado de Rolando García para pensar sistemas complejos e híper complejos -este último un término que usó Mario Testa para trabajar sistemas de salud-; creo que esta definición sintetiza algunas cosas.

En primer lugar, la necesaria articulación, desde varios campos de comprensión, para pensar la pandemia. Segundo, el carácter de acontecimiento como quiebre del campo del saber de una situación y por ende de los supuestos mismos en que se construyen las respuestas desde sus distintos actores o agentes. Pero que, simultáneamente, permite -en un a posteriori- hacer una re-

construcción que muestra alguna adecuación de prácticas previas a condiciones absolutamente novedosas. Si creo que puso en entredicho y conflicto lo occidental hegemónico y en general me voy a estar refiriendo a eso. No conozco lo suficiente para opinar sobre la particular forma en que China, por ejemplo, gestionó la pandemia. Y no creo que sea, como lo simplifican diciendo que lo logró porque es un gobierno autoritario, etcétera. Gobiernos autoritarios no es lo que nos falta. Y, sin embargo, me parece que ellos hicieron una gestión que solo se comprende en otra cultura, en otra sociedad, etcétera. Estamos hablando de un país que limitó, durante dos generaciones, el nacimiento de los hijos a uno solo por pareja. Como ningún poder se sostiene exclusivamente en la fuerza, quiere decir que hay allí un tipo de subjetividad y un funcionamiento societal que desconozco y me abstengo de opinar.

Entonces, toda opinión mía es frágil, va a referir a la cultura hegemónica occidental moderna en lo que creo es un momento de crisis sustancial.

CB: Es claro

AS: Bueno, pero hecha esta salvedad, entonces y a la luz de la evolución del desequilibrio, se podría decir que esta pandemia era absolutamente previsible. Simplemente no se la quiso ver o no se quiso atender a su previsibilidad. Algunas teorías conspirativas señalan que hubo un encuentro de la OMS con Bill Gates donde la pensaron, si es así no se puede deducir que la planearon o produjeron sino que analizaron lo que obviamente sucedería.

Hagamos un leve repaso histórico: en 1980, la OMS, que había iniciado el proceso de erradicación de la viruela en 1966 en esa época de oro que fue el periodo más largo sin crisis del capitalismo en la posguerra en Occidente, terminó de erradicarla. Todavía la OMS era ese organismo creado en la posguerra que, con el aporte de todos los países, tenía por objetivo lograr una mejora de la salud de la población, etcétera, etcétera. Mientras tanto, había aparecido la vacuna contra la polio que permitió controlarla por lo menos en los países menos devastados por la pobreza. O sea, teníamos la sensación de que la ciencia y el progreso, entre comillas, lograrían vencer todas las enfermedades. Un año después, en 1981, apareció el sida. La primera gran crisis de la posguerra había empezado a mediados de los 70 y se consolidaba el viraje financiero, la mercantilización avanzada y la mundialización de la economía. En ese contexto



aparece la primera de las llamadas “enfermedades emergentes” producida por mutaciones virales que mucho parecen tener que ver con el desequilibrio entre lo humano y su hábitat: la naturaleza, todo indicaría que era una mutación viral producida por el desorden de la relación entre el ámbito humano y el ámbito natural. Los humanos somos parte de la naturaleza; pero una parte que está en disonancia.

En ese período o poco después, comienzan a aparecer las enfermedades re emergentes, las que se daban por controladas o reducidas y reaparecen: vuelve el cólera, se extiende las tuberculosis, acompañando la profundización de la desigualdad y el empobrecimiento y marginalidad de grandes poblaciones. También comienzan a aparecer las enfermedades que ya no responden a los antibióticos, por ejemplo las intrahospitalarias. No es nuevo ahora el riesgo de infectarse en un hospital, hace rato que la OMS viene previniendo sobre las infecciones intrahospitalarias y recomendando medidas especiales de cuidado.

A partir del SIDA se sucedieron nuevas enfermedades emergentes, una tras otra: el ébola, aviar, etc. Ya en forma pandémica (o sea mundial) en el 2009 llegó a la Argentina la influenza H1N1 (o gripe A) y ahora, once años después, que en un ciclo histórico no es nada (y con algunas experiencias puntuales en el medio), aparece esta pandemia. En las circunstancias particulares de la Argentina, porque llega cuando estábamos cursando dos epidemias. Una, absolutamente prevenible, que es la de sarampión. Que solo se explica porque no se cubrió con la vacunación adecuada y una de dengue en algunas zonas, respecto de lo cual no se habían tomado casi medidas preventivas.

CB: Bueno, al comienzo, se superpusieron, de hecho...

AS: Se superpusieron, claro. El gobierno actual asumió en diciembre con dos epidemias en curso y en marzo ya estaba llegando desde fuera la epidemia de COVID.19. En Europa esta epidemia los tomó por sorpresa. Se pensó que era como la de H1N1, pero cuando llegó a Italia a España, desbordó los servicios de salud y produjo una alta mortalidad. Lo que sucede es que esta enfermedad tiene una curva exponencial de contagio, una altísima capacidad de transmisión. En términos epidemiológicos tiene una altísima morbilidad (enferma a muchas personas), aunque es una enfermedad de baja letalidad (de las que enferman no son tantas las que mueren, aun-

que la letalidad también depende de si reciben asistencia o no), pero la combinación de alta incidencia hace que tenga una alta mortalidad (o sea, al contagiarse tantas personas las muertes resultan altas). Introduzco estos términos epidemiológicos que han sido usados de manera bastante confusa en los medios: tiene una alta morbilidad e incidencia, es una enfermedad de relativa baja letalidad; o sea, no es la viruela, no es la peste negra, pero la palabra relativa es para indicar que la letalidad no depende solo de factores naturales sino también de la posibilidad de asistencia y sin embargo, su alta incidencia hace que aumente mucho la mortalidad. Obviamente que también su evolución depende de muchísimos y complejos factores, desde la edad de las poblaciones (produce más mortalidad en las poblaciones que tienen alta esperanza de vida), su densidad poblacional, hasta componentes económico, sociales, culturales, o sea todo lo que hace a comprender la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de manera colectiva y también singular.

Esto es una síntesis de términos epidemiológicos para dar cuenta de un fenómeno que tiene una característica muy particular: por su forma de transmisión, puso límite al contacto de los cuerpos obligando a recurrir a la histórica cuarentena, al aislamiento.

Como ejemplificaré luego, quizás es una medida que debió haberse tomado en otras circunstancias ya. Sucede que el desarrollo del modelo biomédico dio lugar a subestimar algunos cuidados poblacionales para enfermedades infecciosas depositando todo el cuidado en los antibióticos y las vacunas. Más aún, en aras del rendimiento se subestimaba la capacidad de contagio por ejemplo de las influencias. Los “antigripales” que en



realidad son asintomáticos se proponían como el medicamento para seguir la vida normal estando engripado y en esa vida normal tomar transporte, llegar a una oficina cerrada o a un aula a dar clase y obviamente diseminar la enfermedad, alguna vez denominamos a esa práctica "presentismo patológico".

Por poner un ejemplo, el año pasado tuvimos (por lo menos en Buenos Aires y Conurbano) una epidemia de bronquiolitis que desbordó los servicios de terapia intensiva infantiles. Y, probablemente (y aunque nadie lo cuente, y aunque no salió en los diarios), esa epidemia produjo muertes de niños. Los pediatras y a los equipos de asistencia pediátrica estaban con un estrés importante. No obstante, a nadie se le ocurrió suspender las clases. Si bien los más afectados son los pequeños, ellos tienen hermanitos que van al colegio y transmiten. Todos los inviernos atravesamos picos gripales colectivos que eventualmente producen algunas muertes, pero sucede mientras seguimos tomando transportes colectivos hacinados, colgados de pasamanos donde alguien puede haber dejado un foco de transmisión, etc. Sin demasiados cuidados. Algunos de los que tenemos ahora debieran ser norma hace rato.

Olvidamos confiando en el modelo de abordaje médico curativo prácticas que antes eran frecuentes. Por ejemplo, alguna vez las vacaciones de julio (como bien lo recordó una amiga) fueron para prevenir el contagio durante la época de mayor incidencia de enfermedades respiratorias, nacieron para prevenir las enfermedades respiratorias de los niños en el momento más crudo del invierno.

CB: La circulación.

AS: Efectivamente para limitar la circulación del virus. Prácticas que venían de mucho tiempo y fueron dejadas de lado. En la escuela donde cursé la primaria, entre clase y clase se ventilaban las aulas durante el recreo, aunque hiciera cero grados. Todas esas prácticas que se fueron perdiendo, lavarse las manos inclusive, reaparecieron ahora conjuntamente con lo del aislamiento.

Tengo la impresión de que ha habido un golpe fuerte a toda la confianza depositada en que total la ciencia lo va a solucionar rápido. Y este golpe a la confianza en que la ciencia lo va a solucionar rápido plantea una especie de ruptura de un pacto moderno con el pensamiento racional científico, y la aparición de fuertes corrientes de pensamiento irracional (agudizadas por la situación

de la pandemia). En algún momento me preguntaba, en un texto, cómo hacer para superar la dualidad entre el romanticismo y el positivismo. Bueno, acá estábamos de nuevo debatiendo entre el positivismo y romanticismo.

En este contexto y situación es que se dio la toma de decisiones. Y hubo dos tipos de políticas o de respuestas (explícitas e implícitas) a nivel de distintos países e inclusive dentro de cada país si era federal, como pasó en Brasil. El Reino Unido inauguró explícitamente la teoría de la "inmunidad de rebaño" hasta que sus resultados fueron catastróficos, lo mismo además del salto en la mortalidad hubo un deterioro notable de las variables económicas. Con el objetivo de alterar lo menos posible el funcionamiento y la circulación comercial y productiva, se planteaba dejar librado al contagio a la población y preservar los grupos de riesgo. Obviamente disparó la mortalidad, porque la única forma de preservar los grupos de riesgo era sacarlos del país, llevarlos a una isla, en un gueto. El niño que sigue yendo a la escuela, vive en su casa con su madre y su padre que puede ser joven pero padecer una enfermedad que lo coloca en riesgo de muerte ante la infección. La madre que va a trabajar, toda su vida le dejó su hijo a su propia madre que tiene 75 años y una EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Los niños quieren ver a los abuelos. Los niños juegan entre ellos. Los adultos se encuentran en el lugar de trabajo. Los adultos, a su vez, tienen que cuidar a una persona, a un adulto mayor; que son, por ejemplo, porque son sujetos que son empleados en instituciones donde se cuidan adultos mayores. En síntesis no creo que el objetivo haya sido preservar a esas personas.

En realidad la idea contenida en ese enunciado es "que mueran todos los que tienen que morir". Frase que tiene una enunciación muy extraña, porque es una frase dicha en tercera persona. No es una frase dicha que muramos, no es la frase de una guerra (a vencer o morir) donde el que la dice (por lo menos, simbólicamente) se plantea del lugar de los que pueden morir. El que dice que mueran todos los que tienen que morir, se plantea como estando por fuera de esa población fácilmente definible de una manera descalificadora. Porque son los viejos, los enfermos, los que tienen comorbilidades, etcétera. Casi el sueño de cualquiera de esos que piensan en la limpieza ya no racial; sino la limpieza de una sociedad para que queden solamente los que pueden dar un alto rendimiento. Y, de paso, evitar el problema de las pensiones y jubilaciones que venía siendo que la gente vivía demasiado o cosa por el estilo.

La “racionalidad” de esas propuestas estribaba en plantear, sin soporte científico previo, que la enfermedad producía inmunidad y que la forma “natural” de que se frene de alguna manera una epidemia infecciosa es que todos los susceptibles se enfermen, mueran los vulnerables y se inmunice el resto. Dentro de los países que incluyendo un discurso de minimización de la pandemia y de la enfermedad no desarrollaron políticas nacionales de cuidado, aunque las hubo en varios estados, el más catastrófico en sus resultados fue USA. China se planteó por lo contrario, de manera exitosa, un control de la circulación del virus por aislamientos rigurosos de población a partir de las zonas de foco y relevamiento constante de casos, por supuesto en el marco de otra cultura y otra forma de funcionamiento societal.

La propuesta que se tomó en la Argentina, siguiendo algunos lineamientos de la OMS; fue la regulación de la curva de contagio por medio de medidas de cuidado específicas (uso de barbijo, sanitización, mantenimiento de distancia, restricción de la circulación de personas, cierre de los espacios donde se producen contactos múltiples, etc). La regulación de la curva no está destinada a impedir de manera absoluta el contagio, es un intento de regular la intensidad de la epidemia. La experiencia de Italia y otros países europeos con el desborde de los servicios atención de los casos graves y con complicaciones intermedias, lo cual había aumentado la mortalidad, era el antecedente para pensar una estrategia que permitiera ganar tiempo y preparar las condiciones de asistencia en la Argentina, considerando un sistema de salud fragmentario y deteriorado, en el que se acababa de constituir el Ministerio de Salud -rebajado a Secretaría durante el gobierno anterior- y con dos epidemias en curso: sarampión y dengue. La estrategia fue el aislamiento social, preventivo y obligatorio, y la búsqueda de preparación y equipamiento de los niveles asistenciales. Esto incluía la federalización de algunas acciones, aunque la pandemia entró por viajeros que llegaban del exterior a las zonas acomodadas de Ciudad de Buenos Aires y luego se fue expandiendo hasta tener contagio comunitario. En las provincias hubo algunas que se mantuvieron un período largo sin casos o con baja incidencia y otras, como Formosa, que mostraron un pico temprano. Pero en el inicio el foco fundamental era el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) donde se condensa casi la tercera parte de la población de todo el país y algunos de los asentamientos urbanos con derechos básicos vulnerados más numerosos, junto a la mayor concentración de riqueza.

Para poner un ejemplo de las carencias de equipamiento para enfrentar la situación, vale un ejemplo; las pruebas para diagnosticar casos de COVID 19 solo se podían hacer en el Instituto Malbrán en Buenos Aires, si se detectaba un caso sospechoso de una provincia la muestra debía ser enviada a Buenos Aires para su análisis. Se logró bastante rápido la federalización de esa actividad, rápido pero no sin esfuerzo. Por cierto, no se contaba con los reactivos y ni siquiera había equipamiento suficiente para preservar el personal de salud. Comprar ese equipamiento en el exterior, y cuando aún países poderosos pugnaban por proveerse, era un problema muy serio inclusive hubo que seleccionar las rutas de aterrizaje para recarga de los aviones, para evitar aquellos países en que la carga podía ser retenida o confiscada. También hubo una notable y rápida respuesta del sector de producción de ciencia y técnica de la Argentina, cuya magnitud fue muy importante.

CB: Sí, los equipos de protección personal.

AS: Claro, con el diario del lunes uno dice: ah, bueno, no hubiera sido mejor que, por ejemplo, el aislamiento social, preventivo y obligatorio fuera solo Ciudad de Buenos Aires y conurbano; y que, por ejemplo, las provincias que no tenían ningún caso no tuvieran aislamiento hasta necesitarlo? O sea, trabajar con zonificaciones? No sé, es un debate contrafáctico. También es cierto que, en los primeros momentos, las respuestas fundamentales fueron biomédicas, y recién un poco después se comenzó a pensar en las acciones comunitarias y trabajos en territorio en aquellos espacios habitacionales con déficit y carencias básicas. El COVID entró en Ciudad de Buenos Aires a la primera “villa” cuando en ese complejo habitacional se había cortado la provisión de agua corriente, imaginemos cómo mantener las condiciones de cuidado en ese contexto.

Además de las tareas de equipamiento de seguridad para el personal, aumento de camas de terapia intensiva y provisión de respiradores, aumento de los recursos de testeo poblacional y diagnóstico, desarrollo e innovación científico tecnológica local, hubo que preparar los espacios de aislamiento para quienes llegaban del exterior y debían hacer cuarentena y de las personas o grupos familiares que registraban como positivos o posibles transmisores y no podían permanecer en sus hogares por la precariedad de los mismos. Simultáneamente se debió facilitar la repatriación de ciudadanos argentinos que habían quedado varados en distintos lugares del mundo, con vuelos y medidas especiales. Simultáneamente hubo

que tomar medidas que atemperaran el golpe en los sectores de trabajadores formales del parate que imponía la pandemia, medidas de apoyo económico como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), la doble indemnización.

Siempre hablando de occidente, los países tomaron distintas medidas que fueron desde la posición inicial del Reino Unido de mantener las actividades normales para lograr la "inmunidad de rebaño" que luego debió revertirse, hasta políticas muy estrictas de aislamiento poblacional. Las comparaciones no son muy válidas dado que los perfiles demográficos, los sistemas de salud, las culturas, los estilos de vida, los sistemas políticos, etc. son distintos. México, porque teniendo una gran cantidad de población que vivía de trabajos informales era prácticamente muy difícil cortar de golpe el funcionamiento urbano porque era condenar a una serie de personas al hambre de manera prácticamente inmediata. En la Argentina se tomaron medidas de aislamiento inicial muy rigurosas, y a la vez apoyos como el ingreso familiar de emergencia IFE, el Programa de Asistencia de Emergencia para el Trabajo y la Producción ATP, la limitación por doble indemnización de los despidos, la suspensión de juicios de desalojo, etcétera. Se trata de políticas que, de distinta manera, siguieron muchos países.

Como en otros países y porque toda epidemia tiene una dimensión política, las medidas de cuidado se transformaron en espacio de debate no siempre basado en información verificable, con algunos discursos y medios de comunicación que las cuestionaban con el objetivo de ampliar el caudal político de oposición a la fuerza gobernante y comenzar a capitalizarlo en miras a las elecciones legislativas de medio término, o de obtener capacidad de presión sobre medidas que pudieran afectar grupos a los que representaban. Una parte de ese debate promovió acciones públicas y conductas extrañas como la quema de barbijos, que también repicaban movimientos internacionales respecto a la pandemia.

Con todo este preámbulo, quisiera entrar en mi campo específico, el de la salud mental. Al principio las medidas se tomaron básicamente para prevenir la transmisión de la enfermedad y fortalecer los recursos de salud. Inmediatamente comenzaron a aparecer las problemáticas del campo de la salud mental. Por un lado la alteración abismal de la vida cotidiana, de ruptura de planes y de certezas, la inseguridad respecto del futuro y la interrupción de contactos directos, corporales, entre las personas dio lugar a respuestas de sufrimiento psíquico de lo cual hablaremos luego .

Para los servicios y dispositivos diversos de atención en salud mental se plantearon inmediatamente tres problemas centrales: 1. Cómo mantener los tratamientos y los dispositivos de atención que estaban en curso. 2. Cómo prevenir el contagio y propagación del virus en las instituciones de internación monovalentes, con pacientes de larga estadía, que al igual que los geriátricos y las cárceles mostraban ser espacios de mucho riesgo. 3. Como acompañar y asistir las problemáticas de sufrimiento psíquico producidas por la pandemia y la alteración de la vida lo cual incluía el aislamiento. Este orden en que lo planteo no es necesariamente cronológico.

CB: Ahora Alicia, un aporte... En mayo los hospitales recibíamos padecimiento o sufrimiento mental de instituciones. Fue el gran aluvión de instituciones de alojamiento de pacientes que algunos no tenían relación con sus familias, y teníamos que llamar a sus familias para empezar a conocer algo. Era muy fuerte.

AS: ¿De instituciones privadas decís vos?

CB: De hogares, de instituciones en convenio con el Programa Incluir Salud, con el PAMI.

AS: Claro, tomemos en primer término el problema de la continuidad de los tratamientos y dispositivos en curso. En un primer momento las medidas de aislamiento y el acondicionamiento de los servicios de salud para la atención del COVID suspendieron o dificultaron las actividades de asistencia en salud mental. La atención de pacientes en consultorio sea por Obras Sociales, Medicina Prepaga o privados, se vio suspendida en la presencialidad. Hubo un pasaje a la atención virtual que dependió de la combinación por un lado de la capacidad de los profesionales para adecuarse a ella; y por otro lado de la adecuación o posibilidad de los y las consultantes de continuar sus tratamientos por estas vías. Un camino que abrió debates y posibilidades que aún estamos revisando teóricamente. El problema era el marco institucional de reconocimiento. La mayoría de las empresas de medicina prepaga y obras sociales no reconocían la atención virtual y por ende no estaban dispuestas a pagarla. Hubo una de ellas que avisó que solo se reconocería la atención por problemáticas asociadas al COVID las que serían realizadas por un equipo reducido, frente a ello hubo distintos actores, por ejemplo una intervención pertinente de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA) que elevó

el pedido a la Superintendencia de Seguros de Salud y también la Dirección Nacional de Salud Mental sacó una resolución al respecto. La Superintendencia de Seguros de Salud finalmente reconoció estas prestaciones con resultados diversos en distintas provincias. Simultáneamente se habilitaba el reconocimiento de las recetas virtuales lo cual facilitó la asistencia psiquiátrica remota. Posteriormente se inició la demanda de habilitar la atención presencial siguiendo protocolos de bioseguridad, que fue aceptada en algunas provincias y/o Municipios.

Mientras tanto, y voy a hablar de lo que más conocí que son servicios de Ciudad de Buenos Aires y Conurbano, en los Hospitales Generales y Centros de Primer Nivel de Atención se produjeron distintos tipos de respuesta. Se siguió con algunas respuestas de asistencia presencial, se pasó a asistencia virtual en muchos casos, hubo hospitales de la CABA donde parte del personal de salud mental, especialmente residentes, fueron asignados a actividades no específicas ligadas al COVID, hubo algunos establecimientos donde el espacio físico de salud mental fue desplazado para definir los nuevos circuitos de asistencia en situación de COVID y he relevado otros, en CABA y en Provincia de Buenos Aires que lograron mantener virtualmente dispositivos como juegotecas u hospitales de día. Luego veremos que, a su vez, estos mismos equipos y profesionales debieron atender situaciones ligadas al COVID. Como suele suceder, la fragmentación del sector salud volvió a evidenciarse en este campo, aunque hubo desde el principio respuestas de la Dirección Nacional de Salud Mental bajo la forma de indicaciones y capacitaciones; y de distinta manera en provincias y municipios. De hecho, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos problemáticos y Violencias de la Provincia de Buenos Aires, que tiene grandes instituciones de internación, tuvo también un rol muy activo. No conozco más detalladamente otras provincias y municipios. Un capítulo merece la atención a consumos problemáticos en este contexto.



Con respecto al segundo problema ¿qué hacemos con las instituciones monovalentes de internación prolongada? Inicialmente parecía más seguro en términos del riesgo de contagio, derivar una persona con una crisis que requiera atención en salud mental a una guardia de un hospital monovalente que a una guardia de un hospital general, pero eso se mostró erróneo. Los hospitales generales comenzaban a organizarse para prevenir el contagio separando las vías de circulación atención por triage y trabajando con equipos que no entraban en contacto. También, el riesgo de expansión de una epidemia al interior de las instituciones cerradas es muy alto. Entonces para prevenir el contagio de los pacientes que estaban ya internados se suspendieron casi todas las actividades cuya ausencia no alterara el esquema básico de tratamiento: las visitas de los familiares, los talleres, actividades de terapia ocupacional, etc. obviamente con un alto costo subjetivo para los internados. Por otro lado, paradójicamente, esto favoreció, en algunos casos, el impulso a externar pacientes que pudieran ser externados y a proponer formas alternativas a la internación de abordaje de las crisis. Este es el año en que la Ley Nacional de Salud Mental establecía como aquel en que se debía culminar la transformación de los establecimientos en donde se perpetuaba la lógica manicomial. La situación de pandemia dificultó el desarrollo y consolidación de los dispositivos asistenciales necesarios para esa transformación, pero no la trabó de manera absoluta. Aunque esto difiere obviamente de manera regional. En el caso de la Provincia de Buenos Aires, por ejemplo, los directores de los hospitales monovalentes han presentado ya los planes de readecuación de tales instituciones y está en redefinición los criterios de habilitación de establecimientos, entre otros de las comunidades donde se atienden consumos problemáticos. Lo mismo es una tarea que tiene tensiones por el largo arraigo en los discursos sociales de homologación de locura a peligrosidad y por ende a indicación de encierro. En los últimos meses ha habido una fuerte embestida contra la Ley Nacional de Salud Mental en algunos medios de comunicación a partir de algunos episodios policiales. De todos modos, y a pesar de los esfuerzos del personal, en muchas instituciones de rehabilitación, falló la estructura asistencial y lo mismo respecto de personas con discapacidades o niños.

También es cierto que, como en otras áreas, una parte del personal de salud mental tuvo que ser licenciado por ser grupo de riesgo y también, como ya lo mencioné, en algunos casos -por ejemplo Hospitales Generales de la CABA- fueron requeridos, particularmente, los residen-

tes, para hacer tareas que tenían que ver con el COVID, no específicas de salud mental. También, en algunos centros de salud (y en algunos hospitales) el espacio físico que ocupaba salud mental, lo ocupó la asistencia del COVID. No sé si reconocés estas situaciones...

CB: Absolutamente.

AS: El tercer punto, es que salud mental fue convocada a o asumió, responder por la problemática específica que generaba el COVID, y que voy a tratar de sintetizar: las problemáticas de los sufrimientos y padecimientos por la alteración de la vida cotidiana, la incertidumbre y el temor ante la pandemia y el aislamiento preventivo. Las personas que quedaban aisladas por falta de acceso a los recursos de comunicación virtual por ejemplo personas mayores. La especificidad del padecimiento de quienes eran afectados de manera directa porque eran aislados en hoteles o espacios específicos, los que enfermaban pero no requerían internación, los familiares de personas aisladas institucionalmente (geriátricos) o internadas en hospitales por COVID u otra causa cuya internación transcurría sin posibilidad de contacto con familiares, las personas en riesgo de morir en soledad y los familiares de quienes morían en momentos en que estaban imposibilitados los rituales sociales del duelo y por ende la problemática de los duelos en estas circunstancias y, como un aspecto muy importante, el cuidado del personal de salud, sometido a una exigencia altísima y en primera línea de riesgo. También el contexto de aislamiento agudizó problemas de violencia de género y de abusos o violencias con las infancias, así como complejizó la situación de las personas con consumos problemáticos de distintas maneras.

Un capítulo aparte es reconocer que indefectiblemente era necesario el trabajo comunitario y territorial por ejemplo con aquellos espacios y comunidades con vulneración de derechos en donde no están dadas las condiciones para que las personas realicen el aislamiento en sus hogares porque los mismos no tienen ni el espacio ni los servicios básicos que lo posibiliten. En esos casos la estrategia de cuidado debe ser definitivamente comunitaria. Aunque podría afirmarse que en un sistema de salud integrado y con estrategia central de Atención Primaria de la Salud, lo comunitario y lo territorial debió haber tenido un lugar muy central en el abordaje de la pandemia. No obstante, la necesidad de disminuir la circulación de personas para disminuir la del virus y la notable capacidad de contagio del mismo dificultaban estas estrategias, a la par que buena parte del esfuerzo

fue destinado a fortalecer los servicios hospitalarios y de mayor complejidad.

CB: Hubo problemáticas a pensar desde este campo, que sin embargo no produjeran demanda de asistencia...

AS: Sí, apareció un problema a nivel singular y colectivo: la naturalización del riesgo, la negación en sus diversas formas y la actitud renegatoria de la situación. Lo primero es ese proceso por el cual las personas comienzan a incorporar un riesgo como parte de su vida y por ende a construir diferentes formas de minimizarlo o de negarlo. Esto se ve favorecido por el hecho de que se trata de una enfermedad de altísima incidencia, pero baja letalidad, por ende muchos consideran que aun enfermado no va a ser grave. Esto es bastante probable pero en la relajación de las prácticas de cuidado se produce una mayor circulación del virus y esa persona que efectivamente puede que no corra riesgo de muerte, termina siendo parte de una secuencia que aumenta la mortalidad. Finalmente la actitud renegatoria, dar por no existente el problema, apareció, favorecida por discursos nacionales e internacionales, y representando inclusive posiciones políticas, en aquellos que sostienen creencias de que no existe la pandemia, también abonadas por teorías conspirativas (sería un engaño), o proponiendo eliminar el riesgo con supuestas medicaciones de uso no probado.

También, en algunas provincias, al no llegar la epidemia, la gente relajó los cuidados, naturalmente. Pero como estaban pendiente de las noticias, y acá las noticias, en general, son las de la Capital, seguían pensando que estaban en cuarentena. Un fenómeno extraño

CB: También se evidenció y agudizó el problema de personas en situación de calle...

AS: efectivamente, más aún, por lo menos en CABA aumentaron y frente a ello la respuesta, por lo menos donde yo habito, ha sido insuficiente. Un capítulo aparte para los y las niñas en situación de calle y las dificultades para su cuidado.

CB: O sea que salud mental y sus acciones forma -o debe formar- parte de las acciones generales de salud y de cuidado.

AS: Sí, no se trata solo de pensar interdisciplinariamente sino también de trabajar hacia lógicas integrales de

cuidado. En un sistema de salud integral y basado en una lógica de derechos, las acciones deben contemplar las dimensiones biológicas, subjetivas y sociales del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. Pero eso significa una acción política de transformación de las políticas y acciones de salud que encuentra fuertes resistencias de actores corporativos y de intereses puestos en juego en el sector. La mercantilización de las prácticas en salud que ha atravesado las reformas desde los 80 dio muestra de fragilizar la capacidad de respuesta del sector frente a la emergencia, aún en los países europeos y especialmente en USA donde el sistema de salud más caro del mundo mostró su ineffectividad.

Mientras, en la sociedad comenzaron a circular discursos contradictorios. Por ejemplo las tensiones políticas jugadas alrededor de la antinomia “cuarentena” o “anticuarentena”. Una colega se preguntaba “¿cómo se puede haber transformado en un signo político el uso del barbijo?”. Y, sin embargo, se transformó en una especie de emblema político. Hay emblemas políticos, por caso los pañuelos verdes que indican el apoyo a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, o el pañuelo celeste, como su contrario. Pero el barbijo no es una consigna política, es una medida de cuidado en una situación de epidemia, sin embargo resistirse a su uso o denostarlo se transformó en una posición política. Estos fenómenos se tradujeron en tensiones y contradicciones para muchas personas comunes que, a su vez, ya estaban afectadas por la situación. La emergencia de un caos informativo en general estridente y convocando a tensión y alarma y la difusión de información poco fundamentada no contribuyó por cierto ni al cuidado ni a mejorar las condiciones subjetivas. Una parte de eso es lo que se denominó infodemia. Este tensionamiento informativo creo que también fue un elemento, de producción de padecimiento, sufrimiento. Y también, de riesgo epidémico. Mostrando que una parte importante de la forma de afrontar la situación no dependía directamente del sector salud, sino que además del abordaje interdisciplinario en la toma de decisiones era necesario un trabajo intersectorial. Más allá de que la mayoría de la gente trató de mantener una política de cuidado más o menos adecuada dentro de lo posible.

CB: Hablabas y me acordaba de las primeras reuniones en que nos reuníamos en el hospital Ixs Jefes de Departamento para explicarnos las definiciones de “caso” elaboradas por el Ministerio. Era, además, que el virus iba a estar muy alejado de nosotros, porque vuelos directos de China a acá no había,

por ejemplo. Entonces, se hacía todo un cálculo. Me acordaba de eso cuando hablabas... Y esas eran las primeras definiciones de caso: toda persona que viene del exterior. Y cómo fue cambiando rápidamente; de hecho, cada semana. De acuerdo a la evolución del virus se iban reconstruyendo la definición de caso.

AB: En el 2009 en las Jornadas de Debate Interdisciplinario de Salud Y Población del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales UBA, presenté una conferencia sobre la pandemia de H1N1 o Gripe A que se titulaba “La vida social de los virus”. Poco antes, había estado en el Congreso Mundial de Salud Pública en Estambul cuando empezó la gripe A, allí la presidenta de la OMS abrió el congreso por teleconferencia desde México donde estaba por la emergencia. Sin embargo llegó a la Argentina muy poco después, pero se tomaron medidas bastante desarticuladas. De hecho esa epidemia desencadenó el pedido de renuncia a la entonces Ministra de Salud Graciela Ocaña. Creo que enfrentar situaciones nuevas devela las fallas estructurales no solo de los servicios de salud, fragmentados y segmentados; sino de muchas prácticas sociales.

Por ejemplo, la práctica extendida de consumir medicamentos que acallen los síntomas gripales para poder seguir en actividad, lo cual no solo nos dificulta la recuperación sino que nos convierte en transmisores masivos del virus. Recuerdo que durante la pandemia de gripe A, se mantenía una propaganda de antigripal de un hombre joven que al final de la jornada tenía tos y malestar y antes de dormirse se tomaba un antigripal, a la mañana se levantaba lleno de energía y se iba al jardín de infantes de su hijo a festejar el cumpleaños del chico. O sea se propagandizaba que fuera a contagiar a un establecimiento preescolar. De esas había muchas. Promoviendo lo que llamamos presentismo patológico. Este consiste en tomar un antigripal para poder seguir produciendo y por ello circulando. Tomar transporte colectivo, compartir espacios cerrados, etc. A veces era por necesidad, el caso de las maestras que necesitaban cobrar el presentismo.

CB: La siguiente reflexión creo que ya la desarrollaste... Yo había pensado que en un escenario, en un mundo fragmentado en sus lazos, en un mundo de incertidumbre, de inseguridades económicas, de accesibilidad, que a veces genera malestar -o a menudo genera malestar- desde una perspecti-

va relacional, como la posibilidad de encuentro o desencuentro entre el problema de la gente y los servicios, pensar el impacto de la pandemia dentro del campo del padecimiento subjetivo... Creo que ya lo has explicado...

AS: Hay un debate que se planteó respecto de las respuestas y padecimientos subjetivos en pandemia. Se trata de algunos estudios y publicaciones que tendieron a psicopatologizar el problema reduciéndolo a nosografías psiquiátricas o psicopatológicas preexistentes. Inclusive se habló de una "pandemia de enfermedades mentales", esto tuvo además un deslizamiento ideológico que fue separar el fenómeno global de la pandemia del de una de las respuestas a la misma: el aislamiento reducido a "cuarentena". Entonces, se establecía en algunos estudios un nexo causal lineal entre cuarentena y aparición de patologías; y se utilizaba para ello estudios de metodología bastante dudosa. Dudosa porque se realizaban a través de aplicar a muestras "incidentales" (no aleatorias) y de manera telefónica herramientas de screening epidemiológico en salud mental que jamás habían sido aplicadas a poblaciones en una situación tan excepcional. Recuerdo uno de ellos que aplicaba un cuestionario convalidado en estudiantes de una universidad norteamericana años antes de la pandemia y que indagaba síntomas de patologías. Si ante la pregunta "Se ha sentido triste o ha pensado en la muerte en los últimos tiempos" respondía que sí, se consideraba "depresión", si respondía afirmativamente a "tiene temor de salir de su casa" o a "Tiene miedo de estar en multitudes" calificaba como "agorafobia", en el mismo momento en que la indicación era no salir por la existencia de una enfermedad absolutamente nueva. Este ejemplo sirve para mostrar el reduccionismo psicopatologizante que, además, dio argumentos a quienes se oponían a las medidas de aislamiento. O sea, fue instrumentado políticamente, no descarto que - a nivel internacional - no haya habido en tales anuncios de incremento de psicopatologías un interés de ampliar mercado de psicofármacos.

En cambio hubo quienes optamos por utilizar la categoría sufrimiento psíquico o subjetivo, como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Una categoría que, sin descartar las nosografías tradicionales que son herramientas de intervención clínica, no reduce a ellas cualquier malestar. Comenzamos a pensar cuáles eran las dimensiones del padecimiento subjetivo que se producían en esta condición que combinaba la catástrofe mundial

que significaba la pandemia y los posibles efectos del aislamiento de los cuerpos que se indicaba para frenar su expansión. Un primer factor de padecimiento era la caída absoluta de la idea (o de la ilusión) de certidumbre con respecto al futuro. Al futuro individual y al futuro colectivo. Creo que quienes no se preocuparon por ello estaban haciendo un proceso de negación importante. En realidad estamos atravesando una situación inédita y extraña. Una especialista en literatura dijo que "esto es como estar viviendo en un episodio de literatura fantástica".

A su vez las medidas de aislamiento y suspensión de muchas actividades que implicaban circulación y contacto masivo, entre ellas la escolaridad, alteraron totalmente la vida cotidiana; que es el lugar donde nosotros organizamos y depositamos nuestras alegrías, nuestras tristezas, nuestras angustias, nuestras rutinas. En las rutinas cotidianas basamos una cierta sensación de certeza en la continuidad del tiempo y de los proyectos a futuro. Todo lo cual estaba puesto entre paréntesis. A esto se sumó la dificultad del contacto con los otros.

La situación afectó de distintas maneras a distintos grupos poblacionales: a los niños y a los adolescentes por la suspensión del ámbito fundamental institucional que los lleva por fuera de la familia; a los adultos mayores porque de golpe precipitó la percepción limitante ligada a la vejez por su condición de grupo en riesgo, y en algunos por su dificultad de acceso a las tecnologías, y así podría seguir enumerando. Además afectó y evidenció a las personas que estaban en situación de desamparo, precariedad de vivienda, etcétera. Diría que el único soporte que puede haber habido para que el daño no sea mayor es el armado de redes sociales: tanto comunitarias, solidarias, etcétera; como de políticas públicas de provisión de recursos, de alimentos y de cuidado.

También introduje como herramienta la categoría de duelo. Fuéramos conscientes o no, todos atravesamos un duelo, y el duelo tiene un componente de tristeza y tiene un componente de enojo e inclusive de furia, también puede implicar una negación. La cólera frente a una pérdida que no encuentra un culpable claro donde descargarla, como dice la elegía de Miguel Hernández "no perdono la vida desatenta, no perdono la muerte enamorada", puede ser capitalizada y encauzada hacia distintos grupos o distintos fines. Algo de eso señala Adam Ferguson¹ en su libro "Cuando muere el dinero"

1. Adam Ferguson: "Cuando Muere el Dinero-El derrumbamiento de la República de Weimar" Alianza Editorial, Buenos Aires/Madrid, 1975.

donde estudia y describe como en la Alemania que había perdido la Primera Guerra, el pago de la deuda inducía un proceso hiperinflacionario inédito que se sumaba a la humillación y que acuñó un rencor y un odio que el finalmente se canalizó hacia un sector de esa misma sociedad.

Pienso que frente a la pandemia, esta respuesta enojosa andaba a la deriva buscando con quien enojarse, porque uno no se puede enojar con un virus. Entonces, ha aumentado también las formas de violencia. Socialmente hablando. Y, en muchos casos, ha sido tratado con una fuerte intencionalidad de capitalización política. Así como el mercado trata de capitalizar el deseo para el consumo, me parece que hubo una fuerte intencionalidad de capitalización política del enojo.

CB: Esta cadena de pensamiento no la había pensado y me parece bien interesante.

AS: También trabajé con la categoría esfuerzo adaptativo, un fenomenal esfuerzo que hubo que hacer ante la alteración radical de la vida cotidiana. Tomé metafóricamente el concepto de adaptación de Piaget: una banda de moebius entre asimilación y acomodación. Transformar el entorno y transformarse uno mismo. Creo que significó un esfuerzo notable.

Con respecto al personal de salud, además del incremento del trabajo y de la situación de riesgo, creo que uno de los factores de estrés en el trabajo ha sido enfrentar situaciones, en las que tenían que enfrentar una enfermedad frente a la cual poco se sabía respecto a tratamientos y respuestas posibles. Leí un texto de un médico clínico que decía: es como si tuviéramos que aprender todo de nuevo, tenemos que aprender de los pacientes, de las situaciones, de cómo evolucionan. La aparición de términos para nombrar patologías inesperadas (“anoxia feliz”) fue un ejemplo. Para ellos y ellas, el esfuerzo adaptativo y el esfuerzo en general fue extremo.

No hay estrés mayor laboral que hacer una tarea para la cual uno no está preparado. Bueno. Esto es más o menos. Yo creo que después hubo distintas etapas. O sea, hubo una primera etapa muy eufórica, la gente le puso muchísima energía al esfuerzo adaptativo. Hubo una segunda etapa como más enojosa. Y ahora estamos

como en una etapa que yo no uso el término nueva normalidad porque es un oxímoron: es normal o es nuevo, las dos cosas a la vez no son. Pero sí creo que estamos en el armado, que ya nos hemos acomodado en alguna forma de rutina nueva. Y que para muchos cualquier alteración de esa rutina le produce ansiedad. Y, por otro lado, después lo que tuvimos que ir investigando es la gente que tenía procesos serios de negación: naturalización del riesgo, negación y renegación del riesgo, lo cual llevaba y lleva cada vez más a desestimar los cuidados.

CB: Sería interesante pensar sobre dos puntos más, que pueden formar parte de la caja de herramientas de intervención y estudio para alumnos, para docentes, para muchos; la posibilidad de repensar acerca de recuperar la idea de la condición humana. Yo lo vinculo al término este, a la categoría esta de la hospitalidad. La pandemia, para vos ¿trae una nueva visión de la condición humana?

AS: Yo no sé si de la condición humana, pero me parece que está puesta en tensión, el, la forma de subjetivación, por lo menos, de Occidente, seguro. Creo que cuando algunos hablan de “Crisis civilizatoria” refieren efectivamente a un punto de quiebre entre lo que venía sucediendo y la evolución hacia el futuro, la caída de un período completo de la concepción del mundo, de las relaciones de los hombres entre sí, consigo mismos y con a naturaleza.

CB: ¿Y cómo deviene?

AS: Ah, no, no... ahí, cuando me dicen ¿a dónde va a ir a parar esto? En principio estoy usando una frase de Walter Benjamin que plantea como necesaria: una reconstrucción de la modernidad basada en una reconciliación entre hombre y el mundo.

CB: Ah, bella.

AS: Creo que si algo muestra este desequilibrio catastrófico es que las cosas así como estaban, o sea, subordinando toda forma de vida a la concentración de riqueza y la acumulación de ganancias, no van más. Hay posibilidades utópicas y distópicas, esta es una situación de final abierto y no fácilmente previsible.

Por un lado aparecen discursos de potenciación del individuo, esa lógica de libertad sin límite, de libertad indefinida, que sólo puede ser limitada desde fuera por fuera, y de la cual Terry Eagleton² dice que es el origen del terror.

Y, por otro lado, aparecen esas lógicas del cuidado colectivo: donde cada uno sabe que la única forma es hacerlo cuidando al otro. La única forma de cuidarse uno es cuidar al otro, de alguna forma, cuidar a los otros.

También está interpelada la lógica moderna de considerar que la naturaleza es un recurso explotable, que es lo que nos ha traído a esta situación, o buscar la conciliación entre el hombre y la naturaleza, de una manera tal que no termine produciendo permanentemente desequilibrios catastróficos de esta índole. Quizás hay mucho para retomar de categorías de pensamiento y de formas de vida de los pueblos originarios cuya deriva por ejemplo en la Constitución de Bolivia, ha sido la instalación de Derechos de la Naturaleza.

CB: Bien. Y, esta idea, este concepto dinámico de la salud, que la salud se construye, se deconstruye, en función de condiciones sociales, culturales, históricas, procesuales. Los trabajadores sociales hablamos todo el tiempo del territorio. Entonces, la enfermedad se sitúa en un territorio, en territorios heterogéneos. Por lo tanto... ¿hay un posible retorno a lo territorial en salud mental? Y ¿qué recomendaciones das para eso? Estrategias grupales, el reconocimiento del trabajo entre pares... ¿cómo lo ves eso Alicia?

AS: Mira, en principio, porque ya hay agentes de salud mental trabajando territorialmente.

CB: Sí, las llamadas políticas de cuidado.

AS: En políticas de cuidado. Por ejemplo, acompañan, en Provincia de Buenos Aires, a las personas que van a hisopar en La Matanza. Pero, creo que el eje central del trabajo en salud mental ancla en lo territorial y articula entre agentes estatales y agentes propios de las comunidades o enlaza ambas categorías, en parte ya hay muchas experiencias funcionando y hay que fortalecer ese

enlace con lo estatal sin que se pierda la capacidad de decisión y participación de las comunidades y los movimientos sociales por ejemplo. El territorio no es una superficie, es una conjunción viva de actores, de agentes, de vínculos, de redes, de lazos sociales (o cómo los quieran llamar); con tensiones políticas, con conflictos, con intereses encontrados, con violencias. Y creo que el espacio de la intervención de la salud mental es, en principio y prioritariamente, territorial. Por eso, pienso que además es en principio interdisciplinario y, además de ser interdisciplinario, debe incorporar los saberes propios producidos en esa comunidad: sus lógicas, sus discursos, sus prácticas.

CB: Quizás... es el pie para desarrollar, porque vos hablabas bueno, las políticas de cuidado, los agentes hisopando...pero ¿cómo darle a esto temporalidad? ¿Cómo devienen otras formas sostenibles en el tiempo? Para acompañar en el mediano y en el largo plazo. Y pasado, digamos, el momento crítico o el momento de pandemia, incluso. Quizás es una oportunidad, es una posibilidad para desarrollar...

AS: Puede serlo. Para instalar políticas de otra manera. Para la instalación de políticas, por ejemplo, no asistencialistas, no hospitalo-céntricas, no medicalizantes. Para pensar más en la lógica de políticas de cuidado y con enfoque de derechos; que en políticas asistencialistas verticales focalizadas, como se pensaba en algún momento.

CB: Bueno, eso es un desafío para la agenda pública. A mí me parece.

AS: Totalmente.

CB: Un compromiso con la Ley 26.657

AS: Totalmente. Sí, sí.

CB: Que todavía nos queda incompleta su implementación y operativización aún, pero que la tenemos que hacer. Te agradecemos el tiempo que nos has brindado y nos llevamos muchos elementos para seguir pensando. Gracias por recibirnos y compartir este momento.