
Dossier - Conferencia

CONTEXTOS DE EDUCACIÓN

Salud mental y comunidad. Una aproximación a la cuestión de la
accesibilidad y los cuidados

Martin de Lellis¹

Universidad de Buenos Aires, República Argentina
martindelellis80@gmail.com

Contextos de Educación

núm. 38, 2025

Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina

ISSN-E: 2314-3932

Periodicidad: Semestral

contextos@hum.unrc.edu.ar

BREVE CONTEXTUALIZACIÓN

Deseo destacar tres factores esenciales que dan particular importancia a este evento, el cual involucra entre otras a una entidad pública como la Universidad Nacional de Río Cuarto y que ha suscitado la participación de muy diversos referentes que actúan en el campo de la Salud Mental.

- a) Salud y Educación son bienes sociales que demandan intervenciones de parte del estado, ya que la mejora o el deterioro de la educación como bien público transita la misma senda que la mejora y/o el deterioro de la salud pública.
- b) La Universidad pública es la que puede generar el más intenso espacio de interacción entre grupos y clases sociales, cuya diversidad y heterogeneidad es además fuente de enriquecimiento en la producción e intercambio de ideas científicas con impacto sobre la vida social.
- c) La Universidad pública es una de las instituciones que históricamente más ha promovido y alojado la disidencia, esencial para la construcción de una ciudadanía crítica y que apueste al cambio social.

Señalado esto, y antes de introducirnos al tema central de la exposición, cabe destacar que el escenario mundial actual presenta un pronóstico alarmante de deterioro social cuyas manifestaciones se están agudizando a un ritmo alarmante desde hace unas pocas décadas².

La pobreza se incrementa cada día más y la indigencia, que es el desmembramiento más penoso de la pobreza en un contexto de escasas oportunidades sociales, también crece de forma paralela.

En tal sentido, y aún desde una perspectiva pretendidamente multidimensional, casi todo el debate público relevante sobre la desigualdad social está centrado en la perspectiva de la economía y la sociología. Pese a ello, los aportes de la psicología y otras ciencias de la vida incorporan planteos que, aún cuando resulten subestimados, resultan indispensables para reconocer los impactos que tienen tales determinantes sobre el bienestar o el malestar subjetivo.

Como advierte Dubet (2023) los individuos, más particularmente quienes se hallan apenas sostenidos por una débil red de protección y resguardo ante los impactos más penosos del dolor y la frustración subjetiva, perciben las desigualdades de acuerdo a una infinidad variables de adscripción social, entre las cuales sobre salen aquellas vinculadas con la edad, el género, la pertenencia étnica o bien la posición socio económica.

Así es como la percepción de las desigualdades, cuyos determinantes son estructurales, se han multiplicado y diversificado sin límite alguno, configurando la emergencia de colectivos sociales cuyos miembros identifican y reconocen a sí mismos por sus distintos grados de vulnerabilidad ante condiciones vividas como desiguales.

Otro aspecto relevante guarda relación con el empleo y el acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicación, que están transformando aceleradamente las formas de vincularnos y participar en la vida de la comunidad.

La multiplicación de tecnologías que afirman la importancia de la conexión digital como centro de las redes de intercambio y exposición personal con y ante los otros -pero siempre protegido por la mediación de las máquinas-, seduce a todos los *usuarios* a expresarse y cultivar relaciones de amistad, pero restando valor a la relación basada en los sentidos y al arte de compartir espacios presenciales de intercambio.

Así es como el sujeto, aislado en su *enjambre digital* (Chul Han, 2014) y convertido en un *individuo tirano* (Sadin, 2022). siente que su verdad está por encima de todas las otras verdades, y no halla espacios adecuados para la participación en un debate de ideas y en la construcción de respuestas colectivas. De este modo, su posición se radicaliza velozmente por no hallar contrapesos y regulaciones basados en el intercambio dialógico con los otros, precisamente uno de los aspectos que ha sido más propiamente destacado del enfoque sobre la comunidad.

Aquí es donde debe comprenderse la emergencia, reforzamiento y multiplicación de los discursos de odio. Sobre una base de tensiones irremediables, la insatisfacción personal y la anomia social propias de esta etapa del capitalismo ultracompetitivo y la expansión ilimitada de las *fake news* estimulan las pasio-

nes *tristes* (Dubet, 2020) del odio, el resentimiento y/o agresión hacia el otro, quien termina por constituirse en una amenaza a la identidad y seguridad personal.

Esta desconfianza radical se proyecta principalmente hacia quienes ocupan un lugar de autoridad, a los que se rotula como miembros de una casta corrupta y expropiadora de las capacidades de desarrollo que cada sujeto podría alcanzar en condiciones de libertad. Pero esta libertad se convierte en un postulado abstracto y sin relaciones de mediación con los determinantes sociales de carácter estructural (Delgado, 2023).

Pese a la configuración de este escenario, cabe señalar que la respuesta histórica brindada por la sociedad de derechos a quienes se hallaban afectados por condiciones específicas de vulnerabilidad se ha expresado en leyes, normativas, instituciones públicas y acciones estatales en materia vial, educativa, sanitaria, de protección -a la mujer, a la niñez y/o a la vejez- que han constituido una importante referencia para ampliar el derecho a la salud y la protección social.

Además, todo ello ha sido importante al momento de requerir capacidad instalada para actuar eficazmente ante catástrofes sociales y sanitarias, en las que se requiere deponer el individualismo extremo y abogar por la protección colectiva ante los riesgos y amenazas comunes que afectan a todo el grupo social.

La pandemia por la enfermedad de COVID, que puede reactivarse como tal en cualquier oportunidad en la que se reproduzcan procesos y mecanismos desencadenantes a nivel internacional y regional, nos enseñó que sólo una acción organizada y planificada desde el Estado nacional y los Estados subnacionales pueden mitigar los efectos más devastadores de una catástrofe sanitaria de este tenor.

Dejó en evidencia que existen bienes públicos de los que no se puede prescindir, que muchas prestaciones descansan aún en la labor del Estado, que los impuestos deben tener un sentido progresivo y servir para la creación y sustentación de centros de salud, unidades de emergencia, vacunatorios y/o insumos para proteger la salud de la población.

Sin embargo, la prédica ultraindividualista de numerosos colectivos sociales que contaron con el auspicio entusiasta de los medios hegemónicos de comunicación erosionó y plagó de desconfianza la labor que, con todos sus defectos, fue necesaria para contrarrestar el avance de la pandemia.

LAS PROBLEMÁTICAS COMPLEJAS EMERGENTES

Esta breve contextualización de circunstancias que se proyectan como amenazas en el escenario social nos permite reorientar la perspectiva en torno a la complejidad de las problemáticas sanitarias emergentes y aquellas cuestiones atinentes a la accesibilidad y continuidad de los cuidados en salud.

En primer lugar, la importancia de recobrar y jerarquizar la perspectiva compleja que articule la dimensión de lo mental con otras dimensiones de la salud integral se pone claramente de manifiesto cuando hacemos referencia a los Problemas Sociales y Sanitarios Emergentes (PSSE) tales como:

- a. el uso y abuso de sustancias psicoactivas;
- b. las lesiones intencionales y no intencionales;
- c. la discapacidad y cronicidad asociadas a las patologías no transmisibles;
- d. los padecimientos mentales y neurológicos;
- e. el maltrato psicológico o física, la violencia contra la mujer;
- f. los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo y emocional.

Cabe señalar que estas problemáticas emergentes han manifestado un incremento en la prevalencia e incidencia de casos que impactan sobre los sistemas de servicios de salud y también en el perfil de mortalidad, morbilidad y discapacidad de los colectivos sociales.

En tercer lugar, y basándonos en dicha perspectiva compleja, uno de los aspectos fundamentales es que al identificar la red de interdependencias que vincula a los factores implicados resulta difícil aislar factores explicativos -tal como se procuró fijar en el modelo unicausal que fuera aplicada a las patologías transmisibles- e impele a sustentar un modelo de análisis que resulte apropiado para cernir los distintos niveles de determinación que afectan los procesos y situaciones de salud.

Fundamentalmente, dichas problemáticas inéditas, disruptivas y emergentes están afectando a la gran mayoría de los servicios que trabajan en el área de la salud y obligan a revisar los supuestos conceptuales, particularmente en relación a las situaciones de padecimiento mental, que no se ajustan necesariamente a las tradicionales categorías nosológicas de la psiquiatría y la psicopatología.

No obstante, el reconocimiento de la creciente incidencia de tales situaciones y del impacto que ello ocasiona en la persona y/o el grupo familiar, en virtud de las circunstancias que aún velan gran parte de estos hechos se plantean obstáculos para que los sistemas de registro y notificación detecten adecuadamente estas problemáticas y contribuyan así a una vigilancia epidemiológica oportuna.

Así es como resulta aún excepcional que se incorporen indicadores sobre adicciones, violencias o padecimientos mentales de modo continuo y sistemático en las salas de situación diseminadas por todo el país, y no se han desarrollado suficientes estudios poblacionales que actualicen el perfil epidemiológico que plantean tales problemáticas.

Otro aspecto importante a considerar nos remite al tipo de participación que sostienen los agentes sociales en las políticas públicas, ya que estas se implementan a través de equipos de trabajo cuyos integrantes se implican de forma diferencial a partir de supuestos y/o creencias propias de su pertenencia de género, de clase, edad, y/o a los procesos de socialización cultural.

Este tipo de implicaciones obedecen a distintas racionalidades, en las cuales se conjugan criterios éticos, técnicos, administrativos y/o políticos que pueden estar en conflicto a la hora de tratar y/o resolver situaciones específicas, vinculándose ello con la perduración de prácticas institucionales que promueven o refuerzan la segregación y/o el menos cabo del/los sujetos beneficiarios de las políticas públicas.

Si bien esta cuestión se plantea de modo universal ante cada sujeto de intervención, resulta claro que en las problemáticas enunciadas la implicación en las prácticas puede hallarse más condicionada por los marcos de referencia ideológicos y/o por el sistema de creencias que sustenta a menudo inconscientemente cada uno de los agentes intervinientes, y que sin duda inciden sobre la práctica real y efectiva en los servicios.

Podríamos citar variados ejemplos que, presentes en situaciones del quehacer profesional, permiten ilustrar esta cuestión: una visión fundada en una filosofía patriarcal que invisibiliza aspectos que concierne a las problemáticas de salud según género, supuestos y creencias arraigados en torno a las condiciones que legitiman el trabajo precario infantil, conductas de naturalización aceptadas en relación al consumo de sustancias o bien en relación al abuso y/o violencia hacia terceros.

Tales situaciones impelen a que los agentes sociales puedan ser conscientes de aquellos factores ideológicos en los que se hallan implicados, y repensar el aporte específico que cada uno de los integrantes del equipo de salud puede hacer para esclarecer al máximo las condiciones y los efectos de esta implicación.

Por último, y no menos importante, las PSSE plantean una brecha, a menudo irresoluble, entre exigibilidad de derechos y satisfacción efectiva de demandas.

Al bregar por una mayor visibilidad y relevancia social, los movimientos sociales que han impulsado una reconsideración de las PSSE han permitido configurar identidades sociales y políticas que permiten integrar la participación en diversas instancias, y promueven el empoderamiento de aquellos actores tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones con el objetivo de que puedan hacer valer sus demandas en la arena pública.

Por ello es que dicha brecha no debería convertirse en una fuente de malestar que impida actuar en la consecución de aquellas iniciativas, medidas y acciones que deben adoptarse en el ámbito de las políticas públicas, sino que deberían constituirse en un acicate para acortar las brechas que tan claramente se han puesto de manifiesto para todos los actores implicados en su resolución.

LA PRÁCTICA DE LOS SERVICIOS: ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

La Atención Primaria de la Salud (APS), tal como quedara expresada en la Declaración de Alma Ata, planteó una serie de temas esenciales que aún tienen vigencia para orientar las prácticas territoriales de

salud.

Uno de los aportes principales, que nutrió y contribuyó a renovar el pensamiento y la estrategia de APS y ha sido recobrado en la actualidad, es el que gira en torno a las prácticas de cuidado.

Durante las jornadas previas a la Declaración de Alma Ata se planteó ya entonces la distinción entre los conceptos de atención y cuidado y la gran diferencia entre un cuidado integral de la salud -multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado-, y una atención reparativa de ciertas enfermedades para los estratos periféricos más pobres³.

El cuidado integral de la salud coloca a las personas en el centro de la decisión, a fin de que puedan sostener y/o recuperar su capacidad de afrontar decisiones, vincularse con los otros, desarrollar un proyecto de vida y poder participar en las decisiones que afectan a la comunidad.

Esta perspectiva descansa en una mayor simetría y horizontalidad de los intercambios entre sujetos – pese a que las personas se identifiquen por su rol de cuidadores o cuidados -, destaca el valor de las relaciones humanas y afectivas, conjuga los servicios formales e informales y favorece la continuidad en la gestión sanitaria (Saforcada, 2022).

Aun cuando su rol se ejerce muchas veces de modo invisible y subalterno, porque no han sido actividades prestigiadas desde el punto de vista profesional, las prácticas de cuidado son hoy esenciales para que los servicios puedan brindar respuesta a las problemáticas que están afectando a los grupos más vulnerados, y en los cuales adquieren relevancia las redes sociales y el papel de los referentes afectivos primarios.

La organización social de los cuidados pone en evidencia las formas de distribución colectiva de las tareas fundamentales para el sostenimiento de la vida en común, y permite diferenciar las responsabilidades del Estado, de las organizaciones comunitarias y de los grupos de apoyo y sostén.

Dado que las prácticas de cuidado deben considerarse transversales al proceso de atención y fundarse en una relación activa entre el/los equipos de salud y las personas que viven en la comunidad, cobran relevancia en esta perspectiva garantizar continuidad y calidad de cuidados en los distintos servicios de la red, incluyendo la promoción, la prevención, la detección precoz, el tratamiento y/o la recuperación. Todo ello a través de comportamientos y modos de vida tales como los hábitos alimentarios saludables, las formas de convivencia no segregativas, uso del tiempo libre, evitación de consumos nocivos, prácticas regulares de actividad física y descanso efectivo.

En tales ocasiones las prácticas de cuidado –si bien a menudo invisibles y confinadas al universo privado- resultan urgentes o indispensables, lo que implica no solamente sostener y dar apoyo a quienes son cuidados sino proteger también la salud de los cuidadores.

Por otro lado, en muchos colectivos sociales vulnerados – migrantes, minorías étnicas, comunidades LGTBQ+, personas en situación de calle- hallamos desconocimiento o falta de información respecto al derecho a recibir atención en salud, y a su carácter irrestricto y universal.

En relación directa con la práctica de los cuidados, la accesibilidad a servicios es uno de los conceptos fundamentales de la salud comunitaria, porque permite identificar factores facilitadores o barreras que puedan afectar el vínculo entre usuarios y prestadores de servicios, las que suelen clasificarse como económicas, organizativas, territoriales y/o geográficas, psicosociales, socio-culturales.

Para evaluar los problemas de accesibilidad a servicios, es relevante recobrar la perspectiva de derechos que destaca la aspiración a que toda persona pueda recibir una atención sin discriminación y adecuada a sus necesidades, e incluye la capacidad de los usuarios para comprender y eventualmente aceptar las prescripciones de los servicios de salud, o bien superar las barreras que, invariablemente, se interponen al acceso.

A nivel territorial, la *continuidad de los cuidados* puede definirse como un proceso que involucra el movimiento sucesivo e ininterrumpido de usuarios/as entre los diversos elementos que componen el sistema de salud local.

Requiere disponer de *establecimientos organizados en red* que, de acuerdo a su emplazamiento y capacidad resolutive, ofrezcan servicios de prevención primordial, diagnóstico precoz, tratamiento oportu-

no, rehabilitación y/o inclusión social, e integre los programas territoriales focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas.

Tal como ha sido señalado recurrentemente, la accesibilidad no es solo tomar contacto con un primer nivel de atención, sino es un proceso continuo de atención y/o cuidados en el cual aparece muy destacadas todas las dimensiones que existen en este proceso, y que han sido mencionadas con anterioridad.

Suele distinguirse conceptualmente el acceso inicial al sistema de servicios, condición necesaria para que se inicie una relación terapéutica o de cuidados; y el acceso ampliado, entendido este como la relación continua entre usuarios y prestadores durante todo el proceso de atención y en virtud de ciertos supuestos fundamentales que pasan a enunciarse brevemente:

- a. Porque los servicios se activan y canalizan prestaciones a personas y/o grupos (ej: unidades domésticas) que reconocen la necesidad de ser cuidados, protegidos y/ o asistidos a partir de expectativas fundadas en representaciones, creencias, expectativas y valores cuyas raíces son psicológicas, sociales y/o culturales;
- b. Porque el acceso es concebido como la resultante de un encuentro entre quienes perciben necesidades y expresan su demanda a prestadores y/o cuidadores que integran servicios y que, a partir de ello, activan acciones de promoción, protección y/o prevención específica en los distintos niveles de atención.
- c. Porque los servicios pueden hallarse conformados por referentes formales - instituciones validadas y/o acreditadas oficialmente- y/o informales -distintas modalidades de apoyo y sostén, así como la movilización de recursos- que deben integrarse dinámicamente entre sí para actuar como satisfactores de necesidades en salud.
- d. Porque más allá de los avances que se puedan plantear en el plano de las coberturas formales, lo que debe priorizarse es el acceso real y efectivo a los servicios.
- e. Porque la atención y el cuidado deben contemplar el trabajo con la persona, su familia, su red de apoyo social y comunitario como parte fundamental del proceso de atención y/o recuperación.

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Todo lo anteriormente enunciado nos invita a pensar en cinco tópicos fundamentales para conectar y profundizar adecuadamente los conceptos de salud mental y comunidad.

1. Desarrollar una respuesta integral a la complejidad de problemáticas que atienden los servicios sanitarios

Arrastramos una herencia cartesiana que planteó la disociación entre lo somático y lo mental, y que se ha expresado como el principal obstáculo para un enfoque integral en el campo de la Salud.

Durante el primer tercio del siglo XX comenzaron a surgir, desde distintas vertientes científicas, las líneas de pensamiento que interpellaron directamente la visión biomédica tradicional, sosteniendo la idea de que la salud rebasaba los límites del cuerpo físico y la subjetividad individual; lo cual se halla reflejado en la emergencia del paradigma social expansivo como interpelante del paradigma individual restrictivo (Saforcada, 2010).

No obstante, y salvo excepciones, las instituciones que se reconocen como actantes en el campo de la Salud Mental están concentradas en la atención del padecimiento, descuidando o soslayando toda la gama de intervenciones que son factibles para promover o proteger la salud.

Y, aún más dificultoso, resulta modificar estas concepciones si nos atenemos a la extendida idea de que los padecimientos mentales no son prevenibles, que muy poco es lo que puede realizarse para anticiparnos a su desencadenamiento y a la manifestación agravada de sus síntomas.

Sabemos con claridad, y hay numerosos antecedentes que pueden ser en tal sentido recobrados por su

relevancia (Whittaker, 2015), que el enfoque patologizante se ha conjugado con los intereses del mercado de la enfermedad, y que se ha cifrado en los avances psicofarmacológicos gran parte del éxito de las intervenciones, cuando no hay evidencia consistente de que tales intervenciones –desarticuladas de los aspectos biográficos y de la acción sobre los factores socio-culturales- tengan un impacto efectivo sobre el bienestar.

En tercer lugar, y esto resulta de suma importancia, el paradigma tradicional se ha fundado en un enfoque centrado en la dimensión singular: es al individuo enfermo a quien se trata de cuidar y/o restablecer a través de las instituciones que prestan servicios de Salud/Salud Mental. Sabemos, no obstante, que la acción sobre los determinantes sociales -vivienda, empleo, medio ambiente, desarrollo social, salud-, resulta potencialmente más efectiva que aquellas que sólo tratan de obrar sobre el nivel singular de aquellos que demandan atención.

En relación a la formación de los recursos humanos, subsisten enormes brechas en cuanto al diagnóstico y las respuestas consiguientes en relación con el quehacer que definirá la futura inserción del técnico y/o profesional. Al constatarse el colapso del modelo de atención sanitaria que es hoy predominante en la mayoría de los países del mundo, se ha puesto de manifiesto la necesidad de que los recursos humanos den respuesta a cuestiones emergentes y que las instituciones formadoras coadyuven a la transformación en las concepciones y prácticas que orientan el quehacer en el campo de la salud mental.

Saforcada (1999), entre otros, ha señalado por los notorios desajustes entre la oferta formativa, las demandas laborales y las características y naturaleza de los problemas que genera la afluencia de los usuarios a los sistemas públicos de servicios de salud. Tales brechas afectan las posibilidades de inserción y el adecuado desempeño de los profesionales, hecho que tiene finalmente impacto sobre la calidad de la oferta de servicios y sobre el bienestar de la población.

Esto, en parte, está generado por una fuerte impronta en la identidad profesional, pues la gran mayoría de los graduados desean ingresar a un trabajo intrahospitalario, subestimando las posibilidades y el prestigio que ofrece el trabajo en Atención Primaria de la Salud con proyección comunitaria participativa.

De allí que siga existiendo una fuerte presión para habilitar los cargos en servicios altamente sofisticados y complejos, desatendiendo las respuestas allí donde acontece la inmensa mayoría de los problemas cuya resolución aparece como más perentoria.

Asimismo, la capacitación del personal de salud, no sólo en cuanto a contenidos teórico-técnicos y metodológicos, sino también, en cuanto a aspectos valorativos y actitudinales y al desarrollo de las habilidades profesionales necesarias (comunicacionales, por ejemplo) para llevar adelante este nuevo tipo de intervenciones son piezas clave del éxito de la reorientación de los servicios de salud.

2. Recobrar la idea de Comunidad como protagonista, no como mero objeto de intervención y/o tutela

Respecto del quehacer profesional de la psicología, durante la década de los '60 fue inicialmente advertido por numerosos referentes del campo los límites de una práctica clínica restrictiva, y cuyos planteos críticos confluyeron en una visión que se convino en denominar, fundacionalmente, como Psicología Comunitaria. Esta visión atendía al trabajo en y para la comunidad como modo de ampliar los horizontes de la clínica, incluyendo una amplia gama de opciones que enriquecían la intervención en el plano ambiental, en los grupos primarios y secundarios, en las redes sociales e institucionales.

Esta especialidad de la psicología tiene origen, por lo tanto, en un contexto de ideas renovadoras que implicaban un enfoque crítico hacia el presente y también un enfoque propositivo hacia el porvenir; ya que planteaba un cúmulo de propuestas y alternativas destinadas a transformar el orden social.

En síntesis, el apelativo de comunitaria pareció desde el comienzo describir una práctica de la psicología y otras disciplinas que constituyeran una respuesta más rica, diversa, compleja y articulada, bajo el supuesto de que esta perspectiva traería consecuencias positivas para el trabajo de las instituciones.

Subsistía no obstante una amenaza y era la siguiente: que tras el apelativo de comunitaria se escondiera

per se una presunción legitimadora, como si el simple recurso de adjetivar una práctica de esta forma bastara para otorgarle mayor integralidad, reforzando la creencia de que así se superaban las restricciones de las prácticas antecedentes.

En otros términos, una clínica expandida encarnada por las distintas disciplinas profesionales y una mayor apertura para el trabajo en escenarios naturales no significaba necesariamente que se adoptara una perspectiva de base comunitaria y que esta permitiera guiar los fines de la intervención.

No se trata de concebir lo comunitario como un agrupamiento serial o una sumatoria de individuos, sino una trama de interacciones sociales que vinculan a personas que suelen habitar un territorio común, y que se distinguen, entre muchos otros factores relacionales, por sus creencias, sus intereses, sus costumbres, sus ideologías, sus aspiraciones, sus culturas y subculturas, sus subjetividades e intersubjetividades.

Por ello es importante recobrar que, desde esta perspectiva, la comunidad es concebida principalmente como protagonista de sus propios procesos de cambio, por lo cual comienza a considerarse en primer término y de forma destacada todo el tejido de redes y relaciones que promueven, dan apoyo y permiten significar los procesos que afectan a cada comunidad.

Se recobra entonces la pujante idea de comunidad como un tejido vivo y conflictivo de relaciones, cuyos miembros comparten, ante todo, un sentido de pertenencia y proyección social.

3. Reforzar la dimensión de lo comunitario basado en procesos que trascienden lo territorial

El uso del término salud en comunidad aludió con frecuencia al fenómeno de una práctica profesional que salía de los consultorios, las fábricas y las escuelas para internalizarse en los barrios o comunidades pobres, tratando de desarrollar una respuesta distinta en el plano profesional.

Se trataba de superar el elitismo que había caracterizado a la práctica profesional para tratar de colocar definitivamente el saber de cada disciplina al servicio de dichas poblaciones. Es el caso de numerosos técnicos y especialistas, quienes trabajaban a menudo de forma no remunerada y descansaban en un compromiso acerca del rol político y social a adoptar.

Se salía o, más crudamente aún, se bajaba a la comunidad, dando a entender esta expresión que la práctica profesional se hallaba encapsulada y situada en un nivel de elitismo que en nada contribuía a promover relaciones de colaboración y/o cooperación con las comunidades que requerían intervenciones de promoción y/o de asistencia.

En esta línea, salud Mental en la comunidad aludió con frecuencia a la expansión de los fines institucionales y, consecuentemente, a profundizar un proceso de democratización del poder y de acceso a los servicios que debían dar respuesta a las necesidades de la mayoría de población.

Si bien rodeada de ambigüedades, el término Psicología Comunitaria procuró delimitar conceptualmente una práctica dirigida al colectivo social, con un emplazamiento territorial delimitado, en relación a sectores u organizaciones con ampliación de sus fines sociales, incrementando su contenido crítico y con aplicación de metodologías y técnicas provenientes de la psicología social, la psicología clínica o del desarrollo.

Señalado esto, cabe decir que uno de los grandes desafíos que se le plantean a la psicología de base comunitaria actualmente es la perspectiva conceptual que debe ser recobrada en el marco de un mundo atravesado por lo digital y cuyo punto de inflexión ha sido la emergencia de la pandemia por la enfermedad de COVID 19.

La pandemia, que impactó en las formas habituales de interacción y que se configuró como un hecho social total, debe concebirse como un fenómeno más amplio que denuncia aquellas condiciones sociales inequitativas -socioeconómicas, laborales, étnicas, de género- las que no sólo potencian el riesgo de enfermar y morir-, sino que afecta en su impacto directo e indirecto a todos los subsistemas sociales.

A esta situación ampliamente descrita y reconocida internacionalmente, en una reciente compilación sobre prácticas comunitarias en situación de pandemia (Araya Abarca; Lapalma, González; Majluf, Cornejo Monteoliva, 2023) se incorporan tres dimensiones que son: la incertidumbre, los cambios tempo-

rales acelerados y la complejidad de situaciones que los humanos deben atravesar cercados por un miedo permanente. Y estos mismos compiladores citan los trabajos de Krause (2001) quien ha hecho aportes sobre las redes y las agrupaciones que no comparten necesariamente una ubicación territorial común pero que deben ser recobrados para comprender desde una perspectiva comunitaria la ‘cotidianidad online’: a) pertenencia subjetiva o sentirse parte; b) la interrelación o interacción con otros—aún de forma virtual— y c) existencia de significados compartidos.

4. Integrar y superar el concepto de salud mental comunitaria como estrategia de rehabilitación clínica e institucional

Concebido como un campo y un saber interdisciplinario que estableció una ruptura con el reduccionismo tradicional, el movimiento de Salud Mental se difundió durante el período de posguerra en todo el mundo, permeando las concepciones científicas y también los procesos de reordenamiento institucional en los establecimientos asistenciales de salud. Al mismo tiempo, instituyó una referencia interdisciplinaria innegable, precisamente para superar la linealidad de las prácticas tradicionales y dar una respuesta integral a la gran complejidad de situaciones existentes.

Si bien ya se hallaba incorporada a la definición oficial de propuesta por la OMS, la cual definió salud como el máximo bienestar físico, mental y social, los aportes específicos del movimiento de Salud Mental se han desplegado en una copiosa producción académica que se ha prolongado durante más de cinco décadas y que han dotado de mayor alcance empírico a dicha conceptualización.

Aun cuando el movimiento de Salud Mental ha gozado de un creciente grado de institucionalización social, no ha gravitado de modo relevante en la agenda sanitaria y han sido escasas las oportunidades de introducir esta perspectiva en las políticas públicas de salud.

Este problema ha tendido a agravarse por la crónica discontinuidad de las políticas públicas, y ha impedido generar proyectos que trasciendan a las intervenciones de turno y permitan un trazado continuo de las iniciativas puestas en marcha, en articulación con otras importantes áreas de gobierno y en cumplimiento de acuerdos o tratados celebrados internacionalmente.

Al fundirse con las corrientes más críticas de pensamiento y conjugarse con el discurso de la protección y defensa de los derechos humanos, la Salud Mental pudo trascender las fronteras de la intervención individual y conectarse con el potencial crítico y transformador que cuestionaba las raíces mismas del sistema de opresión e, incluso, el sesgo clasista que tenía el ejercicio profesional.

Pero en América Latina salud mental comunitaria ha quedado habitualmente restringida en sus alcances a un modelo de atención orientado a rehabilitar a las personas con padecimientos mentales muy severos, y asociada a los procesos de desinstitucionalización, a una clínica expandida pero destinada focalmente a personas con padecimientos muy severos.

Como queda indicada en anteriores trabajos (de Lellis, 2021), las propuestas basadas en el pensamiento y la acción sanitaria se han visto truncadas en el campo de la Salud Mental durante las últimas décadas, tanto si nos referimos al enfoque epidemiológico de base poblacional, a la evaluación de las prácticas institucionales que permiten evaluar la calidad de las intervenciones, o bien a las escasas acciones en promoción y prevención que contribuirían a garantizar una mayor continuidad de cuidados o bien si nos atenemos al enfoque interdisciplinario de los equipos de salud.

En la representación pública dominante -que incluye a líderes de opinión y decisores públicos- y en la asignación de prioridades para la gestión de los recursos, el problema de la Salud Mental suele concentrarse en el tratamiento de los problemas mentales más severos y en el sostenimiento económico e institucional de los Asilos psiquiátricos, que continúan absorbiendo gran parte del presupuesto destinado al sector.

Como consecuencia, la Salud Mental ha terminado orbitando en un circuito paralelo de instituciones y servicios generales de salud que: además de ser un área poco jerarquizada en los gobiernos nacionales y provinciales, sigue ocupando el patio trasero de la gran mayoría de las instituciones y servicios generales de salud.

5. Destacar las ideas fundantes de empoderamiento y redistribución del poder hacia los más desfavorecidos

Las condiciones descritas en el trabajo pueden producir un derrumbe de todo ethos de solidaridad y proyecto colectivo, al subestimar la importancia y/o debilitar el efecto protector que tienen aquellas relaciones comunitarias que median entre los determinantes estructurales más generales y el nivel de expresión atinente a lo singular.

Si bien en situaciones de gran turbulencia se multiplican y complejizan las amenazas a la convivencia social, resulta falso y del todo sesgado suponer que la única alternativa a la lógica de la vida en común sea el totalitarismo de la multitud, o bien la serialización atomizada del sálvese quien pueda, de cada uno y contra todos aquellos que puedan constituirse en amenazas a la identidad, seguridad o estabilidad personal.

Ligado al concepto de ciudadanía, es necesario considerar prioritariamente los procesos de redistribución de oportunidades que permitan aumentar el acceso igualitario a los bienes y servicios socialmente creados, recentrando de este modo, en las sociedades en las que prima la desigualdad, los valores de justicia distributiva (Prilietensky, 2004).

En los estudios realizados sobre colectivos sociales sometidos a históricas condiciones de vulneración es claro observar cómo la psicología comunitaria en tanto especialidad ha señalado los efectos el predominio de la apatía, la resignación y fatalismo ante las condiciones sociales más adversas (Montero, 2004). Confrontado a tales situaciones, el abordaje latinoamericano de la Psicología surge desde su origen atravesado por el mandato de lograr un efecto transformador sobre la sociedad, en el cual tiene gran peso la psicología crítica al introducir constructos como, por ejemplo, la problematización, desnaturalización y la desideologización como caminos hacia una sociedad más comprometida con el bienestar y la justicia social.

Siempre de acuerdo al legado de referentes tales como Paulo Freire, Orlando Fals Borda, Enrique Sforçada, Juan Revellato o Maritza Montero, esta especialidad ha sentado una posición ideológica en la cual se han tratado de promover que aquellos grupos más desfavorecidos aumenten su acceso a oportunidades y logren la consecución de sus aspiraciones, lo cual permite cuestionar y reorganizar críticamente los supuestos sobre los cuales se cimienta la cotidianidad de los agentes sociales.

En esta vasta y rica tradición de pensamiento, no cabe en ningún caso promover o reforzar comportamientos de discriminación y, menos aún, avalar ideologías supremacistas que impongan la desigualdad por criterios de edad, étnicos, económicos y/o territoriales.

COMENTARIO FINAL

Como hemos procurado destacar, la perspectiva de complejidad se constituye en una de las visiones más fecundas y promisorias para inspirar respuestas creativas a los nuevos desafíos que se plantean en torno a las problemáticas sociosanitarias emergentes.

Desde la perspectiva compleja, no existen dimensiones explicativas que puedan arrogarse un mayor peso o jerarquía en la explicación de los procesos, y por eso la integración de perspectivas -biológica, social, política, cultural- que enriquecen y nutren el trabajo interdisciplinario de los equipos es una condición que nos permite evitar el reduccionismo y la simplificación tan frecuentes en el ámbito de la salud.

En síntesis, pensar desde la complejidad implica reconocer la interdependencia de los sistemas que se organizan contextualmente, e identificar redes de interacción que producen efectos sinérgicos e impactos entre el sujeto y su ambiente que hagan posible generar las mejores condiciones para el bienestar y el desarrollo humano.

Ante los discursos de odio y desesperanza colectiva, se trata de estimular una reflexión crítica acerca de las condiciones materiales y culturales que se cristalizan en ideologías que legitiman la explotación y la auto explotación humana, recobrar el principal legado de quienes desarrollaron el pensamiento de comu-

nidad y ligarlo con las condiciones que promueven mayor salud, tanto individual como colectivamente.

Esa es la senda inspiradora para reorientar y dar respuesta a los desafíos de un mundo en el que se ha incrementado la percepción de riesgos y amenazas, pero que se halla también abierto hacia nuevas oportunidades de transformación.

NOTAS

1. Martin De Lellis es Licenciado en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA), Especialista y Magister en Administración y Planificación de Políticas Sociales por la misma universidad. Es Profesor Titular Regular en la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se ha desempeñado como Funcionario del Área de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Ha sido consultor en organismos públicos nacionales e internacionales. Ha sido convocado como Asesor Experto por la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación para participar como redactor en la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental en octubre de 2021. Desde el año 2010 a la actualidad se desempeña como Asesor en la Subsecretaría de Derechos Humanos (del Área de Salud Mental y Adicciones) de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde su trayectoria universitaria ha dirigido programas de investigación y de extensión, ha acompañado a becarios de grado y posgrado, así como ha publicado libros y artículos en temas vinculados con la salud mental, la salud comunitaria, la promoción de la salud y la gestión sanitaria.

2. Delgado (2023) expresa que: “Enfrentamos problemas en la esfera del trabajo, nos envuelve una crisis ambiental, las sociedades se fragmentan en múltiples pedazos por la desigualdad, nos invade el miedo derivado de la inseguridad y, por sobre todas las cosas, nos agobia el miedo al futuro. Ello trae aparejada una gran desilusión frente a las promesas que nos hace la democracia liberal”.

3. En palabras de Tejada de Rivero, sanitarista que representó la posición de muchos delegados mundiales, “el cuidado integral de la salud para todos y por todos, la mejor forma de expresar la genuina ‘atención primaria de salud’ de Alma-Ata es una necesidad no solo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día más injusto” (Tejada de Rivero, 2018, p. 362).

REFERENCIAS

Araya Abarca, J., Lapalma, A., González A. Majluf, P., Cornett, S. y Monteoliva, A. (2023). *Encuentros entre el amor y el espanto Aprendizajes y desafíos de las prácticas de estudiantes de psicología comunitaria en tiempos de confinamiento por COVID-19*. Universidad de Playa Ancha. Puntáguenes.

Chul Han, B. (2014). *En el enjambre*. Herder.

De Lellis, M. y Saforcada, E. (2019). *Psicología, sociedad y políticas públicas*. Nuevos Tiempos.

De Lellis, M. (2021). *Salud pública, salud mental: del paradigma asilar al comunitario*. Nuevos Tiempos.

Delgado, F. (2023). Politeia. Ediciones Universidad Kennedy.

Dubet, F. (2023). *El nuevo régimen de las desigualdades solitarias*. Siglo XXI.

Dubet, F. (2020). *La era de las pasiones tristes*. Siglo XXI.

Dubet, F. (2023). *El nuevo régimen de las desigualdades solitarias*. Siglo XXI.

Krause Jacob, M. (1999). Representaciones Sociales y Psicología Comunitaria. *Psykhé* 8(1). Recuperado a partir de <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/21067>

Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Paidós.

Prilietensky, (2004). Prólogo: Validez psicopolítica: el próximo reto para psicología comunitaria. En Montero, M. *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 5-14). Paidós.

Sadin, E. (2022). *La era del individuo tirano*. Caja Negra.

Tejada de Rivero D. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* (64):361- 366. Disponible en: <http://http://www.scielo.org.pe/scielo>

Saforcada, E. (2022). La delicuescencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX. *Horizonte Sanitario*, 21(1), 7-16,

Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.

Saforcada, E., de Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2022). *Psicología y Salud Pública*. Nuevos Tiempos.

Wittaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capitán Swing Libros.