

Territorios y practicas de cuidado en la construccion de derechos.

Claudia Bang y Maria Marcela Bottinelli.

Cita:

Claudia Bang y Maria Marcela Bottinelli (2021). *Territorios y practicas de cuidado en la construccion de derechos. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/224>

XIV Jornadas de Sociología de la UBA (1-5 de noviembre de 2021)

Mesa 136 "El cuidado de la salud durante la pandemia COVID-19, perspectivas y vivencias de lxs profesionales y lxs pacientes" (Eje 3 "Estructura social, demografía, población")

1.TÍTULO: Territorios en la construcción de derechos: resultados del proyecto: "Covid 19, Salud y protección social, aportes desde las prácticas territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia".

Autoras:

Claudia Bang – Universidad Nacional de Moreno - claudiabang@yahoo.com.ar

María Marcela Bottinelli – Universidad Nacional de Lanús - mmbottinelli@yahoo.com.ar

Luz Mary Castaño - Universidad Nacional de Mar del Plata/Región Sanitaria VIII - luzmarycastano78@gmail.com

Marcela Inés Freytes Frey – Universidad del Chubut - mifreytesfrey@udc.edu.ar

Iris Delia Valles – Universidad Nacional de Rosario - irisvalles@hotmail.com

2. RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo presentar los resultados preliminares del proyecto de Investigación en Red, desarrollado en el marco de la convocatoria PISAC COVID 19, del MinCyT. Específicamente se expone una aproximación al análisis de prácticas y experiencias de cuidado de la salud/salud mental, según distintos espacios territoriales instituidos e instituyentes, referenciadas como promotoras de derechos, que articulan o no con medidas de gobierno adoptadas en las provincias de Chubut, Rio Negro, Santa Fe y Buenos Aires, nodos miembros de la RASIC (Red Argentina de Salud Integral y Cuidados). Se procura identificar las dinámicas de las experiencias de cuidado, sus objetivos, los logros, los aspectos novedosos del cuidado, la ampliación de derechos, las condiciones de implementación de dichas prácticas, y las potencialidades para su continuidad en la postpandemia, entre otras cuestiones, desde una perspectiva teórica que pone en valor el diálogo de saberes, la transdisciplinariedad y que aborda la salud como acto situado e implicado.

3. Contextualización y construcción del proyecto.

La propuesta de investigación que origina este artículo nace de la puesta en diálogo de redes de colaboración a nivel nacional y regional que se enlazaron y potenciaron a partir del trabajo en el contexto de la pandemia originada por la propagación del nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2) causante de la Covid 19. La crisis generada a nivel global, y los escenarios de incertidumbre y excepcionalidad que se produjeron, hicieron necesario potenciar espacios de encuentro para sostenernos, acompañarnos y pensar colectivamente, en un intento de aportar a la construcción de algunas respuestas posibles frente al sufrimiento y el recrudecimiento de las condiciones de desigualdad e inequidad existentes en América Latina. Entendemos que las primeras respuestas frente a la pandemia sobredimensionaron lo biológico frente a otras determinaciones del proceso de salud, enfermedad y cuidado, lo cual dejó invisibilizado el impacto a nivel subjetivo y comunitario, y también tuvo sus efectos en las organizaciones de los sistemas (formales e informales) de atención y de protección social, así como en las políticas públicas surgidas frente a este complejo contexto. Es por eso que desde la Red de Estudios en Salud y Políticas Públicas en Iberoamérica (RESPI) se planteó la necesidad de estudiar la respuesta de los gobiernos latinoamericanos a la pandemia, desde el mapeo y sistematización del tipo de medidas adoptadas. Paralelamente, desde la Red Internacional de Prácticas y Experiencias de Cuidados en Salud Mental (RIPEC-SM)¹, se construyó un espacio de encuentro virtual, para visibilizar las prácticas, experiencias y recursos para el cuidado de la salud/salud mental que se estaban gestando y multiplicando en los diversos territorios, tanto desde los sistemas formales de atención como desde otras organizaciones comunitarias.

En Argentina, quienes formamos parte de ambas redes, estamos asimismo trabajando en sinergia con un espacio denominado RASIC (Red Argentina de Salud Integral y Cuidado), nacido también en tiempos de pandemia. Todas estas redes, que funcionan de manera rizomática, tienen en común un posicionamiento ético y político compartido, que apuesta a sostener y potenciar un trabajo permanente de construcción colectiva, produciendo conocimiento situado desde un diálogo de saberes, enriquecido por la pertenencia a espacios heterogéneos (organizaciones comunitarias, salud, universidad, etc.) y territorios diversos. “La ecología de saberes comienza con la asunción de que todas las prácticas de relaciones entre los seres humanos, así como entre los seres humanos y la naturaleza, implican más de una forma de conocimiento y, por ello, de ignorancia”. (De Sousa Santos, 2011, pág. 36)

¹ <https://practicasyexperienciasdecuidadosm.udc.edu.ar/>

En este entramado, dinámico y contenedor, se gestó el proyecto de investigación, que puso en diálogo y resignificó lo realizado, a partir de problematizar cómo las medidas de gobierno que se adoptaron a nivel nacional, provincial y municipal, gravitaron y gravitan en la salud/salud mental y el bienestar psicosocial de toda la comunidad. A partir de este recorrido, entendemos que los procesos de implementación adquirieron características particulares en cada territorio, dando lugar al surgimiento de prácticas y experiencias que conformaron propuestas creativas que era necesario analizar y comparar, desde un enfoque comunitario y de derechos.

En el marco de la convocatoria PISAC², consideramos que proponer un proceso de conocimiento y sistematización de las experiencias, prácticas, dinámicas micropolíticas vinculares y subjetivas, puestas en juego en el cuidado de la salud/salud mental junto a la sistematización de las medidas de gobierno implementadas a diferentes niveles y su articulación con las experiencias y prácticas de los actores territoriales, es un aporte relevante para la ampliación y efectivización de derechos y la generación de políticas públicas en la postpandemia. A partir de este recorrido, el objetivo planteado en el proyecto de investigación es el de: describir las prácticas y experiencias de cuidado de la salud/salud mental de actores territoriales referenciadas como promotoras de derechos analizando su articulación con las medidas de gobierno a nivel nacional, provincial y local implementadas en el marco de la pandemia causada por la COVID-19 a nivel nacional y focalizando en distintos grupos poblacionales en Chubut, Río Negro, Santa Fe y Buenos Aires durante el año 2020³.

4. Nuestra trama epistemológica y conceptual

Posicionado desde un enfoque de salud integral, fundamentado en la salud colectiva y epidemiología crítica, el proyecto parte de una noción de salud como integralidad y como proceso determinado socialmente, y se entiende al actor estatal como garante de derechos (pudiendo o no cumplir en las prácticas dicha función). La Salud Colectiva Latinoamericana otorga un marco en el que la Determinación Social de la Salud (DSS) como categoría de la epidemiología crítica, descubre la profundidad de los análisis epidemiológicos y las condiciones que subyacen en los procesos de salud-enfermedad-

² El proyecto "Covid 19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia" cuenta con financiamiento otorgado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (Agencia I+D+i) en el marco del Programa de Innovación Tecnológica, Contrato de Préstamo BID, a través de la Convocatoria "PISAC COVID-19: La sociedad argentina en la Postpandemia".

³ Este escrito es fruto del trabajo colectivo de todo el equipo que integran los nueve nodos del proyecto.

atención/cuidados SEAC (Breilh, 2003). Esto permite articular lógicamente con la impronta de las comunidades y los territorios en la construcción factual y conceptual de dichos procesos.

Desde esta perspectiva, reconocemos como necesaria la incorporación de una mirada integral hacia la salud, que incluya a la salud mental comunitaria, entendida como “el nivel alcanzado de bienestar psicosocial de una población, su capacidad de organización y participación en la vida social-comunitaria, enmarcados en un contexto de democracia, solidaridad y convivencia armónica, que permita un desarrollo autónomo, potenciador de las capacidades individuales y colectivas, preparado para sostener y aceptar las diferencias individuales y colectivas, realizando actividades que garanticen el bien común para las actuales y las futuras generaciones” (Lodieu et al, 2012, p16).

Nos planteamos entonces, un análisis desde las dimensiones que propone la Determinación Social de la Salud (Breilh, 1996, 2003, 2013, 2020), el feminismo decolonial (Espinosa, 2019), con la interseccionalidad y salud mental comunitaria (Lodieu et al, 2012). Categorías que vinculamos de forma dialéctica, como ejercicio de superación a la segmentación en los análisis hegemónicos, buscando visibilizar las intersecciones entre lo macro y lo micro en las prácticas de cuidado en salud. Estas dimensiones dialogan entre sí en un ida y vuelta de concatenaciones que tienen su mayor expresión en la singular forma de enfermar y morir de las personas, dependiendo del lugar (tanto espacial como simbólico) que ocupan en la sociedad, los mecanismos de poder que subyacen en ellas y las posibles herramientas de afrontamiento ante las realidades dadas.

En el marco de la Dimensión **General**, se encuentra la vida en sociedad y la política como instrumento de transformación. El carácter político de las políticas públicas/medidas de gobierno se visualiza en la disposición y configuración del interés que las personas que representan poderes políticos posean para atender los problemas públicos de una forma determinada y el enfoque que consideren relevante al momento de analizar prioridades, lo cual puede mitigar o profundizar desigualdades e inequidades estructurales o generar nuevas; A la vez, exige la inclusión de lecturas históricas sobre esos problemas y las decisiones tomadas en consecuencia junto a las perspectivas que las sustentan. Las políticas públicas requieren de un análisis de los posicionamientos de los actores sociales implicados y las tensiones internas respecto de los límites asociados a los recursos y capacidad técnica con la que se cuente (Cuervo, 2014). Las posiciones se explicitan en los tiempos, tipos y áreas sobre las que los gobiernos tomaron las medidas de afrontamiento a la pandemia del Covid-19.

Una dimensión **particular** se expresa en las redes de contención social e institucional frente a la pandemia y sus posibilidades de continuidad en la postpandemia. Los desafíos a los que se enfrentan tanto las personas trabajadoras de la salud como las comunidades frente al escenario complejo que nos atraviesa, necesitan la comprensión territorial que permita atravesar los intersticios de la micropolítica donde se gesta lo colectivo. Entendiendo los territorios no sólo como espacios geográficos, sino también como territorios subjetivos, emocionales, sociales, deseantes, morales. La comunidad revaloriza el concepto de territorio, visibilizando sus múltiples racionalidades y posibilidades de resistencia y resiliencia ante las ausencias institucionales; el territorio en salud es más que prácticas protocolizadas y población enferma, y supone diversas materialidades simbólicas explícitas e implícitas (Carballeda, 2015). Subyacen en él la cooperación, el conflicto y la interculturalidad, y son esas concatenaciones el fundamento del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado SEAC y lo que configura el bienestar y el malestar de las comunidades.

En el plano de la dimensión **singular/individual**, se evidencia el impacto de la salud en las personas. Es en esa dimensión donde la interseccionalidad propuesta en el feminismo decolonial (Lugones 2008) esboza sus principales consecuencias, enfermar y morir depende y hace parte del lugar que se ocupa en la sociedad en términos de poder, clase y etnia, y no solamente en la condición de género. Las inequidades en salud en el país se han profundizado con la aparición de la pandemia y la condición de mujer *“pobre”, “enraizada”, “migrante”, “indígena”* unida a categorías de espacio, territorio y trabajo determinan las necesidades individuales en salud y la respuesta del Estado a las mismas.

El enfoque teórico metodológico, de similar raíz filosófica, nos permite interrogar y develar las dinámicas y complejas interacciones en los planos generales de la vida en sociedad y su estructural reproducción social, con las particularidades en las opresiones de “clase social dominante” y el impacto individual de las inequidades en salud (Breilh, 2012). Consideramos entonces, que un análisis crítico deberá superar endogamias sectoriales y disciplinares, y elaborar conocimiento conjunto que redunde en propuestas de intervención y políticas públicas orientadas a necesidades reales.

La relevancia de la investigación para las políticas supone el modelo ingenieril o de convergencia, de cooperación dialéctico-reflexiva, y descansa sobre la premisa implícita de que el conocimiento puede ser aplicado directamente a la solución de problemas mediante un efectivo diseño y orientación de su producción (Brunner, 2000). Superando así las dicotomías históricas entre “lo cuali y lo cuanti” en los diseños de Investigación

en el amplio y complejo campo de la Salud, tal como lo han expresado Almeida Filho (2007) y Breilh (2013). Se trata entonces de hacer de la investigación académica una herramienta crítica de cambio social, no funcionalista a estrategias individuales, y con perspectiva de un diálogo transdisciplinar que permita ser permeable a la realidad de los diferentes contextos para el conocimiento concreto de los mismos, de las personas que los habitan y de las inequidades que los subyacen.

Para la descripción y análisis de las prácticas objeto de nuestro estudio, tomamos como un concepto central la categoría de cuidados en salud/salud mental. Desde una perspectiva de cuidados en salud (Merhy, 2002; De la Aldea, 2019) reconocemos la importancia del vínculo afectivo en las prácticas de salud, ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones del modo de producción en salud (Franco y Merhy, 2011). Desde esta perspectiva, encontramos como significativas a las prácticas en salud basadas en lo relacional, donde el acto de cuidar es medio y fin en sí mismo (Ayres, 2007). Los diferentes actos en salud y su dimensión cuidadora constituyen “un espacio relacional donde pueden generarse procesos de acogida, vínculo y responsabilización” (Merhy, 2002). En esa relación dialéctica, se distribuirán las responsabilidades en los actos de salud. Así, siguiendo a Emerson Merhy (2002) “la salud en acto”, el “mundo del trabajo en salud”, la “formación en salud”, “hacer política de salud”, implican indefectiblemente transversalidad y se erigen como arena pasible de micropolítica.

Para describir y analizar la dimensión de cuidado, nos remitimos a la concepción de salud como un proceso, en el que la enfermedad, la atención y el cuidado son dimensiones que lo conforman. Asimismo, planteamos al cuidado como un aspecto necesario en los procesos gestores de salud, en donde se da una relación de reconocimiento mutuo y reciprocidad (De la Aldea, 2019). De esa forma, la construcción del cuidado es un intercambio, que sucede en acto, tratándose de un proceso que se desarrolla entre sujetos y que tiene como idea fuerza la creación, la invención y la libertad de quienes lo realizan (Franco y Merhy, 2013).

En este sentido cobran fundamental importancia en el trabajo en salud las tecnologías "blandas" (tecnologías relacionales para escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, dar voz), que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías "duras" (equipamientos, medicamentos, etc.) y "blanda-duras" (conocimientos estructurados como la clínica y la epidemiología) como una referencia. Es en ese espacio del trabajo vivo en el cual las personas trabajadoras de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud; en que ocurre la relación intersubjetiva

entre trabajadores/as y usuario/as, que se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido para las dos partes. En el cotidiano confluyen así las normas/roles institucionales y las prácticas privadas de cada trabajador/a y equipo en el modo de la organización del trabajo. Entonces, la verdadera organización es definida por el conjunto de acciones gubernamentales que todos/as realizan en el cotidiano. (Merhy, 2002).

Por otro lado, nos es significativo afirmar que los actos de cuidado suelen estar invisibilizados en las prácticas de atención, por ello es que destacamos la posibilidad de vislumbrar algunas acciones que consideramos dentro de su esfera, como gestos espontáneos del cuidar (De la Aldea, 2019). Por otro lado, la idea de cuidado como un acontecimiento prioriza la singularidad de quien lo necesita, pudiendo superar la normativización que algunas instituciones le imprimen (Franco y Merhy, 2013).

Desde la noción de salud como integralidad y como proceso determinado socialmente, vislumbramos el actuar estatal como garante de derechos (o no), a la vez que reconocemos las experiencias y prácticas de los actores territoriales que recuperan tradiciones participativas, empoderantes, horizontales, decoloniales, diversas, con pluralidad de voces historizadas que propician líneas de fuga de las prácticas hegemónicas y alienantes generando las condiciones para análisis interseccionales.

Proponemos entonces un análisis transversal que incluya y articule las voces desde los territorios comunitarios con las tensiones propias que emergen de la subjetividad de los diferentes actores que confluyen en el mismo. Entendemos fundamental la articulación con actores externos a los ámbitos académicos para la generación de conocimiento situado, realizando inclusión de otras narrativas, datos e información clave de actores invisibilizados, como por ejemplo los movimientos de mujeres, feminismo decolonial y organizaciones de derechos humanos.

La coyuntura actual ha visibilizado la necesidad de generar conocimiento que discuta y problematice la relación ciencia-sociedad y la centralidad de la comunidad científica (Emiliozzi, 2011). Se hace imperante y éticamente correcta la conjunción de una praxis investigativa en el interior de los escenarios propios de la sociedad, donde no es posible desligar la historia ni las luchas en intereses sociales opuestos, como por ejemplo en campos como la salud/salud mental, las economías informales, el desarrollo social, el feminismo decolonial y todas aquellas áreas que se encuentran cerca de la necesidad humana.

5. Conceptualización metodológica y matriz de prácticas

En este apartado, nos proponemos compartir algunos aspectos de la propuesta metodológica desde una doble dimensión, por un lado, la planteada en el proyecto como base para el proceso de construcción de conocimiento que se está desarrollando. Pero también consideramos necesario explicitar que la propia dinámica de trabajo de los equipos (nodos) que integran el proyecto de investigación, constituye una metodología de trabajo innovadora y potente, que es pertinente comentar.

El proyecto es llevado adelante por 9 nodos de investigación con sedes en Universidades en distintas regiones del país (Universidad Nacional de Lanús, Universidad Nacional de Moreno, Universidad Nacional de San Martín, Universidad Nacional de Río Negro, Universidad del Chubut, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional de Rosario y Universidad Nacional del Litoral). Cada uno cuenta con un Investigador Responsable, equipos de hasta 20 colaboradores por cada nodo y referentes para las áreas de Experiencias, Políticas y Comunicación. A su vez están integrados no solo por académicos investigadores sino además por actores estatales, territoriales y de la sociedad civil, (ADESAM, APDH, etc.), centros y espacios de salud (miembros del PREA, Región Sanitaria, etc.). Así, en el proyecto participan expertos en el tema, investigadores categorizados, profesionales de diferentes disciplinas y áreas (psicólogos, terapeutas ocupacionales, politólogos, enfermeros, sociólogos, antropólogos, Lic. en Comunicación, etc.), docentes, estudiantes, tesistas, referentes territoriales, asociaciones y comunidad, llegando a un total de más de 160 participantes.

La organización incluye un entramado de reuniones y participaciones en diversos espacios, que promueve la articulación interdisciplinar, intersectorial, internodos, que traccione aprendizajes para todxs, potenciando la pluralidad de voces y trayectorias de cada unx de lxs integrantes del proyecto. Operativamente trabajamos en reuniones virtuales quincenales de coordinadores, en las cuales se trabaja en los avances y se van tomando las decisiones respecto de cada punto del proyecto. Por otra parte, se realizan también reuniones por tema (con los referentes de cada nodo del área de Experiencias, Políticas y Comunicación), en las cuales se va trabajando en la construcción colaborativa de las herramientas de trabajo, y reuniones al interior de cada nodo, en las cuales se trabaja en forma conjunta sobre cada una de las propuestas. Ocasionalmente también se generan grupos de trabajo para alguna temática o tarea específica acotada (por ejemplo, la planificación de un espacio de formación o capacitación del equipo, la presentación del proyecto o sus avances en algún evento o publicación, etc.). Un grupo interno trabajó además en los consentimientos informados

necesarios para cada instancia y momento de trabajo, dado que la propuesta es que las bases de datos, construidas en el marco del proyecto, queden abiertas a la consulta y uso como modalidad de acceso libre, referenciando el origen y trabajo de construcción.

Se llevaron adelante hasta el momento dos espacios de formación/capacitación interna en modalidad taller con la participación de todos los integrantes del proyecto, uno respecto de Prácticas y Experiencias de Cuidado, cuya articulación conceptual estuvo coordinada por Elena De La Aldea, y otro respecto de Evaluación de Políticas Públicas, coordinado por Hugo Mercer y Juan Herrmann. En el espacio de Prácticas y Experiencias de Cuidado se trabajó no sólo sobre la profundización conceptual y metodológica de pensar el cuidado y sus dimensiones sino también sobre la propia implicación y la construcción conjunta de la definición de “Prácticas y Experiencias de Cuidado” sobre la cual estamos trabajando en una producción y sistematización escrita.

En el proyecto se encuentran diferenciados dos momentos de trabajo respecto de los objetivos referidos a la dimensión de las prácticas y experiencias de cuidados: Un primer momento de mapeo, con el objetivo de conformar una base de datos amplia sobre prácticas y experiencias de cuidado territoriales, y un segundo momento de sistematización, en el cual se profundizará el conocimiento de algunas de esas prácticas y experiencias a través de entrevistas en profundidad y grupos focales con la modalidad de trabajo de la sistematización de experiencias.

Para la realización del mapeo se trabajó, con la dinámica de reuniones antes expuesta, en la construcción colaborativa de una base de datos y un manual de carga que permita a las personas de los distintos nodos en las distintas regiones del país registrar aquellas dimensiones que se definieron como especialmente significativas para esta instancia del trabajo, a partir de las preguntas, objetivos, ejes de análisis y categorías teóricas propuestas desde la investigación. De esta forma se consensuó entre todos los nodos un formulario de Google que da como resultado un Excel para el relevamiento de las prácticas y experiencias con contactos directos, relevamientos y vinculaciones previas que traía cada nodo, incluyendo las fuentes de información formales e informales desde las que se obtienen esos datos.

Para completar la base se articulará asimismo con otras bases existentes, tales como la de la Red Internacional de [Prácticas y Experiencias Comunitarias en Salud Mental \(RIPEC-SM\)](#), la generada a través del [mapeo de ADESAM](#), o las que ya tienen identificadas en los diferentes nodos con diferentes formas de sistematización de esos datos. También nos conectamos con el equipo del [Encuentro Plurinacional de Prácticas](#)

[Comunitarias en Salud \(EPPCS\)](#), que está llevando adelante una iniciativa de sistematización de los datos generados a través de los 10 años de Encuentros de Prácticas.

Por último, utilizamos también el método de bola de nieve para preguntar por otras prácticas y experiencias similares o conocidas, o con las que entran las prácticas y experiencias con las que trabajamos / relevamos.

Algunas de las categorías elegidas para relevar en esa base de datos son: nombre, ubicación, fuente de la información sobre la experiencia, disponibilidad de redes de acceso público sobre la experiencia, temática/y/o problemática/s que aborda, sector/es en el/los que se enmarca la problemática; marco institucional, fuentes de financiamiento, participación en redes de trabajo, actividades y tareas que desarrolla, días y horarios de trabajo, conformación del equipo de trabajo / grupo operativo; población con la que trabaja; existencia de registros de información y transferencia de la experiencia; momento de surgimiento de la experiencia; y reconfiguración de las prácticas a partir de la pandemia.

Si bien el trabajo está en proceso, en esta presentación queremos compartir algunos avances en la delimitación de criterios, y tensiones en la definición del campo que creemos colaboran en la conceptualización, visibilización de la complejidad y riqueza que fuimos identificando, con las diversidades y polifonías territoriales de los diferentes nodos, a través del trabajo con el mapeo, y la necesidad de profundizar y delimitar los criterios para definir las prácticas que proponemos sistematizar.

6. Reflexiones, emergentes y proyecciones de esta etapa

Algunos de los recorridos territoriales llevan las marcas de los desarrollos de la clínica de la numerosidad social de Ulloa (1995), clínica referida a las singularidades en colectivos sociales, de una lógica colectiva que atraviesa la singularidad y los procesos sociales o acontecimientos en ese campo y dan fundamentos para prácticas y experiencias de cuidados, cuidados centrados en el intento de promover y producir accesos a derechos o condiciones subjetivas sostenidos en micro y macropolíticas que le otorguen posibilidad.

Prácticas, experiencias y políticas, se consolidan en cuidados cuando se entran desde una ética que procura reconocer al semejante por más extranjero que parezca, y se asumen las responsabilidades e inter responsabilidades de las múltiples dimensiones necesarias para que los cuidados se efectivicen. Se entran así desde políticas que

proponen y gestionan las condiciones de posibilidad de acceso y ejercicio de derechos para todxs las diversidades y heterogeneidad presentes de las poblaciones, especialmente en las condiciones de desigualdad presentes pero también históricas. Durante la pandemia se hizo visible que las posiciones de los diferentes gobiernos del mundo respecto de la salud, y de su responsabilidad en resguardarla, están tensionadas conceptual, operativa, epistémica y ontológicamente hacia el interior de sus modelos y principios de funcionamiento e interpelan las lógicas capitalistas y neoliberales en cada uno de los aspectos de las decisiones tomadas, y, por ende, de su función de garantes y cuidado de sus pueblos. La política como instrumento idóneo para la disputa de sentidos y posibilidad de interpelar a las subalternizaciones principalmente de saberes, nos lleva a considerar el valor de las experiencias comunitarias, especialmente de los movimientos y conceptualizaciones que abrevan en la tradición de la Salud Mental Comunitaria y su potencia para promover procesos de emancipación, sobre todo en su relación con organizaciones de la sociedad civil como los movimientos sociales. Murillo (2020) plantea la necesidad de considerar la potencia de la vida frente al neoliberalismo actual como productor de muerte. En un intento de trascender los límites del sanitarismo como propuesta sectorial, hoy más que nunca aparece en pandemia la jerarquía de lo cultural, en tanto la posibilidad de cuidado está en relación con la vida misma como valor.

Siguiendo a Ulloa (1995) necesitamos promover espacios de discusión, de interpelación, de análisis de las propias prácticas, para poder acercarnos a los procederes críticos que nos propone, por ejemplo en la dinámica de construcción de este equipo de investigación PISAC. Esta tarea no será sin apelar a las marcas de nuestra historia en Salud y Salud mental. Muchas de ellas ayudan a pensar que una catástrofe social, aún una de estas dimensiones, no necesariamente se constituye en retroceso a pesar de grandes pérdidas de vidas, si al mismo tiempo que inscribimos experiencias y transitamos nuestros duelos vamos construyendo desde las voces de los diferentes actores colectivos opciones de respuestas y trayectorias posibles. Entendiendo que aún en la urgencia, se hace necesario sostener los principios y fundamentos de las posiciones ético relacionales para pensar desde los micro hasta los macro actos de salud como actos profundamente políticos que marcan posiciones reproductoras de opresión o promotoras de derechos.

Para el campo de la salud mental, esta categoría de cuidados, si bien se afianza en el campo de prácticas clínico sanitarias, de instituciones y prácticas de salud -tal como los desarrollos de Merhy (2013) o Souza Campos (2001),- implican a las comunidades y

subjetividades, resaltan la necesidad de su radicalidad cuando en lo comunitario se amplía y profundiza la necesidad de reconocimiento de diferentes actores de la sociedad civil, renunciando a políticas de adaptabilidad o funcionalismos que no jaquean a la subalternidad. Por otro lado, retomar sus dimensiones es un aporte importante en el reconocimiento de las transformaciones históricas que se inscriben en el campo, mostrando la posibilidad y potencialidad de los llamados sistemas de apoyo que la Ley de Salud Mental y el Programa Nacional de Salud Mental proponen, así como otros avances normativos ligados a la promoción de derechos en sectores donde sus derechos han sido vulnerados. En ese borde vimos durante la pandemia cómo desde algunos sectores se agazapa el retorno del tutelaje, que puede surgir incluso de las mejores intenciones cuando se procura el bien del otro, del semejante, de poblaciones, de instituciones a salvar, pero conocemos los arrasamientos que producen fundamentalmente el desconocimiento del otro como alteridad, borrando subjetividades, sin que se promuevan procesos participativos de escucha y toma de decisiones.

Esta tensión entre el cuidar y el tutelaje como modo de aplastamiento de la subjetividad -aún desde posiciones progresistas- se puede rastrear en los procesos de las respuestas y estrategias que se fueron construyendo ante la pandemia. La hegemonía biomédica, inevitable en un primer momento, considerando la situación fragmentaria del sistema y el empuje al negacionismo que se sube a la operatoria de promover la muerte del neoliberalismo actual, o de “que se mueran los que tengan que morir” interpeló fuertemente y puso en evidencia algunas de las conceptualizaciones de la Biopolítica, en tanto interpelaba quiénes decidían las acciones, qué acciones decidían, a quienes consideraban, la posibilidad de decidir qué vida tiene valor y cuáles no.

Esto mismo puede problematizarse en las experiencias comunitarias, por ejemplo, las discusiones sobre las coberturas, los efectos de tercerización o lógicas privadas en general, sostenidas al interior de políticas estatales que se nombran como públicas y requieren de procesos de deconstrucción necesaria para la presente investigación.

Otro aspecto que también se plasma de las experiencias territoriales previas de algunos nodos que nos hacen reflexionar son los procesos de Atención Primaria de la Salud que hoy recuperan su potencia de la mano de lo colectivo-comunitario-movimientos sociales, pues la pandemia agravó cierto retroceso a formas tecnoburocráticas de relación con la población.

Otro aspecto que se evidencia en nuestras reflexiones es la relación del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado con la consideración del análisis de lo que subyace

como proceso de trabajo. Consideraciones como la necesaria implicación subjetiva y colectiva de lxs trabajadorxs, la visualización del sufrimiento en el trabajo, la necesidad de cooperación como lo más distintivo de la calidad en el trabajo, del reconocimiento profesional, de las condiciones laborales, de la potencia y la necesidad imperiosa de los equipos, del trabajo vivo, como producción de salud (aún en la incertidumbre) e incluyendo el acompañamiento del buen morir, con los recursos que se tengan, en las condiciones que se puedan, en las que emergen potencialidades creativas de ese trabajo como forma superadora del horror, como obra que puede incluirse bajo el nombre de cuidados.

7. Para seguir profundizando

Para finalizar este escrito, compartimos algunas tensiones que consideramos necesarias profundizar:

- La colonización del pensamiento al punto que considera la certeza de que se puede avanzar por coherencia científica, técnica o normativa y menospreciando la experiencia cotidiana.
- Las miradas centradas en cualquier disciplina escindidas de la posibilidad y el intento de abordar la complejidad y el reconocimiento como acontecimiento situado, parecen desencadenar procesos de disciplinamiento, fragmentación, tecnificación, y desubjetivación que producen malestar, escinden de sentidos y producen diversos modos de sufrimiento en todxs lxs actores implicados en dichos actos de salud o cuidados.
- La posibilidad y necesidad de andamiar los espacios para procesos reflexivos, de conceptualización, reconceptualización y co construcción de lxs y las trabajadorxs, no solo desde su saber disciplinar profesional sino desde sus dudas, aunando sus experiencias, sus escuchas de los padecimientos, sus hipótesis y sus “creaciones particulares de formas de cuidados subjetivantes”. Reconocerlo como acto creativo y de co-creación permite una mirada que recupera lo sensible y subjetivo, lo no visible y particularizado de cada práctica de cuidado y su sentido y significado para el/la cuidador y la/ el cuidado.
- La dimensión eminentemente social de los cuidados y su capacidad de inclusión de las diversidades planteadas más arriba parecen ser un campo fructífero para pensar la salud de manera integral que incluya los saberes y prácticas invisibilizados habitualmente y la posibilidad de pensar la horizontalidad de los mismos a la hora de plasmar los procesos de s-e-a-c y efectivizar los derechos de todxs por una vida digna

- La necesaria producción de conocimiento situado, que transite espacios diferentes a los académicos e institucionales.

8. Bibliografía

- Alfaro, J. et all (en prensa) Compartiendo y entramando prácticas de cuidado en salud mental: una experiencia en red. *Libro del 10º Encuentro Plurinacional de Prácticas Comunitarias En Salud*. 16 al 23 de noviembre de 2020, modalidad Virtual.
- Almeida Filho, N. (2003). Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, <https://static.scielo.org/scielobooks/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510.pdf#page=143>
- Almeida Filho M. (2007) Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo cualitativo. [Editorial]. *Salud Colectiva*. 2007; 3(3):229-233.
- Ayres, JRCM. (2007) Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Rev. Saúde Coletiva*, 17(1): 43-62.
- Bottinelli, MM, et al. (2020). Covid 19, *Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia*. Proyecto presentado para la convocatoria PISAC-COVID-19: La sociedad argentina en la Postpandemia. Aprobado por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación.
- Breilh, J. (1996). *El Género Entre Fuegos: Inequidad y Esperanza*. Quito: Ed. CEAS.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires, Lugar Editorial
- Breilh, J. (2003). Investigación cualitativa: ¿nuevo fetichismo o endurecimiento de la ciencia? (Otra ciencia es posible). Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3381/1/Breilh%2C%20J-CON-082-Investigacion%20cualitativa.pdf>
- Breilh, J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1). Ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia.

- Brunner, J. (2000) ¿Contribuye la investigación social a la toma de decisiones? Revista Colombiana de Educación. Disponible en: https://www.researchgate.net/journal/0120-3916_Revista_Colombiana_de_Educacion
- Carballada, A. (2015) Territorio como relato. Una aproximación conceptual. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, Margen No 76, marzo 2015 (8 páginas)
- Campos, S.G. (2001) Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires. Lugar.
- Cuervo, Jorge. (2014) Ensayos sobre las Políticas Públicas II. Universidad Externado de Colombia.
- De La Aldea E. (2019) Los cuidados en tiempo de descuido. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- De Sousa Santos, B. (2011). Epistemologías del Sur. Utopía y Praxis Latinoamericana, 16(54),17-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27920007003>
- Emiliozzi, S. (2011) Políticas en Ciencia y Tecnología, definición de áreas prioritarias y universidad en Argentina. Buenos Aires: Revista Sociedad, N° 29-30
- Espinosa-Miñoso, Yuderlys (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. El Cotidiano, (184),7-12. .ISSN:0186-1840.Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325/32530724004>
- Franco T, Merhy E. (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva, 7 (1): 9-20.
- Franco B, Merhy E. (2013) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Pablo: Hucitec.
- Lodieu, M.T., Longo, R., Nabergoi, M. y Sopransi, M.B. (2012). Conceptualización de la Salud Mental y la Salud Mental Comunitaria. En: Fundamentos de la Salud Mental y Estrategias Comunitarias. Curso Salud Mental Comunitaria. UNLa-Chubut. UNLa. Buenos Aires.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. Tabula Rasa, (9),73-101.[fecha de Consulta 29 de Septiembre de 2020]. ISSN: 1794-2489. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=396/39600906>
- Merhy E. (2002) Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Pablo: Hucitec.
- Murillo, S. (2020) La potencia de la vida a frente a la producción de muerte. En: Murillo, S., Seoane, J., Coord. La potencia de la vida frente a la producción de

muerte. El proyecto neoliberal y las resistencias. Buenos Aires. Batalla de Ideas, IGG, IEAL, pps. 14-47.

- Ulloa, F. (1995) Fernando. Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica. Paidós, Buenos Aires.