



REVISTA DEL ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES DEL CIFYH

ISSN 2618-4281 / Nº 9 - Año 2021 / revistas.unc.edu.ar/index.php/etcetera/

#ENSAYANDO

El virus de la precaridad ¿un interlocutor en la construcción de políticas de salud mental?

Lic. Antonella Gallego Gastaldo

antogallegogastaldo@gmail.com

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Filosofía y Humanidades
Córdoba – Argentina

CORRECCIÓN LITERARIA
Angélica Maldonado

Recibido: 26 de junio de 2021 / Aprobado para publicación: 16 de octubre de 2021



Copyright © 2018 Etcétera. Revista del Área de Ciencias Sociales del CIFYH está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen

Ante un contexto de pandemia ocasionado por la propagación del virus Covid-19, y con el fin de aportar a los debates en torno a las medidas de distanciamiento y aislamiento obligatorios como medidas sanitarias tendientes a mitigar la propagación del virus – comunicadas como prácticas de cuidado–, presentamos un ejercicio de revisión que articula las disputas en torno a las lógicas y dinámicas de funcionamiento que configuran el campo de la salud mental a nivel nacional y local. Esto necesariamente conduce a preguntas en torno a la concreción de la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*, sancionada en el año 2010, cuyo fin es la descentralización de la atención y el tratamiento en las instituciones asilares, apostando a la solidificación de una red de dispositivos anclados en el territorio. Por tanto, nos interesa aquí reflexionar no solo en torno a la valorización de las vidas que ya eran víctimas de un circuito institucional cerrado y cómo la situación de pandemia afecta su devenir, sino que también creemos necesario realizar una sistematización de los antecedentes en torno a la constitución histórica del campo de la salud mental en Córdoba, para comprender el recrudescimiento de las lógicas manicomiales ante la pandemia. Y, de tal modo, poder formular nuevos interrogantes en torno a las posibilidades de acceso a la salud mental y el reconocimiento lxs de pa(de)cientes como sujetxs portadores de derechos.

Palabras clave

Covid-19, Salud Mental, Derechos, Córdoba

Abstract

From a pandemic context caused by the Covid-19 outbreak, and in order to contribute to the debates about social distancing and isolation as mandatory health measures aimed at mitigating the spread of the virus –reported as practices of care–, here we introduce a review exercise that articulates the disputes about the logics and dynamics that configure the mental health field at the national and local level. This necessarily leads to questions about the implementation of the *National Mental Health Law N° 26.657*, sanctioned in 2010, whose purpose is the decentralization of care and treatment in psychiatric institutions betting on the solidification of a network of devices anchored in the territory. Therefore, we are interested in focusing on the valorization of lives that were already victims of a closed institutional circuit and how the pandemic situation affects their future. But, in order to understand the recrudescence of the mental institutions logics carried out to face the pandemic, we also believe that doing a systematization to clarify the historical constitution of Córdoba's mental health field could be helpful to understand it. Furthermore, by doing so, we can formulate new questions about the possibilities of access to mental health and the recognition of patients as right-holders.

Keywords

Covid-19, Mental Health, Right-Holders, Córdoba

El virus de la precaridad ¿un interlocutor en la construcción de políticas de salud mental?

ANTONELLA GALLEGO GASTALDO

Primera parte

A través de este ejercicio de escritura y reflexión, nos proponemos indagar en algunos de los discursos y políticas de salud mental implementados a nivel local por los diferentes niveles de gobierno en distintos momentos históricos. Los mismos resultan clave para el análisis de las medidas sanitarias dispuestas ante el actual contexto de pandemia ocasionado por el virus Covid-19. Entre ellos, comenzamos por rescatar los discursos higienistas de fines del siglo XIX, planteados y divulgados en el marco del ejercicio de la biopolítica, mediante los cuales el Estado argentino llevó adelante políticas sociales orientadas hacia una nueva configuración de los espacios urbanos en los que se desarrollaba la vida de la ciudadanía argentina. De esta manera, a partir del análisis de lo sucedido a nivel nacional, podemos dar cuenta de la creciente importancia que adquiría la ciencia médica al enunciar a la medicina social y al saneamiento urbano como un símbolo de progreso, frente a la lucha contra los caracteres de la barbarie que desafiaban la construcción de un imaginario de Estado-Nación. Por tanto, durante aquella etapa se trató de controlar el medio social con el propósito de hacer la vida más sana y racional, al situar el eje de gobierno en la prevención de enfermedades tanto de tipo psico-físicas como morales.

Sustentándose en los discursos higienistas y en la aplicación de un paradigma alienista –que intentaba aislar y asilar a enfermos en instituciones disciplinarias–, aquel período propició el nacimiento del dispositivo psiquiátrico y

manicomial en Argentina (Vezzetti, 1983). Así, se convertía a aquellxs sujetxs, marginalizadx por su condición de “anormalidad”,¹ en objeto de conocimiento en el marco de unas instituciones creadas para gobernarles. Pero, la transformación de procesos demográficos, y los cambios en el modo de producción económica, no solo delinearón una medicina abocada al saneamiento urbano, y el mantenimiento y mejora de la fuerza de trabajo. Más tarde, pasada la primera mitad del siglo XX, dentro de este campo disciplinar se reconoce la importancia de la definición de la salud no como un estado sino como un proceso de “salud-enfermedad”, capaz de señalar la vinculación de los padecimientos con el contexto social. Es decir, capaz de concebir la determinación social del proceso de salud enfermedad (Liborio, 2013).

Ya entrado el siglo XXI, como parte de una política de desmanicomialización, que se desprende de movimientos reformistas dados en el sector de la salud como respuesta a perspectivas de carácter biologicista y antiguas medidas higienistas, se van posicionando los discursos de desarticulación de las instituciones asilares en pos de integrar a la salud mental en la Atención Primaria de la Salud (APS).² Así, las disputas que se dieron en el campo de la salud mental durante el siglo XX, se materializaron en una reforma jurídica sancionada en un contexto de globalización de las políticas neoliberales, contexto que continúa tensionando la perspectiva de derechos en materia de salud. Por ello, las políticas impulsadas por el gobierno nacional ante la emergencia del Covid-19 –con el fin de “cuidar vidas” y evitar el colapso de un sistema sanitario que se reconoce como precario–, son tomadas aquí como un ejemplo actual capaz de visibilizar la coexistencia de distintos paradigmas que conforman el campo de la salud mental. Esto que nos permitirá comprender algunos de los desafíos a los que este campo se enfrenta actualmente.

Al hacer foco en los discursos y políticas que históricamente han configurado el campo de la salud mental en Córdoba, entendemos que la

¹ Destacamos aquí la construcción de una frontera entre lo “normal” y lo “anormal” a partir de aspectos políticos y culturales, que juegan un papel importante a la hora de determinar y definir un estado de salud que presenta síntomas de incapacidad.

² La Atención Primaria de la Salud (APS) se considera como parte del espíritu de justicia social en el desarrollo de los países, definida a partir de la Declaración de Alma-Ata de 1978 como parte integrante del sistema completo de asistencia sanitaria, al incorporar la promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación de la salud. Esto privilegiaba la más alta participación de las personas y de las comunidades, fomentando la responsabilidad en el cuidado de su salud. Además, entiende como “atención integral” a una concepción del quehacer en salud que va más allá de la atención, como es el cuidado de lxs sujetxs.



implementación de medidas sanitarias de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO) soslayan los discursos normativos que, consolidados en una legislación nacional, sancionan estas prácticas como medidas terapéuticas para el tratamiento de los padecimientos subjetivos. Esta explicitación posibilita, entonces, una instancia de reflexión en torno a la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*, sancionada en el año 2010, y su incumplimiento ante la inexistencia de una red de contención comunitaria independiente a las instituciones monovalentes, que posibilite pensar en nociones de salud y cuidado por fuera del sistema hospitalario.

A su vez, como nos adelantábamos, debemos señalar la patologización de los padecimientos como uno de los rasgos del neoliberalismo, y uno de los elementos que sostiene y define las relaciones de poder dentro del campo de la salud. Aquello nos conduce a visibilizar la relación entre las condiciones sociales y materiales de reproducción de las poblaciones, y los sentidos de salud-enfermedad-cuidados que las definen. Pero no solo en términos de las posibilidades y modos de acceso al sistema de salud, sino también respecto de las lógicas de relevamiento de la salud de una población asociadas a su productividad. Entendemos que la construcción y definición de los padecimientos en clave biológica reproduce un vínculo de vulneración social de ciertos cuerpos que, históricamente, ha habilitado prácticas de violencia sistemática que no dejan registro. Por ejemplo, los encierro, los maltratos y la hipermedicalización de los padecimientos, ya que se trata de vidas que –ante una falta de reconocimiento en esferas políticas y sociales– adquieren una condición de *espectro* (Butler, 2009).³ Esto nos permite argüir la posibilidad de pensar estas medidas de aislamiento y distanciamiento como una práctica que reproduce una dinámica de legitimación de las relaciones de dominación.

³ Siguiendo a la autora, al referirnos a la condición de espectro que se reproduce a través de la violencia, hacemos referencia a la desrealización del “otro”, unx otrx que no está ni vivx ni muertx, ya que su vida permanece animada a razón de su infinita negación.

La locura como discurso y la consolidación del dispositivo psiquiátrico cordobés

A través de este espacio de reflexión proponemos, entonces, hacer explícitas las circunstancias en las que las luchas por el derecho a la salud mental han emergido. Con el fin de comprender cómo las nociones de ciudadanía se construyen en vinculación con el reclamo de lxs usuarixs del servicio público de salud mental por el reconocimiento de sus derechos –como una dinámica determinante del curso social de la enfermedad–, también aspiramos a habilitar una instancia de reflexión que, a futuro, permita un mayor acercamiento a la manera en que las definiciones dadas por la ley pueden afectar los modos políticos de razonar.

Retomando las políticas higienistas, entendemos que aquellas formaron parte de un discurso que, durante la conformación del Estado-Nación argentino, intentó implementar una política de construcción del Estado y la nacionalidad “desde arriba” –en oposición a una mirada “desde abajo”, es decir, desde lxs sujetxs–, mostrando una continuidad entre la política y la medicina que asociaba la salud física y moral a las características permanentes de la nación (Talak, 2005). Así, la medicina ligada al Estado proponía su participación como una tarea nacional que fundaba la intervención estatal sobre la marginalidad, y aquellxs sujetxs que encarnaban y explicaban el “desorden público”.⁴ De tal modo, la autoridad de la medicina legitimó la representación de temas que hasta entonces no se reconocían como parte de su dominio profesional y científico. En esta línea de políticas estatales, se produjo una incorporación al Estado de una matriz disciplinaria productora de discursos en torno a la salud y la enfermedad, capaz de inscribir en la población prescripciones normativas con el fin de impedir una desviación en el comportamiento de los cuerpos.

En este sentido, la institución monovalente, como parte de una práctica política de exclusión que garantiza el devenir disfuncional de lxs excludixs, al retirar de circulación a determinadxs sujetxs, actúa como un depósito para aquellxs que no se ajustan a la norma establecida (Rodríguez et al, 2015). A través de la mera contención de lxs sujetxs, "la institución total pierde toda cobertura

⁴ Referimos aquí a la amenaza y a la problemática social que representaban ciertxs sujetxs (migrantes, pobres, vagabundxs, enfermxs), cuya presencia en el espacio público era percibida como una muestra de desorganización, de desorden social y moral.

ideológica para ser justificada en términos tecnocráticos en función de lo que ella realmente es: una instancia de control para aquellos que no pueden ser gobernados ‘de otro modo’” (Pavarini, 2006: 43). Esta racionalización de la anormalidad se constituye, entonces, como una modalidad de acción bajo la cual se trata de fijar a un espacio social a individu@s que, en una sociedad de mercado, no tienen un valor específico para el capital. Es así que, mediante la constitución de circuitos estables y permanentes, que se definen como de “puertas abiertas”, l@s sujet@s finalmente son obligad@s a regresar a aquel lugar de contención.

Como fue expresado hasta aquí, el conocimiento científico se volvió esencial para negociar la vida cotidiana y el mantenimiento del orden social, constituyéndose en una dinámica estabilizadora del propio estatus del orden gobernante. Así, a través de los discursos higienistas, quisimos acercar al lector a un contexto histórico en el que la ciencia se consolidaba y conectaba inextricablemente con procesos de producción del Estado, generando nuevas instituciones y ordenamientos sociales capaces de alterar las nociones de ciudadanía. Se espera poder demostrar cómo los problemas sociales, los problemas de salud y las tecnologías de sujeción están mutuamente imbricados en la producción de la enfermedad y el padecimiento (Pretryna, 2016).

Con la creación de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Nacional de Córdoba en 1877, el conocimiento sobre aquell@s sujet@s considerad@s “anormales” se amplió, al tiempo que generó nuev@s agent@s polític@s implicad@s en su estudio y (re)producción. La nueva institución se convirtió entonces en un espacio de producción y distribución de saber en torno a est@s sujet@s. Pocos años más tarde, con la incorporación de la Cátedra de Psiquiatría en 1888, los planteos sobre las facultades “mentales” –una categoría propia del saber médico– comenzaron a realizarse en función de generar un saber que brindara a la psiquiatría una posición de poder dentro de las ciencias médicas. Cabe destacar que, por aquella época, se originó una relación entre la Cátedra de Psiquiatría y el Asilo de Alienadas,⁵ de modo que la existencia de la Facultad de Ciencias Médicas

⁵ El actual Hospital Provincial Neuropsiquiátrico de la ciudad de Córdoba nació como Asilo de Alienadas en el año 1890. Durante sus primeros años, su principal función fue asistencial y sin el objetivo de impartir tratamiento alguno sobre las *alienadas*. Éste estaba a cargo de la Sociedad de Beneficencia, una de las tres grandes empresas filantrópicas que tomaron la iniciativa en la conformación del sistema sanitario en la Provincia de Córdoba, y se hizo cargo del cuidado de la locura femenina a nivel local.

instituyó nuevos roles al profesional de la medicina, desde el momento en que comenzó a generar recursos humanos y materiales al proceso de conformación del sistema sanitario. Se inició así la producción de una elite médica, que desde el Estado provincial y municipal contribuyó con la creación de nuevas políticas que tenían como objetivo la medicalización e institucionalización de la anormalidad. Aquello finalmente devino en una transformación de la salud como imperativo, lo que implicó la construcción de una nueva moral de lo cotidiano dirigida al control del cuerpo y de los hábitos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Avanzadas las primeras décadas del siglo XX, la universidad y, particularmente, la Facultad de Ciencias Médicas, se convirtieron en los espacios más disputados, ya que desde allí se debatía la construcción de saberes sobre la locura.⁶ De tal manera, comenzó a gestarse un fuerte proceso de secularización en donde lo corrompido e impuro del alma –que explicaban la locura– dio paso a conceptos propios del campo de la disciplina médica, como “psiquis”, “mente” y “emociones”. El discurso de la ciencia fue encausado entonces hacia el tratamiento del cuerpo. Por tanto, si antes la religión se encargaba de purificar el alma mediante los rituales cristianos, ahora, el posicionamiento del médico como científico reconfiguraba las atribuciones y competencias de cada institución (Foucault, 1984). Fue así que a través de la psiquiatría el profesional de la medicina comenzó a accionar como un intérprete de la anormalidad, que se encontraba presente en la cotidianidad de los espacios públicos que ponían en riesgo la salubridad, y el orden social y moral.

Una reforma nacional en Salud Mental

Acercándonos a hechos más recientes, en el año 2010 fue sancionada en Argentina una nueva *Ley Nacional de Salud Mental*. Su principal objetivo, en línea con el reconocimiento de la Atención Primaria de la Salud como una estrategia y componente fundamental de un sistema de salud efectivo, es el cierre paulatino de

⁶ Conceptualizamos aquí la noción de “locura” como un tópico historiográfico, es decir, como una construcción social variable, ya que se trata de una categoría social producto del delineado específico que el discurso sobre la enfermedad mental tomó en el contexto argentino de recepción de ideas.

hospitales monovalentes, debiéndose reestructurar la atención de la salud mental dentro de los hospitales generales. Es a partir de este hecho que quisiéramos acercarnos un poco más al entendimiento de cómo las construcciones sobre la salud y la enfermedad, en tanto indicadores de relaciones de poder, son vividas por grupos e individuos que definimos aquí como precarizados. Como adelantábamos, la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657* apunta a una progresiva reestructuración de los hospitales psiquiátricos, y su reemplazo por sistemas de atención comunitaria con el fin de garantizar el derecho a la salud a lxs pacientes. De tal manera, en su Artículo 1° sostiene que

[...] tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Por su parte, en su Artículo 3°

[...] reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010).

Podemos decir que esta redefinición deja de lado la definición unicausal basada en la biología de lxs sujetxs como explicativa de las patologías, ya que a partir de la posibilidad de incorporación de diferentes narrativas del proceso de salud y enfermedad, el estatuto jurídico es capaz de dar cuenta de la vulnerabilidad social que ha afectado a aquellas vidas históricamente invisibilizadas. A su vez, entendemos que el derecho a la salud, en tanto es un derecho social exigible jurídicamente, no se reduce a la asistencia sanitaria, sino que se también se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos. Por tanto, al adherir a pactos

internacionales, el Estado se encuentra obligado a garantizar y promover el derecho a la salud. Es así que, ante disputas que hicieron posible esta legislación, éste pudo dar cuenta de una condición de precariedad⁷ de lxs sujetxs definida por la distribución diferencial de la vulnerabilidad, en la que “se designa la condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo social y económico y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte” (Butler, 2010: 46).

En ese sentido, quisiéramos rescatar el vínculo indeterminado entre emociones y acciones sociales, a partir de la existencia de una función específica que tienen las emociones en la construcción de una colectividad (Ahmed, 2015). De tal modo, podríamos decir que el daño sufrido por aquella población se convirtió en la base que posibilitó enunciar una pertenencia social que organizó las demandas por el ejercicio de ciudadanía (Petryna, 2016). Sin embargo, nos preguntamos si bajo esta modalidad de reconocimiento, producto de previas luchas, no se ha corrido el riesgo de convertir aquella práctica política en un proceso que terminó por devolver aquellas vidas a su condición de precaridad (Butler, 2009).

Si pensamos en las definiciones producidas desde un marco jurídico como un tipo de ciencia moral, analizamos una demostración de la intención del Estado de hacer visibles los reconocimientos como un modo de garantizar su propia legitimidad social y gobernabilidad (Petryna, 2016). Asimismo, al indagar sobre la implementación de la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657* y, teniendo en cuenta los escenarios de disputa en los que se amplían los márgenes de participación ciudadana, nos preguntamos en qué medida aquella instancia de reconocimiento jurídico –que permite construir canales de exigibilidad– ha sido un avance clave en el devenir de las personas con padecimiento mental como sujetxs de derecho. ¿En qué medida ha funcionado como una forma de reconocimiento legítimo? ¿En qué medida ha actuado como un ejercicio de incorporación/asimilación de personas que históricamente han sido marginadas por el orden social dominante?

⁷ Judith Butler designa el concepto de *precariedad* (término original en inglés, *precariousness*) como el carácter social de la vida, en referencia al hecho de que la propia vida depende de otrxs –incluso desconocidxs– para ser vivida, cuya exposición vuelve a lxs sujetxs vulnerables. Por su parte, denomina como *precaridad* (término original en inglés, *precarity*) a la condición política en que la vulnerabilidad y la precariedad son el resultado de una decisión política de excluir a ciertas poblaciones de las redes sociales de contención que hacen que la vida sea posible y digna.

En la *urgencia* de rendir cuentas al capital

El sistema público de salud, que se posiciona como único referente institucional al que se puede acudir en situaciones de vulnerabilidad social, dispone de un funcionamiento que dista de lo promulgado por las nuevas normativas de salud mental. Esto debido a que, en su (in)accionar, demuestra una falta de recursos técnicos, humanos y de infraestructura que terminan por inhabilitar instancias de consulta previa y/o prevención en materia de salud mental para la población en su totalidad. Si bien la Secretaría de Salud Mental de la Provincia de Córdoba cuenta con “espacios de escucha” anclados en el territorio,⁸ estos se desarrollan en espacios públicos abiertos –plazas y parques– como un modo de acercamiento a la comunidad. Por tanto, este dispositivo se encuentra a la espera de una articulación con espacios públicos que sean propiedad estatal, como salones polideportivos y centros de salud –definidos como “dispensarios”–, para poder llevar a cabo su trabajo de un modo más sólido y comprometido con la comunidad.

Del mismo modo, siguiendo lo propuesto por la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657* en consideración del bienestar de lxs sujetxs, podríamos pensar en la “queja principal”. La psicología define aquel momento como el relato subjetivo de unx paciente, en el que tiene la oportunidad de describir los síntomas o signos más significativos de su padecimiento o malestar. Es decir, como “la puerta que abre paso a la exploración de los signos que permitirán concretar un diagnóstico sintomático, estructural, conductual, relacional, etc.” (Martínez Farrero, 2006: 57). Por ende, entendemos que aquella instancia debería surgir en ocasión de consulta con unx profesional de la salud de la institución hospitalaria o de cualquier otro centro de salud cercano a la comunidad. De modo que la inexistencia de la misma se inscribe como una denuncia, tanto ante la imposibilidad de atención psicológica en los hospitales generales, como ante la falta de servicios de salud mental en los dispositivos de atención barriales. Este

⁸ Se trata de un dispositivo de prevención creado por esta entidad estatal, que actúa en determinados cuadrantes que dividen a la ciudad de Córdoba con el fin de establecer un acercamiento a las comunidades, y a sus necesidades en materia de salud mental y adicciones. Sectorización que, cabe destacar, fue proyectada en el marco del *Plan Integral de Seguridad Ciudadana y Prevención del Delito* lanzado en septiembre de 2016.

conflicto es señalado desde la provincia como una responsabilidad de la instancia municipal del poder gobernante.

Entonces, nos preguntamos cómo entender y/o explicar aquella irresponsabilidad organizada, que envuelve a los distintos niveles de gobierno a causa de la inacción y la desarticulación de políticas ¿Se constituyen en un ejemplo de las consecuencias de las políticas neoliberales? Siguiendo los aportes de Fraser (2008) y Trouillot (2003), entendemos que la idea de la globalización del poder de los mercados financieros y de las políticas neoliberales traspasan las esferas nacionales, teniendo la capacidad de posicionar a los estados en una rendición de cuentas ante el capital antes que a cualquier otro público, como podría ser su ciudadanía. Ya que, en función del libre comercio, muchas veces se invalidan distintas leyes nacionales y se prohíbe el gasto nacional en nombre de reajustes estructurales (Fraser, 2008).

Por ejemplo, si pensamos en la aprobación del proyecto de Decreto Reglamentario del año 2017 –producto de un Ministerio de Salud a nivel nacional degradado al estatus de Secretaría–, podemos interpretar aquella propuesta como un retroceso en los intentos por derribar el carácter de privilegio que definía a los derechos en materia de salud mental vigentes en aquel entonces. Esta reglamentación volvía a instalar el manicomio bajo el nombre de “hospitales especializados en psiquiatría y salud mental” (Reglamentación de la Ley N° 26.657, 2017). También admitía el total aislamiento de las personas cuya patología se encuadrara en la clasificación de trastornos definidos por la Organización Mundial de la Salud en el capítulo *Trastornos Mentales y del Comportamiento*, afirmándose como parte de un tratamiento “sujeto a las reglas del arte médico” (Reglamentación de la Ley N° 26.657, 2017). Esto consistía en volver a patologizar los padecimientos mentales, reafirmando el valor de la salud como mercancía, constituyéndose en un ejemplo de cómo el proyecto democrático se invierte ante el poder del mercado para controlar la política.

El carácter productivo de la salud también acompaña las formulaciones discursivas que medicalizan la inactividad productiva, que reproducen una lógica paternalista sobre las poblaciones más vulnerables al patologizarlas. Proceso de marginalización que, al mismo tiempo, habilita el señalamiento de una deficiente autogestión de la salud, que justificaría la intervención del Estado como poder

tutelar. En este sentido, el carácter autogestivo de la salud, basado en individuos privados que deben ocuparse individualmente de su salud como expresión del capital y de la fluidez de los vínculos, también nos permite cuestionar el crecimiento y la ampliación del mercado terapéutico, de la industria de los medicamentos y los avances farmacológicos que tal desarrollo propician. Esto nos lleva a preguntarnos si aquello se trata de una dinámica que forma parte de una (re)actualización de antiguos dispositivos que sustituyen a las antiguas formas de sujeción.

Explicitar las esferas transnacionales en las que el mercado afecta las decisiones políticas locales, ante las que los sujetos que constituyen minorías tienen la incapacidad de constituir una crítica política eficaz frente a marcos que reproducen su ilegitimidad/inteligibilidad, también siembra el cuestionamiento sobre la pasividad institucional frente a la precariedad política y la vulnerabilidad social que se constituye como una consecuencia de lógicas neoliberales que saturan de sentidos a ciertos sujetos (Butler, 2010). Asimismo, configuran un marco en el que la esfera pública ciudadana ya no tiene una función crítica frente a poderes transnacionales (Fraser, 2008).

En este sentido, ante un sistema cultural que resalta las capacidades productivas –al evidenciar el valor económico que los cuerpos representan–, podemos pensar el abandono o el “estar en la calle” como parte de una sintomatología que justificaría el encierro en una institución asilar, y esto no puede ser solamente interpretado como “falencias” en la tarea de autogestión de las vidas. Más bien, es posible argüir que “[las prácticas de] encierro minimizan los riesgos que este sector de la población produce en la sociedad, sobre todo en las ‘zonas civilizadas’, [es decir], en aquellos lugares de consumo donde el capital tiene la posibilidad de reproducirse” (Rodríguez, 2015: 28), a la vez que representan una dinámica de legitimación de las contradicciones de un sistema.

Aquella pasividad, negligencia o ineficacia de las instituciones estatales nos permite, entonces, reflexionar en torno a cómo puede tener fuerza la opinión pública ciudadana en los reclamos por un reconocimiento jurídico desde las prácticas institucionales. Al mismo tiempo, nos conduce a pensar en la importancia de otras esferas de reconocimiento, como la estima social (Fraser y Honneth, 2006) en relación a la categoría de precariedad ontológica (Butler, 2009), que

explica la necesidad de reconocimiento de otrxs desde la generación de espacios de intercambio subjetivo como una dinámica de (re)producción de vidas. Ya que, ante la falta de respuestas, estas minorías se ven obligadas a buscar apoyo en otros espacios –como las organizaciones emergentes de colectivos–, como una modalidad de acción ciudadana que parte de la construcción de una comunidad política por fuera de los marcos gubernamentales.

La precarización es el virus

Ahora, estamos ante las preguntas que se formulan con el objetivo de analizar las diversas problemáticas que atraviesan lxs usuarixs del servicio público de salud mental, frente a la construcción de una agenda pública en el contexto de pandemia. También, que se cuestionan si la agudización de la crisis sanitaria ha impactado negativamente sobre el sistema de salud mental. En este panorama, tenemos la posibilidad de responder estas preguntas dejando de lado la incidencia del Covid-19 y su rápida propagación

Como expresamos hasta aquí, la lógica de funcionamiento del sistema sanitario previa a la pandemia ya se explicaba como consecuencia de la hegemonía de un modelo de atención biomédico y hospitalo-céntrico, frente a otros paradigmas presentes en el campo de la salud. Esto es posible de ser definido tanto en relación a las posibilidades y la calidad de atención que reciben lxs usuarixs del servicio de salud mental, como también desde los programas de formación profesional y de desarrollo disciplinar de lxs distintxs profesionales del campo desde un marco hospitalario. Por tanto, las preguntas que surgen en este contexto de propagación del virus no son nuevas.

Mas bien, esta situación sanitaria nos invita a pensar nuevamente desde dónde es conceptualizada la salud en general –y la salud mental en particular–, cómo está siendo abordada y, en relación a ello, cuál es su trascendencia y vinculación con la heterogeneidad que define y caracteriza a la población. Por tanto, nos preguntamos por los cuestionamientos en torno a la valorización y devenir de las vidas que ya eran víctimas de un sistema asilar, y por los interrogantes que hacen foco en las prácticas de cuidado –como el distanciamiento

y aislamiento social como métodos conductuales de carácter higienista. También nos preguntamos por cómo estas medidas afectan a las poblaciones más vulnerables, en términos de recursos y posibilidades de acceso a la salud. Nos interrogamos si se constituyen estos cuestionamientos como posibles de dar respuestas novedosas.

En este sentido, a nivel local nos es posible comprender por qué se ha visto limitada la atención de la salud mental en hospitales generales, y el cierre de algunos de los dispositivos de atención comunitaria. Asimismo, podemos indagar en el sostenimiento de la atención solo por medio de las guardias y el sostenimiento de internaciones en el hospital monovalente –sin promover procesos de externación–, así como las dinámicas que denotan la falta de recursos humanos a causa de despidos y la precariedad de las condiciones de trabajo, que también han llevado a restringir las visitas domiciliarias. Del mismo modo, también comprendemos el cierre de dispositivos comunitarios y de rehabilitación; la suspensión del Programa de Inserción Profesional; la baja de convenios con organizaciones sociales que abordaban los consumos problemáticos de sustancias en los territorios; la anulación de la prórroga de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental; y el posicionamiento de la medicalización de los padecimientos como una práctica central ante una mayor demanda de atención y la disponibilidad de menos recursos (Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la Provincia de Córdoba, 2021).

A partir de lo expuesto hasta aquí, entonces, sería posible esbozar una explicación de por qué el contexto de pandemia no aceleró la urgencia de una transformación ya propuesta. Incluso cuando –como sugieren antecedentes– los grandes centros asilares, como los neuropsiquiátricos, presentan mayores riesgos de contagio de coronavirus a causa de la precariedad edilicia, la dinámica de las internaciones, el uso de psicotrópicos, y la falta de actividades saludables. No obstante, como ha comunicado el Colectivo por el Derecho a la Salud Mental: “las medidas políticas en torno al control del Covid-19 han recrudescido las lógicas manicomiales” (citado en Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la Provincia de Córdoba, 2021).

Entendemos que la negligencia hace a la vulneración de derechos, ya que se trata de medidas que son productoras de determinadas vidas, mientras otras se

devuelven a la muerte. De modo que preguntarnos ¿qué sucede en el contexto local de pandemia con aquellxs sujetxs situadxs en los márgenes? o ¿cómo viven este aislamiento quienes ya han pasado varios años de vida aisladxs? Es válido, y sus respuestas deben ser atendidas en tanto el desconocimiento y/o las omisiones tienen sus consecuencias sobre la vida misma. Sin embargo, aquí también deseamos reflexionar acerca de las estrategias que lxs sujetxs vulneradxs despliegan en un contexto de aislamiento y distanciamiento social frente a un poder globalizado, cuyos efectos traspasan las esferas de la política local. Considerando que lxs sujetxs se constituyen en la reiteración de normas (que incluyen usos y costumbres, y exceden los marcos jurídicos y estatales), y mediante esquemas previos de inteligibilidad que lxs hacen posibles y pensables, quisiéramos abrir el debate sobre las normas que organizan los marcos y las acciones de reconocimiento que determinan qué vidas valen y, a partir de ello, las posibilidades de re-enmarcación que lxs sujetxs despliegan por sobre lo preestablecido (Butler, 2009). Por este motivo, mediante este ensayo, hemos querido volver sobre la construcción de aquellos marcos que definen a lxs sujetxs, y los peligros o amenazas que representan para el orden dominante.

En este sentido, entendemos que las condiciones de existencia ya eran precarias, es decir, ya existía una condición de vulneración producto de políticas previa a la emergencia de la pandemia. Principalmente, ante la insuficiente garantía de protección, en la medida en que las vidas no pueden ser protegidas por el mero hecho de nacer. Lo que nos conduce a preguntarnos si las dinámicas de reconocimiento pueden estar asociadas a una carga adicional vinculada a la estricta supervivencia, desde las cuales las poblaciones también negocian un objetivo de protección económica y de inclusión social, cuyo objeto es la propia posibilidad de reproducción de la vida (Petryna, 2016).

Igualmente, nos cuestionamos si el reconocimiento a esta población como sujetxs de derecho, en relación a los padecimientos, puede determinar cuáles son sus posibilidades de participación política. Es decir, hasta aquí hemos podido dilucidar cómo lxs sujetxs son incorporadxs al debate mediante una integración/reconocimiento desde un marco de precaridad política. Entonces, ante este panorama, sería válido también abrir el debate en torno a qué estrategias de reconocimiento –como sujetxs– pueden surgir por fuera de los marcos normativos.

Así como sobre las posibilidades de una resignificación del padecimiento desde su reconocimiento en la comunidad política, como sujetxs portadorxs de derechos no reconocidos. En este sentido, como sostiene Bonet (2021), ya que el virus cuestiona el eje de la modernidad –al presentarnos la imposibilidad de separar la naturaleza de la cultura y visibilizando el enmarañado del mundo como característica fundamental–, creemos que también sería válido pensar la emergencia del virus. Una emergencia virósica, más que como una denuncia a la agudización de prácticas sanitarias médico-hegemónicas, como un interlocutor en la construcción de una nueva subjetividad, a partir de cómo el virus y sus disposiciones son vividas de manera diferente por lxs sujetxs. Sobre la potencialidad de acción política que esta experiencia podría tener en la lucha por el reconocimiento de derechos de quienes padecen las (no)políticas de salud mental.

A modo de (in)conclusión

A partir de este ensayo de revisión, nos propusimos contribuir al entendimiento de cómo los contextos sociopolíticos –en los cuales se produce el conocimiento científico– pueden modelar trayectorias particulares de salud-enfermedad, y cómo los patrones de violencia estructural pueden afectar la construcción de poblaciones en torno a los padecimientos. Así, entendimos que las omisiones de acción responsables y respetuosas de lxs sujetxs, profundizadas por programas de ajuste estructural que soslayan las esferas de decisión política locales, se han constituido como las “verdaderas epidemias” reproductoras de estados de salud y enfermedad. Estos procesos se dieron junto con el deterioro de la atención de la salud, las estrategias terapéuticas que atentan contra la integridad de lxs pacientes, y el sistema de salud como un dispositivo reproductor de desigualdades.

Nos encontramos en un contexto de pandemia, donde el conocimiento científico –catalogado como experto– resulta cuestionado frente a la emergencia del Covid-19, evidenciando un proceso en el cual la cognoscibilidad científica es cuestionada. Por ello, también deseamos contribuir a nuevos interrogantes en torno a las posibilidades de emergencia de nuevas categorías de derecho y de ciudadanía, a medida que las categorías de padecimiento sean puestas en acto por

quienes sufren, junto con las posibilidades de ser resignificadas. De manera que, ante un reordenamiento de cuerpos dispuesto por las medidas de aislamiento y distanciamiento, se pueda ver intensificado el interés de la comunidad política sobre el sufrimiento, para promover el reconocimiento de lxs sujetxs por fuera de los marcos jurídico-normativos.

Por tanto, ante un contexto donde el desconocimiento se torna esencial para el despliegue del conocimiento legítimo (Petryna, 2016), consideramos el carácter social de la producción de salud y los padecimientos. También consideramos que el involucramiento de la población, en tanto miembros de una comunidad política, sería capaz de influir sobre el curso de la enfermedad, y sobre las nociones de salud/enfermedad y atención/cuidado, sobre las que se asientan las demandas y los cuestionamientos al poder institucionalizado.

Bibliografía

Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. México: Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.

Bonet, O. (2021). La sociedad del espanto. Mallas de vidas en cuarentena. *Horizontes antropológicos*, vol. 27, núm. 59, pp. 147-163. PPGAS-UFRGS, Brasil. En línea: <https://www.scielo.br/j/ha/i/2021.v27n59/>

Butler, J. (2010). *Marcos de Guerra. Las vidas lloradas*. México: Paidós.

Butler, J. (2009). *Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Fraser, N. (2008). Transnacionalización de la esfera pública. Sobre la legitimidad y la eficacia de la opinión pública en un mundo postwestfaliano. En: *Escalas de Justicia*, pp.145-184. Barcelona: Herder Editorial.

Fraser, N. y Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid: Ediciones Morata.

Foucault, M. (1984). El sentido histórico de la alienación mental. En: *Enfermedad mental y personalidad*, pp. 88-102. Barcelona: Paidós.

Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de Salud Colectiva? *Revista Médica de Rosario*, núm. 79, pp. 136-141. Círculo Médico de Rosario, Argentina.

Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 26, núm. 97, pp. 53-69. En línea: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15953>

Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de la Provincia de Córdoba (2021). Una pausa para pensar el campo de la salud mental. Reflexiones desde el Observatorio de salud mental y DDHH. *E+E: Estudios de Extensión y Humanidades*, vol. 8, núm. 11, pp. 18-35. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. En línea: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/EEH/article/view/32846>

Pavarini, M. (2006). *Un arte abyecto. Ensayo sobre el gobierno de la penalidad*. Buenos Aires: Editorial Ad-Hoc.

Petryna A. (2016). Ciudadanía biológica: ciencia y políticas sobre poblaciones expuestas a Chernobyl. *Redes*, vol. 22, núm. 42, pp. 83-107. Universidad Nacional de Quilmes. En línea: <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1117>

Rodríguez, E., Racioppe, B., y Porta, P. (2015). *Circuitos carcelarios: estudios sobre la cárcel Argentina*. La Plata: Ediciones EPC.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. 23, núm. 101, pp. 57-67. En línea: <http://www.polemos.com.ar/vertex101.php>

Talak, A. M. (2007). Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina (1900- 1940). En: Miranda, M. y Vallejo, G. (comps.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, pp. 563-599. Buenos Aires: Siglo XXI.

Trouillot, M. R. (2003). *Transformaciones globales. La Antropología y el mundo moderno*. Bogotá: Universidad del Cauca - Universidad de los Andes.

Vezzetti, H. (1983). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.

Normativas

Gobierno Nacional. (2010). *Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental*. Boletín Oficial N° 32.041. Ministerio de Salud, Argentina. En línea: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>



Gobierno Nacional. (2017). *Proyecto de Decreto Reglamentario Ley N° 26.657 de Salud Mental*. Ministerio de Salud, Argentina. En línea: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/decreto-1.pdf>

Sobre la autora

ANTONELLA GALLEGO GASTALDO es Licenciada en Antropología por la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba. Participa como adscripta en el Programa Población y Salud, dependiente del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET-UNC). Temas de interés: salud, salud mental, administración y políticas públicas.