

Los emergentes de la pandemia de COVID-19 en la Red de Salud Mental de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

The effects of the COVID-19 pandemic on the Mental Health Network in the Southern Area of Buenos Aires City

Ana Alli¹, Mauro L. Iuvaro², Malena Kiss Rouan³

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i173.1064>

Resumen

Introducción: en el presente estudio nos proponemos caracterizar las actividades comunitarias y asistenciales en la Red de Salud Mental de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el período 2020-2022. **Metodología:** diseño de tipo descriptivo, cualitativo y transversal. Se utilizó el concepto “nodo”, como un servicio de salud o unidad de funcionamiento constituido por elementos individuales que pueden representar dispositivos y/o instituciones y que, colectivamente, según sus relaciones, constituyen una red. Para recabar la información entrevistamos a referentes de nodos de 3 hospitales neuropsiquiátricos, 2 hospitales generales y sus áreas programáticas, y programas centralizados de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. **Resultados:** se observaron multiplicidad de modificaciones en lo que concierne a los procesos de trabajo desplegados, en la modalidad y los tipos de abordaje en salud mental. Por un lado, se relevaron: cese de actividades, cambios de roles, reasignación de funciones, cierre de programas y la creación de nuevas salas de internación, que devinieron en ambientes con un mayor grado de institucionalización. Por otro lado, relevamos la modalidad de la red a partir del tipo de vínculo y niveles de articulación de los nodos bajo estudio a partir de la teoría de Mario Rovere. **Conclusiones:** la pandemia ha generado un fenómeno generalizado de retorno hacia prácticas sustentadas por el modelo hospitalocentrista, y resaltamos cómo las prácticas comunitarias fueron un carril que pudo vehicular la emergencia sanitaria en forma más satisfactoria.

Palabras clave: personal de salud, salud pública, salud mental, redes comunitarias de salud, COVID-19

Abstract

Introduction: In this study we aim to characterize community and care activities in the mental health network in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) in the period 2020-2022. **Methodology:** This research employs a descriptive, qualitative, and cross-sectional design. The concept of ‘node’ was used, as a health service or unit of operation made up of individual elements that may represent devices and/or institutions and that, collectively, according to their relationships, constitute a network. To collect the information, we interviewed representatives of nodes from 3 neuropsychiatric hospitals, 2 general hospitals and their programmatic areas, and centralized mental health programs in the CABA. **Results:** A multiplicity of modifications were observed with regard to the policies and

RECIBIDO 14/6/2025 - ACEPTADO 23/09/2025

¹Diplomada en Políticas, Planificación, Gestión y Administración de Instituciones y Servicios de Salud Mental; Lic. en Psicología; Coordinadora del Área de Investigación del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-7832-1694>

²Lic. en Sociología; Profesional Adjunto en el Área de Investigación del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte. <https://orcid.org/0009-0004-9641-1871>

³Mg. en Estudios de Género; Diplomada en Políticas, Planificación, Gestión y Administración de Instituciones y Servicios de Salud Mental; Lic. en Psicología; Profesional Adjunto en el Área de Investigación del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte. <https://orcid.org/0000-0001-6045-4520>

Autora correspondiente:

Ana Alli

licanaalli@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, especializado en salud mental y consumos problemáticos.



work processes deployed in the modality and types of mental health approach. The following were noted: cessation of activities, changes in roles, reassignment of functions, closure of programs and the creation of new inpatient wards, which resulted in environments with a higher degree of institutionalisation. On the other hand, we surveyed the modality of the network based on the type of link and levels of articulation of the nodes under study based on Mario Rovere's theory. Conclusions: The pandemic has generated a widespread phenomenon of returning to practices supported by the hospital-centric model, and we highlight how community practices were a channel that could channel the health emergency in a more satisfactory way.

Keywords: health staff, public health, mental health, community health networks, COVID-19

Introducción

En la República Argentina, previo a la pandemia de COVID-19 los servicios de salud mental atravesaban un proceso de transformación en base a la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) sancionada en el año 2010. En acuerdo con los tratados internacionales a los que nuestro país adhiere, para el año 2020 se esperaba cumplir con la meta de sustitución definitiva de hospitales neuropsiquiátricos por una red de servicios comunitarios.

Sin embargo, para cuando llegó la pandemia de COVID-19, no se había logrado dicha transformación de manera sólida. Para introducirnos brevemente en esta doble problemática, consideramos necesario realizar un breve resumen tanto de los servicios de salud mental como de las medidas sanitarias tomadas a raíz de la pandemia; para luego cerrar con algunos conceptos claves utilizados en esta investigación.

A nivel internacional, el informe sobre salud mental de la OMS del año 2022 señala que los sistemas de salud presentan importantes deficiencias y desequilibrios en los servicios de salud mental, esto se explicaría en la prioridad asignada a otras problemáticas en salud y la insuficiencia sistemática de fondos para la atención de salud mental en la comunidad: *“En promedio, los países dedican menos del 2 % de sus presupuestos de atención de salud a la salud mental. En los países de ingresos medianos, más del 70 % del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos”* (OMS, 2022).

A nivel local, en 2020 se realizó una encuesta cuyos resultados advierten que todos los servicios de salud mental han sido afectados, aunque no de la misma manera si consideramos las instituciones públicas y privadas. El 90 % de profesionales que trabajaban en servicio ambulatorio intensivo creían que las necesidades de atención habían aumentado. Un porcentaje similar de personas señalaron que *“las altas y los ingresos en las internaciones habían sufrido cambios asocia-*

dos a la limitación de alternativas para la atención en la comunidad (por ejemplo, la posibilidad del trabajo en grupos se había visto fuertemente afectada)”. También se observaron cambios en las formas de internación, entrevistas más breves, menos personal para atender y suspensión de abordajes grupales, visitas y salidas, por su parte, los dispositivos territoriales y comunitarios tuvieron cambios referidos a la forma de atención (Proyecto SUMA, 2020).

En otro trabajo, realizado por Faraone e Iriart (2020), se evidencian los cambios ocurridos en los distintos dispositivos de atención según el contexto pandémico, y se focalizó en la gestión que el Gobierno de CABA tuvo sobre los Servicios de Salud Mental. En ese trabajo se destacó que, en los hospitales neuropsiquiátricos especializados, se verificó un recrudescimiento de la concepción biomédica y tutelar, un aumento de control sobre las personas usuarias de salud mental, el incremento del aislamiento a partir de la eliminación de la circulación intra y extra hospitalaria, dificultades en los procesos de externación, así como también diversos impedimentos en lo que concierne al acceso al cobro de pensiones. En los hospitales generales, la pandemia provocó una profunda transformación en los procesos de trabajo en las áreas vinculadas a la salud mental, se señala: la falta de circulación, la dificultad en las altas hospitalarias por falta de dispositivos intermedios, la interrupción en los tratamientos, a la vez que una modificación en los lugares utilizados para la atención de personas con sufrimiento psíquico tras haber sido reasignados para aumentar las salas destinadas a las personas con COVID-19.

Por último, en lo que respecta al primer nivel de atención, muchos de estos dispositivos fueron reconfigurados por las autoridades sanitarias para la detección y seguimiento de casos sospechosos de COVID-19, hecho que impactó no sólo en los procesos extramuros que se venían desarrollando sino también en la continuidad de los tratamientos. Faraone e Iriart (2020), también señalan que los centros de salud y sus

trabajadores, quedaron como el único lazo presencial de las instituciones estatales en el territorio y las organizaciones barriales se consolidaron como actores centrales en ese ámbito.

Es importante mencionar los diferentes momentos de la emergencia sanitaria en la Ciudad de Buenos Aires. La primera medida tomada fue el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) vigente desde el 20 de marzo del 2020 hasta el 31 de enero de 2021, en todo el territorio nacional (aunque hubo momentos de flexibilización de la disposición debido a la baja cantidad de casos). Luego del comienzo del proceso de vacunación, en diciembre del 2020, se decretó el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) en los aglomerados urbanos y en los partidos y departamentos de las provincias argentinas.

En cuanto al entramado teórico utilizado, trabajamos desde las ideas del sanitarista Mario Rovere (1999), quien realizó una sistematización del concepto de Redes en Salud, recuperando la potencia de esta lógica, posibilitando mayor fortaleza a la hora de resolver conflictos de la población. El autor determina *niveles de articulación* entre nodos de la red: en el primer nivel aparece el *reconocer* al otro en su existencia; en el segundo nivel aparece el *conocer* lo que el otro es o hace; en el tercer nivel menciona el *colaborar*, que tiene como acciones el prestar ayuda esporádica; en el cuarto nivel menciona el *cooperar*, que conlleva compartir actividades y/o recursos teniendo a la solidaridad como un valor y en el quinto nivel encontramos el *asociarse*, que instala el compartir objetivos y proyectos teniendo como valor la confianza.

En cuanto a la *tipología de los vínculos de las redes*, nombra tres posibles: intrainstitucionales, interinstitucionales e intersectoriales. Las redes *intrainstitucionales* son vínculos que se desarrollan en el nodo de forma intrínseca, es decir, no en el afuera de la institución. Las redes *interinstitucionales* conectan nodos por fuera de la institución que los aloja, pudiéndose generar un vínculo entre servicios de diferentes efectores de salud. Las redes *intersectoriales* conectan nodos del Sistema de Salud con otros de diferentes ámbitos: puede ser del sistema jurídico, la comunidad, educativos, etc.

En el presente estudio nos proponemos caracterizar las actividades comunitarias y asistenciales en la Red de Salud Mental (RSM) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el período 2020-2022. Motivó esta investigación el pertenecer al Hospital Laura Bonaparte (HLB), emplazado en el sur de la CABA, quien mantiene vínculos con las instituciones del área y una vocación de trabajo en red.

Metodología

En la investigación partimos desde un diseño descriptivo, de tipo cualitativo y de corte transversal. Se utilizó el concepto “nodo” como un servicio de salud o unidad de funcionamiento constituido por elementos individuales que pueden representar dispositivos y/o instituciones que forman una red con distintos niveles de articulación y tipos de vínculos. Se tomaron en cuenta para el análisis tres tipos de nodos: aquellos pertenecientes al sistema de salud, los dispositivos intermedios, constituidos con el objetivo de reemplazar la atención hospitalaria por otra de base comunitaria y las organizaciones propias de la comunidad.

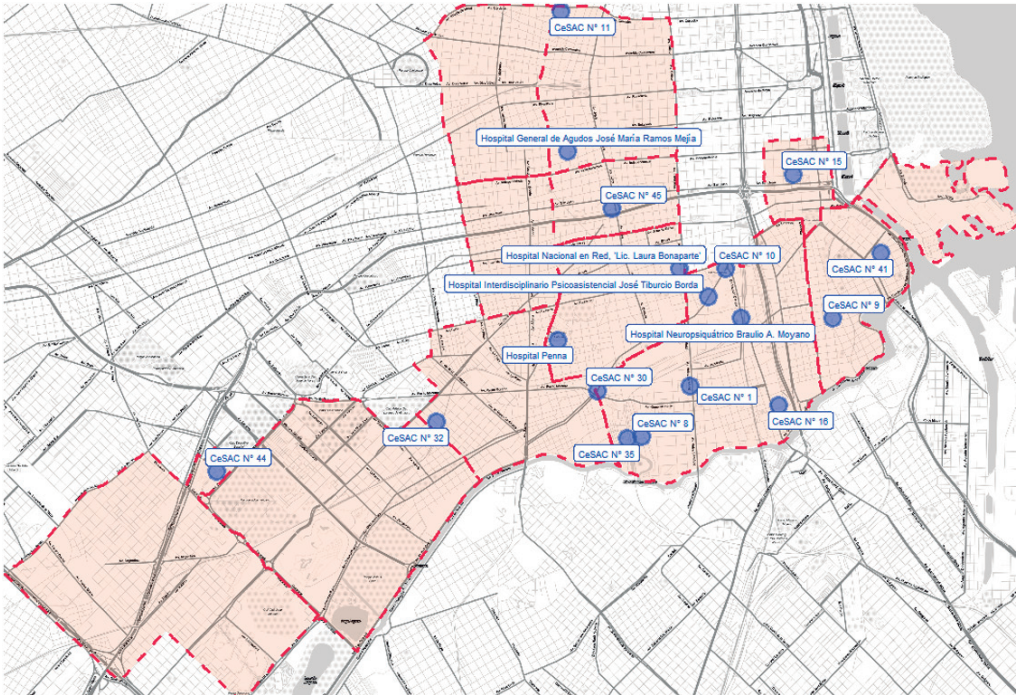
En este escrito nos centraremos en los emergentes que se detectaron en relación a los cambios introducidos por la pandemia en los diferentes nodos estudiados, detectando las recurrencias que estos comparten. Se realiza una breve descripción de los nodos para introducir al lector en la temática y por último se utilizan las variables niveles de articulación y tipología de los vínculos para complementar el análisis de la Red de Salud Mental (RSM).

La población bajo estudio, la componen aquellos nodos que forman parte de la RSM de la zona sur de CABA. La construcción de la red y de la zona bajo análisis fue delimitada de acuerdo a los nodos elegidos para estudiar, localizados en los barrios de la Comuna 4 y aquellos al sur de la Comuna 1, 3, 5 y 8 en la CABA (ver Figura 1).

La muestra de tipo no probabilística está compuesta por 20 nodos (Tabla 1), se realizaron 23 entrevistas a profesionales de diferentes nodos, todos pertenecientes al sistema de salud durante el año 2022. El criterio de inclusión de los nodos, fue que cuenten con actividades y/o proyectos por fuera de los muros del predio hospitalario o efector sanitario, para asegurarnos una heterogeneidad en la tipología de sus articulaciones. Los profesionales fueron elegidos por ser tomadores de decisiones dentro de sus espacios de trabajo. La entrevista realizada fue semi-estructurada, contó con tres grandes bloques de preguntas: el primero en relación a la trayectoria profesional, el segundo vinculado al funcionamiento del nodo y el tercero ligado a los cambios introducidos por la pandemia.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de nuestra institución en el año 2021. No existen compromisos por parte de alguna de las personas involucradas en la investigación con las fuentes de financiamiento o cualquier tipo de vínculo o rivalidad que pueda ser entendido como un conflicto de intereses. Este trabajo es parte de un proyecto más amplio a partir de una Beca Salud Investiga.

Figura 1. Zona bajo análisis con los nodos geolocalizados



Fuente de datos: elaboración propia.

Tabla 1. Nodos analizados de la Red de Salud Mental de la zona sur de CABA

1 Hospital Moyano	Radio Desate	
	Taller de arte Viva Estampa	
	Hospital de día	
2 Hospital Borda	Servicios sociales	
	Programa Pre-alta	
	Programa Residencial	
3 Hospital Bonaparte	Abordaje territorial	Centro de Red Salud Comunitario Zavaleta
4 Dirección General de Salud Mental (CABA)	Talleres de Rehabilitación en Salud Mental	
	Programa Salud Mental Responde	
	ASIC (Programa de Abordaje a Personas con Trastorno Mental Severo en Situación de Calle)	
5 Hospital Penna	Servicio social	
	Área programática	Cesac 10
		Cesac 16
		Cesac 30
		Cesac 32
		Cesac 35
6 Hospital Ramos Mejía	Servicio de Salud Mental	
	Área programática	

Fuente de datos: elaboración propia.

Resultados

Descripción de la población investigada

El primer grupo de nodos lo constituyen aquellos pertenecientes a un hospital neuropsiquiátrico de asistencia a mujeres con padecimiento mental que se encuentra emplazado en el barrio de Barracas. Los nodos donde trabajan los profesionales entrevistados son: una radio, un taller de arte y un hospital de día. La Radio y el Taller de arte forman parte del área programática del hospital y del Servicio de Rehabilitación, teniendo una doble pertenencia institucional que facilita su trabajo en la comunidad. Las personas que armaron ambos dispositivos son profesionales de la salud, pertenecientes a la institución desde hace más de 10 años, y podríamos denominarlos dispositivos intermedios por encontrarse en el intersticio entre un efector de salud y la comunidad. La Radio surge en el 2008, fue creada gracias a un convenio entre el Instituto Superior de Enseñanza Radiofónica (ISER) y el Hospital, siendo este lazo constitutivo del nodo y promovido por el equipo que lo lleva adelante desde su fundación. El nodo Taller de arte surge como programa cultural de inclusión comunitaria y se establece a través de un convenio con el Museo de Artes Plásticas en el año 2007. Está conformado por mujeres, sean o no usuarias del sistema de salud mental. El Hospital de Día (HdD) realiza actividades principalmente con mujeres, aunque en el último tiempo han incorporado varones y disidencias sexuales.

El segundo grupo de nodos se vincula con un hospital neuropsiquiátrico ubicado también en el barrio de Barracas para varones con padecimiento mental. Allí se sitúan tres nodos: un servicio social, un programa de externación asistida y un programa residencial. El nodo del servicio social nuclea a catorce trabajadoras sociales que, en simultáneo, se encuentran integradas a equipos interdisciplinarios en los diferentes servicios del hospital. Una de ellas es parte del equipo de Admisión, conformado por distintas profesiones del ámbito de la salud, como medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social, quienes reciben a las personas usuarias que necesitan ser internadas; otra pertenece al equipo de psicólogas y trabajadoras sociales que lleva adelante el programa residencial, constituido por un hospital de noche y una casa de medio camino que se proponen funcionar como dispositivos intermedios. El programa de externación asistida se propone como objetivo el acompañamiento de los proyectos de vida y el fortalecimiento de los soportes para la externación, desde los apoyos que requieran en la vida

cotidiana, conforma un taller de producción y comercialización de bolsas de polietileno, una biblioteca y un comedor terapéutico.

El tercer grupo de nodos lo constituye el HLB. Es una institución nacional que se encuentra desde el 2013 en proceso de reforma para su adecuación a la ley nacional de salud mental, anteriormente era el CENARESO, Centro Nacional de Reeducción Social. Brinda tratamiento tanto ambulatorio como internación; y si bien atiende todo tipo de padecimientos de salud mental, se encuentra fuertemente identificado por su abordaje a los consumos problemáticos. Trabajamos con el dispositivo de Abordaje Territorial, puntualmente el equipo del barrio de Zavaleta, orientado hacia el primer nivel de atención. Sus tareas están enfocadas en realizar recorridas en las “ranchadas” cercanas (grupo de personas reunidas en situación de calle), realizando actividades de reducción de riesgo y daños con las personas usuarias de pasta base de cocaína, como actividad principal.

El cuarto grupo de nodos lo nuclea un hospital general emplazado en el barrio de Parque Patricios, entrevistamos al servicio social, y a seis nodos que forman parte del Área Programática; cinco CeSAC (Centros de Salud y Acción Comunitaria) y un Centro de Adicciones. La realidad de los centros de salud es diversa según su locación; algunos tienen un fuerte arraigo territorial en cuanto a lugar de referencia por la comunidad, emplazados en lugares nodales del barrio, y reciben una alta demanda de la población, tanto adulta como infanto-juvenil; existen múltiples equipos de trabajo que se abocan a problemáticas de salud integral.

El quinto grupo de nodos se nuclea en un hospital general emplazado en el barrio de Balvanera con un área programática que abarca una zona céntrica de la Ciudad de Buenos Aires y, en tanto tal, densamente poblada. De esta área programática dependen dos CeSAC que incluyen entre sus ofertas asistenciales un Centro Adicciones. Asimismo, el hospital dispone del Centro de Salud Central, autodenominado como “área programática” y ubicado al interior del edificio hospitalario. El hospital cuenta con un servicio de salud mental, que ofrece atención ambulatoria, interconsulta e internación.

El último grupo de nodos lo constituyen los servicios centralizados de salud mental de CABA. Se trabajaron con los nodos: talleres de rehabilitación; un 0800 de salud mental y un programa de Abordaje a Personas en situación de calle. El nodo talleres de rehabilitación cuenta con varias sedes en la CABA, asiste po-

blación con padecimiento mental crónico, algunas de estas personas residen en casas asistidas. Las personas entrevistadas desarrollan sus actividades en la sede que se encuentra cercana a los hospitales neuropsiquiátricos de Barracas, señalan que es un “dispositivo particular”, porque depende de dos ministerios: Salud y Hacienda y Finanzas. El nodo 0800 es un dispositivo de atención telefónica gratuita que brinda orientación, información y acompañamiento en salud mental a quienes así lo soliciten durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Su objetivo es realizar un *triage* para poder hacer un primer contacto con las personas usuarias. Esta es una instancia de contención, según el nivel de complejidad de la situación, junta a la orientación de la persona a una guardia de salud mental, a un efector del primer nivel o a un servicio de salud mental de un hospital general. El programa de Abordaje a Personas en situación de calle surge en 2018, a partir del trabajo de un equipo del Programa Buenos Aires Presente (BAP) en el abordaje de las problemáticas de salud mental y adicciones en personas en situación de calle. La actividad principal es acercar a las personas a un efector público de salud.

Emergentes del COVID-19 en las estrategias de atención

Nos proponemos realizar un análisis de los principales emergentes de la RSM de la zona sur de CABA durante la pandemia COVID-19, en relación a las siguientes variables: cambios en la modalidad de trabajo, cierre y apertura de dispositivos, modificación en los equipos de salud, resignificación de los objetivos de trabajo y efectos subjetivos en las personas usuarias y profesionales de la salud.

Cambios en la modalidad de trabajo

En casi la totalidad de los nodos se destacan fuertes modificaciones en lo que concierne a la modalidad y los procesos de trabajo durante la pandemia. Se registran dos grandes transformaciones: un pasaje de lo *grupal a lo individual*, y de la *atención presencial a la remota*, mediada por la virtualidad. Estas modificaciones tuvieron un fuerte impacto en la conformación de los equipos: frente a la imposibilidad de reunirse presencialmente, en la mayoría de los nodos emergió una nueva forma de vinculación entre el equipo y las personas usuarias a través de los dispositivos electrónicos y la apertura de nuevos canales y nuevas herramientas de comunicación. Apareció la atención telefónica a quienes ya sostenían un tratamiento y a quienes requirieron un acompañamiento por el sufrimiento

psíquico que trajo aparejado la pandemia.

Uno de los impactos más relevantes que destacan las personas entrevistadas es que los tratamientos tendieron a individualizarse mucho más, sin embargo, se destaca como una herramienta eficaz para realizar reuniones multifamiliares a través de videollamadas, acciones que beneficiaron el funcionamiento de los diversos dispositivos y mejoraron el vínculo entre familiares, referentes y personas usuarias.

Cierres y aperturas de dispositivos

Muchos de los nodos debieron suspender su funcionamiento como es el caso del taller de arte, ya que sus profesionales fueron reubicados en otros servicios. Una de las profesionales explica: “*El programa se cerró de golpe de pandemia. Yo volví al M. y mis compañeras fueron a las guardias de hoteles*” (Registro de entrevista, 2022). Estas profesionales, en sus nuevos puestos, crearon un programa de inclusión sociocultural para las personas usuarias de dispositivos asistenciales de CABA que funcionó durante la pandemia.

En relación a las transformaciones de las internaciones el contexto de la pandemia en el nodo del hospital general del barrio de Balvanera, las personas entrevistadas relatan que, durante dicho período, se produjo una situación extraordinaria en la medida en que se creó una sala con seis camas para personas usuarias de salud mental, empero una vez finalizada la fase más aguda de la pandemia, la sala terminó por desarmarse.

En el hospital neuropsiquiátrico de varones se dio la creación de un servicio con personas usuarias “derivadas” de hospitales generales (a fin de “liberar” camas en los mismos) por sus características de padecimiento mental, vulnerabilidad social y complejidades clínicas; este fenómeno es, tal vez, la situación más paradigmática de lo que describimos. Así lo relata una de las entrevistadas:

“Pandemia mediante también hay un servicio de crónicos: son como todas las personas que estaban internadas en hospitales generales que estaban por cuestionamientos sociales, que no debería haber. Cuando se necesitaron esas camas por el tema de la pandemia a todos los mandaron al B. [hospital neuropsiquiátrico], pero como no son pacientes originalmente del B. no figuran en ningún lado. Igual funciona bien, ahí hay clínicos. [...] ...son pacientes sociales con padecimiento mental, por ahí se convirtió en un problema social para el hospital general y aprovecharon la situación y los mandaron allí, digamos que desalojaron servicios de internación que había ahí para ubicar a estos pacientes, me ha pasado con pacientes de servicios más tradicionales del B.

que para que pudieran estar mejor atendidos se le dio el alta de los servicios de crónicos.” (Registro de entrevista, 2022).

El programa residencial anuló todas las actividades quedando el nodo casi sin personas usuarias, y se decidió que los dos usuarios que quedaron allí fueran “movilizados” al hospital nuevamente.

Modificación en los equipos de salud: renuncia y reubicación de profesionales, creación de nuevas tareas y nuevas contrataciones

Hubo ocasiones en las que la renuncia de profesionales durante la pandemia significó una sobrecarga de actividades para los equipos de trabajo, como en el caso del taller de arte. Otro grupo de nodos donde hubo renuncias fue en uno de los hospitales generales y en varios CeSAC, algunos con una larga trayectoria.

En paralelo a la baja de personal se produjo una reubicación de profesionales en otros dispositivos para evitar situaciones de contagio. Una de las particularidades del área programática de unos de los hospitales generales es que antes de la pandemia, casi todos los profesionales tenían divididas sus horas entre dos centros de salud. Esta situación fue revertida como forma de disminuir la expansión del contagio del virus concentrándose todas las horas en un sólo centro de salud, situación que continuó una vez terminado el aislamiento.

En el nodo del programa de abordaje a personas en situación de calle refieren que la pandemia produjo una re funcionalización de las tareas. Esta situación no se revirtió con el fin de la emergencia sanitaria, lo que ocasionó un debilitamiento del nodo, sumado al desmembramiento de su personal: *“Nos mandaron a todos los profesionales del equipo a los hoteles y paradores, y a los operadores los redistribuyeron en distintas tareas abocadas a la asistencia. Muchos operadores fueron enviados a hogares y a casas de medio camino. Varios de ellos tenían enfermedades como asma y demás, entonces, como eran de riesgo, se quedaron en sus casa. Como se quedaban sin operadores para asistir a la gente que estaba allí los sacaron del programa y nunca más volvieron.”* (Registro de entrevista, 2022).

En el caso de los grupos de nodos de uno de los hospitales generales apareció también un trabajo asistencial de comunicación de resultados de test COVID-19 y de evolución de personas usuarias internadas, que pivotó entre un espacio propio de salud mental y una tarea más administrativa de informe de diagnósticos y acompañamiento.

En el Servicio de Salud Mental de otro hospital general los profesionales de la salud refieren un cambio

abrupto respecto a su manera de organizarse para dar respuesta a la demanda interna, vinculada al dispositivo de interconsulta. Antes, el equipo sólo aceptaba demandas de otros servicios, con el advenimiento de la pandemia realizó un cambio actitudinal respecto de las demandas: *“... la pandemia hizo que con Clínica Médica y con Terapia Intensiva tomáramos una actitud más activa y fuésemos nosotros a los pases de turnos de Clínica Médica y a los pases de Terapia; entonces ahí se invirtió la lógica de trabajo”* (Registro de entrevista, 2022).

En el nodo del área programática de este hospital general un entrevistado señala que la distancia impuesta con fines preventivos terminó por corroer los lazos en el equipo de salud mental: *“Para el equipo de psicología del área programática central que venía muy endeble, lo terminó de destruir [...] ya teníamos problemas para trabajar internamente y la pandemia terminó por desarticularnos”* (Registro de entrevista, 2022).

En el nodo de 0800 de salud mental se designó un nuevo equipo coordinador de profesionales jóvenes con varias sedes de trabajo. La mayoría de quienes integraron el equipo profesional fueron psicólogas, si bien integran también el nodo algunos psiquiatras y una trabajadora social y también participaron residentes y concurrentes de salud mental. Progresivamente, el nodo fue ampliando su campo de acción para abocarse a la contención de personas usuarias con padecimientos fruto de la pandemia y las medidas de distanciamiento social.

Replanteo de los objetivos de trabajo

Se observó una polarización en la orientación del trabajo, con dificultad para establecer vínculo entre ambas modalidades de intervención, con algunos equipos volcándose hacia el trabajo comunitario y otros únicamente hacia la asistencia individual y a distancia. Esta división generó distintos enfoques y estrategias dentro de los servicios de salud mental, con repercusiones en la manera en que se llevaba a cabo la atención y el apoyo a los pacientes.

En algunos nodos se registró una ampliación en el empleo de prácticas comunitarias en diversos dispositivos. Estas prácticas fueron fundamentales para mantener y fortalecer los lazos sociales, así como para brindar apoyo y atención a la población en momentos de crisis. Se implementaron acciones comunitarias orientadas a la prevención y protección contra el COVID-19, transformando espacios de trabajo en centros de detección y aumentando la presencia del equipo de

salud en el territorio. Esta respuesta implicó un acercamiento más directo a la comunidad y una mayor participación en la contención de la crisis sanitaria.

Otro aspecto valioso fue la colaboración entre efectores de salud y nodos comunitarios para desarrollar estrategias de afrontamiento en conjunto. Esta cooperación permitió ampliar el alcance de la atención y brindar apoyo a aquellos que enfrentaban dificultades para acceder a servicios de salud. Una de las entrevistadas lo relata del siguiente modo: “... *con salud comunitaria se amplió mucho más este trabajo de articulación con las organizaciones sociales, y nos armamos como equipo ampliado. También fue una estrategia para que el resto de la gente [del efector de salud] identificará a los promotores sociales como trabajadores.*” (Registro de entrevista, 2022).

Los nodos que adoptaron ese enfoque demostraron la importancia de una mirada integral y centrada en la comunidad para hacer frente a la pandemia y su impacto en la subjetividad de profesionales y usuarios.

En el otro polo, de asistencia individual y a distancia, se observó una expansión gradual de las funciones de los profesionales para incluir la atención de personas usuarias afectadas directa o indirectamente por la pandemia y las medidas de distanciamiento social: “*A nosotros nos hicieron trabajar en los seguimientos de los enfermos, teníamos que empezar a llamar para dar el diagnóstico, el resultado y para asesoramiento y acompañamiento, y era tremendo*” (Registro de entrevista, 2022).

Una de las estrategias más frecuentes ha sido la utilización de dispositivos electrónicos, como teléfonos móviles y redes sociales, para mantener el contacto y la comunicación entre profesionales de la salud y personas usuarias. Esta adaptación tecnológica ha permitido mantener la continuidad de la atención y promover el apoyo mutuo, incluso en situaciones de distanciamiento físico. En varios contextos, la cancelación de actividades presenciales llevó a la adopción de enfoques virtuales en la atención, con consultas y terapias realizadas exclusivamente a través de plataformas en línea. Esta transición, aunque necesaria para mantener la continuidad del tratamiento, agudizó la individualización de la atención y la pérdida de contacto humano directo.

Además, se observó una restricción de la autonomía de las personas usuarias, especialmente aquellas internadas en hospitales neuropsiquiátricos, debido a medidas de aislamiento y restricciones de movimiento. El mencionado hospitalo-centrismo se ha visto exacer-

bado por la creación de servicios específicos para personas derivadas de hospitales generales, lo que contribuyó aún más a la institucionalización de la atención.

Aquellos dispositivos que se caracterizaban por su flexibilidad en el encuadre terapéutico con el fin de facilitar la accesibilidad y permanencia en algunos servicios, fueron remplazados por políticas más rígidas y restrictivas, lo que complicó la experiencia de las personas usuarias y contribuyó a un ambiente más institucionalizado. Además, se observó una tendencia a ponderar la intervención médica en la toma de decisiones, en detrimento de enfoques más colaborativos e interdisciplinarios.

Efectos subjetivos de la pandemia en personas usuarias y profesionales

El impacto significativo de la pandemia en la salud mental tanto de las personas usuarias como de los profesionales de los servicios de salud abarcó una amplia gama de experiencias, reflejando desafíos en términos de autonomía, calidad de vida y bienestar emocional.

En muchos casos, entre las personas usuarias, la implementación de medidas de aislamiento social y restricciones de circulación, tuvo como correlato una pérdida de lugares de autonomía generando sentimientos de encierro y falta de libertad. Las limitaciones en las salidas y actividades recreativas exacerbaban el aislamiento social y afectaron negativamente la calidad de vida.

La reorganización mencionada de los servicios de salud mental durante la pandemia planteó un desafío en lo que relativo a la atención de personas derivadas de otros efectores. Como ejemplo paradigmático, la creación ad hoc de un nuevo servicio de internación -antes mencionado- para personas usuarias con padecimientos mentales y orgánicos, una de las personas entrevistadas señala lo que sigue: “[El nuevo servicio] *tiene recursos, porque justo se armó como un equipo piola y humano y que labura un montón, pero no sé si la unidad de letrados va a verlos, ¿me explico? quedaron por fuera de la ley*” (Registro de entrevista, 2022).

En una línea semejante, otra persona reflexionó en torno a las complejas condiciones para la externación de personas usuarias en contexto de pandemia: “... *no están los soportes y las condiciones para sostenerse, pero también la calidad de vida y cómo la pasa esa persona una vez que está externada si no tiene una referencia. Ni hablar de la pandemia, no hace falta ahondar en detalles, pero bueno, muchas personas están encerradas y tal vez salen una vez por mes a control de medicación o al tratamiento, los que tienen psicólogo*” (Registro de entrevista, 2022).

Por otro lado, los profesionales de la salud mental también han experimentado efectos subjetivos negativos en el ejercicio mismo de su labor. La sobrecarga de trabajo, la adaptación a nuevas formas de atención y la falta de contacto físico con personas usuarias y compañeros de trabajo han generado estrés, ansiedad y agotamiento emocional entre los profesionales que perdieron redes de apoyo y contención.

Modalidad de la Red de Salud Mental

Para describir la red bajo análisis estudiamos la forma de articulación entre los nodos. Para ello analizamos los tipos de vínculos, el nivel de articulación, las actividades que les competen y la heterogeneidad del entramado, recortando la muestra sobre aquellos nodos que cuentan con actividades y/o recordando que fueron elegidos nodos que ya tenían actividades y/o proyectos por fuera de los muros del predio hospitalario o efector sanitario.

De los nodos relevados (Figura 2) observamos que la mayoría de los vínculos fueron de tipo intersectoriales con organizaciones de base comunitaria, culturales, políticas, religiosas y otras. Ello sugiere que se asumió una tipología más bien *intersectorial* que *interinstitucional*. Aquellos vínculos que se destacaron por ser interinstitucionales se dieron entre dispositivos intermedios, efectores y servicios de salud. Y, en menor medida, los *intrainstitucionales*, fueron vínculos entre servicios de salud.

Al indagar sobre los tipos de vínculos intersectoriales discernimos que casi la mitad alcanzaron *niveles asociativos y cooperativos* entre los nodos, logrando una red consolidada. Las actividades que caracterizaron los niveles de asociación y cooperación fueron planificadas y sostenidas en el tiempo; por ejemplo:

promoción de la salud, participación en mesas barriales, actividades de prevención inespecífica, entre otras. En esta línea trabajaron los equipos territoriales de los CeSACs, el Servicio de Abordaje Territorial, el Taller de Arte y el Hospital de Día de los hospitales neuropsiquiátricos.

Cuando se alcanzaron niveles colaborativos las actividades fueron más circunstanciales, donde se involucró a “cualquier organización que se acercara a golpear la puerta” de un efector de salud. Una de los entrevistadas comentó que si no existía una “estructura que alojara al vínculo, éste terminaba muriendo”. Se mencionó como obstáculo el horario de los CeSAC, ya que la población se encuentra con mayor presencia en el barrio por la tarde-noche.

Al observar los tipos de vínculo interinstitucionales, comprobamos que alcanzaron, exclusivamente, *niveles colaborativos*, con primacía de actividades de referencia y contrarreferencia no institucionalizadas. Del área programática de uno de los hospitales generales relataron que este formato de articulación no estaba en el marco de ningún convenio, dependiendo exclusivamente de la persona que hubiera construido ese vínculo. En otro nodo relataron que “si pasa algo con algún usuario todo depende del contacto personal.” (Registro de entrevista, 2022).

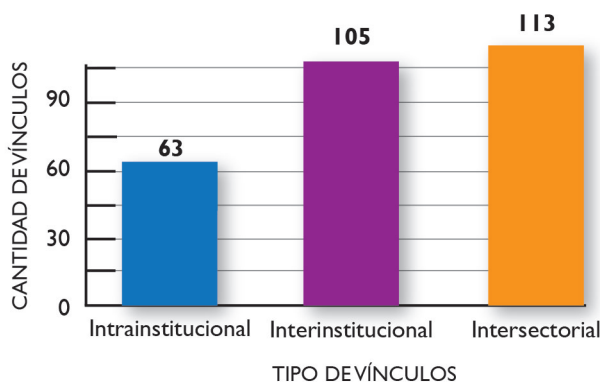
En cuanto a los *vínculos intrainstitucionales* también fueron mayormente colaborativos con actividades de referencia y contrarreferencia. De uno de los servicios de los hospitales monovalentes dijeron que “van a buscar pacientes, tejiendo redes de forma interpersonal, porque no hay derivación oficial entre servicios”. En el Servicio de Salud Mental de un hospital general, relataron que las actividades colaborativas también implicaron la gestión conjunta de los tratamientos con otros servicios de medicina general.

Durante la pandemia las actividades de la red se vieron tensionadas entre la paralización y la dinamización en los diferentes tipos de vínculos.

En el caso de los vínculos intersectoriales, algunos se interrumpieron, como el taller de arte, que funcionaba en un museo y otros se vieron dinamizados, principalmente los equipos del primer nivel de atención que tenían trabajo preexistente junto a comedores y organizaciones comunitarias.

En el caso de los vínculos intrainstitucionales, en algunos se restringieron las actividades y en otro se generaron nuevas. En los hospitales neuropsiquiátricos se restringieron actividades de movilidad entre profesionales y personas usuarias. En contrapartida, en el servicio de salud mental de un hospital general

Figura 2. Tipo y cantidad de articulaciones según los nodos estudiados



Fuente de datos: elaboración propia.

relataron que pasaron a formar parte de dinámicas de trabajo junto a áreas del hospital, adoptando una actitud más activa.

Un aspecto hallado fue la *forma de la red*. Con esto nos referimos a que el tipo de vínculo entre nodos creó dos entramados de redes con características similares, pero con algunas diferencias; si bien un entramado conectaba exclusivamente nodos del sector salud, el otro conectaba nodos de salud con organizaciones de base comunitaria. Esta red, con dos entramados, estuvo alojada territorialmente en el barrio de Barracas.

Un entramado, de tipo interinstitucional, se desarrolló desde el centro hasta el norte del barrio, con los Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, los hospitales neuropsiquiátricos, el Centro de adicciones, el HLB, el CeSAC 10 y otros. El otro entramado, de tipo intersectorial, estuvo delimitado en el barrio 21-24 y Zavaleta; compuesto mayormente por vínculos de nodos de salud con organizaciones barriales, comedores, hogares y paradores.

En relación a esto y lo descrito arriba, aquellos vínculos entre nodos del sistema de salud fueron mayormente de tipo colaborativo, a diferencia de aquellos intersectoriales que tenían un nivel más asociativo y cooperativo. Estos dos entramados dieron cuenta de una red con vínculos cercanos espacialmente, es decir,

en el mismo barrio. Sin embargo, al comparar el primer mapa con el segundo (Figura 3), resaltamos cómo se amplió espacialmente la RSM a partir de las articulaciones generadas entre los nodos entrevistados, es decir, que su capacidad de trabajo sobrepasa a la cercanía espacial barrial, llegando hacia barrios más alejados.

Conclusiones

En la presente investigación nos propusimos caracterizar las actividades comunitarias y asistenciales en la RSM de la zona sur de la CABA en el período 2020-2022. Observamos que cada uno de los nodos entrevistados, constituyentes de la red bajo análisis, se vio obligado a modificar su forma de trabajo ya sea con nuevos objetivos, cambios en los equipos, dinámicas de trabajo y apertura o clausura de dispositivos.

Durante la pandemia de COVID-19, el mayor uso de dispositivos electrónicos facilitó el encuentro, el sostén de los tratamientos y logró amortiguar la suspensión presencial. Entre las causas que llevó a la suspensión de las actividades encontramos la reubicación de profesionales en otros servicios de salud mayormente no comunitarios y el cese de actividades en programas residenciales. Esto llevó a que la asistencia de salud se concentrara espacialmente en efectores y/o centros de salud, situación que continuó una vez terminado el aislamiento. Durante la investigación vimos que, como parte de esto, se crearon salas de internación por motivos de salud mental en un hospital general, mientras que en un neuropsiquiátrico se creó una sala para personas usuarias derivadas de hospitales generales. A estos últimos hospitales se sumó una restricción de la autonomía de las personas usuarias, especialmente aquellas debido a medidas de aislamiento y restricciones de movimiento.

Hubo ocasiones en que la renuncia de profesionales durante la pandemia significó una sobrecarga de actividades para los profesionales de la salud. También la pandemia produjo una refuncionalización de las tareas, sea en el trabajo asistencial de comunicación de resultados de test COVID-19 o evolución de personas usuarias internadas que pivotaba entre un espacio propio de salud mental y otro de tipo administrativo sobre informes de diagnóstico y acompañamiento.

También observamos que hubo una polarización en la orientación del trabajo, con algunos equipos volcándose hacia el trabajo comunitario y otros únicamente hacia la asistencia individual y a distancia. En el primer caso se transformaron espacios de trabajo en centros de detección y aumento de la presencia del equipo de salud en el territorio. En el otro polo se observó una expansión gradual de las funciones de los

Figura 3. Zona bajo análisis con articulaciones generadas de los nodos entrevistados



Fuente de datos: elaboración propia.

profesionales de la salud para incluir la atención de personas usuarias afectadas directa o indirectamente por la pandemia y las medidas de distanciamiento social.

Una parte de los hallazgos de este trabajo dialoga con las reflexiones de Faraone e Iriart (2020) en cuanto a la modificación de las formas de trabajo tanto en hospitales generales como neuropsiquiátricos exacerbando el hospitalocentrismo, institucionalizando más la atención, y recrudesciendo la concepción biomédica y tutelar.

La refuncionalización, reubicación de profesionales o la polarización en la orientación del trabajo, tuvo su incidencia también en la forma de la red bajo análisis. Por un lado, se debilitaron aquellas articulaciones de tipo intersectoriales que mantenían los nodos. Sin embargo, la existencia previa de vínculos intersectoriales posibilitó la reorientación de los objetivos de trabajo hacia actividades asistenciales propias de la pandemia. Mantener estos vínculos asociativos cooperativos posibilitó una atención alternativa a la tendencia hospitalocéntrica. Por otro lado, registramos que los cambios arriba mencionados afectaron los vínculos intransituacionales, ya que se restringieron actividades de movilidad entre profesionales y personas usuarias.

En este estudio observamos que la pandemia generó un retorno hacia prácticas sustentadas por el modelo hospitalocéntrico a través de una serie de transformaciones en las prácticas terapéuticas, que reflejaron una centralización de la atención hacia entornos hospitalarios cerrados, a expensas de enfoques integrales y comunitarios. A su vez, intentamos resaltar cómo las prácticas comunitarias constituidas previas a la pandemia fueron un carril que logró vehicular la emergencia sanitaria, además de los tratamientos clínicos en salud mental que se vienen promocionando hace años. Creemos que estas cuestiones contribuyeron a la actual situación de sobrecarga del sistema de salud en cuanto a la demanda de salud mental, ya que se agudizó la problemática de la población y se simplificaron las respuestas sanitarias, casi exclusivamente al otorgamiento de turnos y tratamientos individuales, ocurriendo solo en ocasiones extraordinarias el trabajo comunitario como respuesta articulada.

Nos resulta fundamental explicitar nuestro lugar como investigadores pertenecientes a la RSM, siendo trabajadores del HLB, para que quede aclarada nuestra perspectiva en el análisis y los posibles sesgos que esto pudiera ocasionar. En relación con el contexto de realización de la investigación resulta muy singular, la salida de la pandemia marca la temporalidad del tra-

bajo de campo, en donde los servicios de salud se estaban reorganizando, siendo los resultados obtenidos dependientes de dicho momento.

En cuanto a la replicabilidad de este estudio, consideramos que cada equipo de investigación debe adaptarlo a su contexto, pero las variables utilizadas pretenden configurar un esquema de análisis trasladable a otras latitudes. Respecto a la muestra, si bien fue realizada de manera no probabilística, es pequeña en relación con todos los nodos que componen la RSM. La mayor limitación de este trabajo radica en que los nodos seleccionados, para esta primera etapa, son exclusivos del sistema de salud, dejando por fuera dispositivos intermedios y/o comunitarios que también forman parte de la RSM. Al entrevistar solo a profesionales de los efectores de salud recogemos una única voz, de las muchas que componen la RSM. En la misma línea, creemos fundamental, incluir en futuros proyectos de investigación la voz de las personas usuarias.

Conflictos de interés: los autores declaran no poseer conflictos de interés. Este trabajo es parte de un proyecto más amplio a partir de una Beca Salud Investiga.

Referencias bibliográficas

- Ardila-Gómez, S. A., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Díaz, A. V., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 8-8. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/783/787>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Faraone, S. & Iriart, C. (2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social*. 10 (20). <https://doi.org/10.62174/DPdp.8324>
- Menéndez, E. L. (2020) *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Ed. Universidad Nacional de Lanús. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/8>
- Organización de los Estados Americanos. (2001) Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. *Comisión Interamericana de Derechos Humanos* <https://cidh.oas.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Panorama general <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Rovere, M. (1999). Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.