Revista
Debate Público
Reflexión de Trabajo Social

Artículos centrales

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

Silvia Faraone[a] y Celia Iriart[b]

Fecha de recepción: 26 de octubre de 2020
Fecha de aceptación: 6 de noviembre de 2020
Correspondencia a: Silvia Faraone
Correo electrónico: silfaraone@gmail.com

a. Dra. en Ciencias Sociales, UBA. Docente Titular de la Cátedra Problemática de la Salud Mental, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Coordinadora del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

b. Dra. en Salud Colectiva, Universidad de Campinas, Brasil. Profesora Emérita College of Population Health, University of New Mexico, Estados Unidos. Investigadora invitada del Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Resumen:

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 impactó todos los niveles de la vida colectiva y puso en evidencia la profunda inequidad en el acceso, no sólo a la atención médica, sino a necesidades básicas y de cuidados. En este artículo vamos a centrarnos en el impacto que la pandemia ha tenido en las necesidades de atención del sufrimiento psíquico de la población y esto lo haremos analizando la situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ser la jurisdicción más rica del país y que no cumple con la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657).
Consideramos que la pandemia se constituyó en un analizador privilegiado para comprender la situación de los servicios de salud mental y las transformaciones imperiosas que se deberían realizar en la ciudad para atender adecuadamente a las/os usuarias/os de los servicios de salud mental. Para dar cuenta de esto se analizan, a partir de un estudio exploratorio con informantes claves, tres instancias institucionales del sistema de salud: los hospitales monovalentes manicomiales, los hospitales generales, particularmente la guardia de salud mental, y los servicios ubicados en el primer nivel de atención que ofrecen diversos tipos de dispositivos. Nos interesa profundizar en los conflictos, las tensiones y las oportunidades que la pandemia reveló, en especial los ligados al trabajo vivo en acto que las/es trabajadoras/es desarrollan en los espacios micropolíticos de sus cotidianos de trabajo.

Palabras clave: Salud mental - Pandemia Covid-19 - Trabajo vivo en acto.

Summary

Pandemic due to SARS-CoV-2 made an impact on every level of the collective life and made it clear that there is a profound inequity not only accessing medical care, but also accessing basic goods and services, and other care needs. In this article, we center on the impact of the pandemic on population's mental care needs. We analyze the situation in the Buenos Aires Autonomous City, because it is the richest country jurisdiction, which does not complies with the National Mental Health Law (26.657).
We consider the pandemic as a privileged analyzer to understand the situation of the mental health services and the transformations needed to take appropriate care of the users of mental health services. To do that we conducted an exploratory study with key informants in three institutional levels at the health care system: inpatient mental health care hospitals; general hospitals, particularly at mental health emergency rooms; and primary care services, which offers different types of care. We are interested on deepening the comprehension of conflicts, tensions and opportunities revealed by the pandemic, particularly those related to living work in act that workers developed at the micropolitical level in their working spaces.

Key words: Mental health - Covid-19 pandemic - living work in act.

Introducción

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2, con su trágica secuela de muerte y enfermedad, impactó todos los niveles de la vida colectiva y puso en evidencia la profunda inequidad en el acceso, no sólo a la atención médica, sino a necesidades básicas y de cuidados, que si bien son parte, exceden las formas establecidas para atender los padecimientos físicos y psíquicos. Estas inequidades además mostraron las diferencias intra- e inter-provinciales, y en los distintos barrios y áreas de una misma ciudad (Piovani, Salvia, 2018). También se hicieron patentes las formas diferenciales en que los distintos proyectos políticos que gobiernan las jurisdicciones provinciales o locales, respondieron a las necesidades de sus poblaciones, haciendo que estas inequidades se exacerben o se distribuyan los recursos para aliviar los padecimientos de las poblaciones a su cargo.

En principio la centralidad de las áreas biomédicas, particularmente las vinculadas a la infectología y la epidemiología, estaban justificadas por la falta de conocimientos mundiales sobre este virus. El problema fue la prolongación en el tiempo de la dominancia de esta mirada que dificultó comprender otras problemáticas que la pandemia instalaba en la sociedad. Paulatinamente se fueron sumando otras voces que problematizaban los efectos de la pandemia y las posibilidades de llevar adelante las medidas preventivas. Ámbitos académicos, movimientos sociales, agrupaciones de usuarias/os, y trabajadoras/res del campo de la salud/salud mental y los derechos humanos se fueron incorporando al debate público, problematizando las condiciones de vida y el entramado intersubjetivo y comunitario.

En este artículo vamos a centrarnos en el impacto que la pandemia ha tenido en las necesidades de atención del sufrimiento psíquico de la población (Faraone, 2018) y esto lo haremos analizando la situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), por ser la jurisdicción más rica del país, con una infraestructura sanitaria mucho más desarrollada que en el resto de las jurisdicciones, a pesar de lo cual no cumple con la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657)[1]. Esta es una ley de orden público, lo que significa que no requiere de la adhesión de las jurisdicciones provinciales para su cumplimiento, si no que éste es obligatorio en todo el territorio nacional desde el momento de su promulgación en 2010.

Consideramos que la pandemia se constituyó en un analizador privilegiado para comprender la situación de los servicios de salud mental y las transformaciones imperiosas que se deberían realizar en la CABA para atender adecuadamente a los usuarios de los servicios de salud mental. Para dar cuenta de la forma en que la pandemia puso en evidencia la deuda histórica de la ciudad con el cumplimiento de esta norma, afectando las posibilidades de atender adecuadamente a las personas con sufrimiento psíquico, vamos a analizar, a partir de un estudio exploratorio con informantes claves[2], tres instancias institucionales del sistema de salud: el hospital monovalente manicomial, el hospital general, particularmente la guardia de salud mental, y los servicios ubicados en el primer nivel de atención que ofrecen diversos tipos de dispositivos. Nos interesa profundizar en los conflictos, las tensiones y las oportunidades que la pandemia reveló.

En este contexto entendemos que las transformaciones necesarias en el campo de la salud mental requieren la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental que supone iniciar sin dilación el proceso de cierre de las instituciones monovalentes manicomiales, la apertura de internaciones en un mayor número de hospitales generales, la creación de otras modalidades de atención a las personas con sufrimiento psíquico que requieran cierto nivel de protección especial (casas de medio camino, viviendas asistidas, cooperativas de trabajo, etc.) y el desarrollo de equipos territoriales interdisciplinarios y solidarios que incluyan múltiples saberes profesionales y de los colectivos formados por usuarias/os y por movimientos de base territorial y de derechos humanos.

La crudeza de la pandemia en la institución monovalente

El contexto de pandemia endureció la problemática del encierro manicomial. Al inicio del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), el Órgano de Revi-

1. Desde el año 2000 la CABA cuenta con una normativa jurisdiccional en salud mental, la Ley N° 448, que fue referente para la redacción de la Ley 26.657, pero que desde que el PRO gobierna la ciudad (2007) tampoco tuvo cumplimiento efectivo.

2. Queremos destacar la participación de profesionales psiquiatras, psicólogas/os, terapistas ocupacionales, y particularmente trabajadoras/es sociales que generosamente contribuyeron con los relatos y experiencias de sus prácticas en salud mental en la CABA y que aquí recuperamos y exponemos.

sión de la Ley de Salud Mental[3] planteó la necesidad de disminuir drásticamente la población internada dada la situación de riesgo que impone la estrecha convivencia en el contexto de la pandemia por COVID-19. Las acciones propuestas fueron la disminución de la admisión de internaciones, la externación de las personas con criterios de alta y con referentes familiares y sociales, la garantía de la excepcionalidad en la restricción de aislamientos en casos particulares, entre otras acciones (Resolución 1/20 Órgano de Revisión Ley 26.657).

Estas recomendaciones fueron asumidas diferencialmente por las jurisdicciones. Cabe aclarar que 21 provincias cuentan con instituciones monovalentes en salud mental (41 de las cuales son públicas y 121 privadas), con más de 12.000 personas allí detenidas. En la CABA el Ministerio de Salud de la Nación censó 16 instituciones de internación monovalente en salud mental con un total de 1.718 personas alojadas, de las cuales el 70% de ellas se encontraban internadas en el sector público. Este porcentaje se concentra particularmente en los hospitales monovalentes Braulio Moyano y José T. Borda, donde se encuentran alojadas 1.092 usuarias/os (594 en el primero y 498 en el segundo) (DNSM, 2019). Esta situación es por demás preocupante en tanto la OMS ha definido a las personas con padecimiento psíquico internados en los servicios de salud por períodos prolongados como población vulnerable ante la pandemia, y con mayor posibilidad de desenlaces adversos (OMS, 2020), ya que en general se trata de población mayor de 60 años, con múltiples patologías previas y con un alto consumo de psicotrópicos. El censo nacional de personas internadas también visibilizó que en las instituciones públicas de la CABA más del 60% de las personas que se encuentran allí detenidas, no presentan criterio de internación por riesgo cierto o inminente, estando mayoritariamente alojadas por razones sociales (falta de vivienda, ausencia de vínculos familiares, entre otros). El promedio de tiempo de intevisibilizc/TTABA más deuhospi(int).5(iale)0.(iale)0.m(de)0.3( )TJETEMC /Span /Lang (es-ES)/MCID 236 BDC 0.2 0.2 (

sufrimiento psíquico que se encuentran internadas. En el último informe consultado en relación a esta causa (17/9/2020)[4], se registraban 49 usuarias/os confirmados con COVID-19 (incluyendo cinco casos derivados) y 45 trabajadoras/es infectados.

En relación a la cotidianeidad de los internados en estas instituciones, cabe destacar que a partir de la pandemia se generó un aumento del control social sobre las personas internadas. En algunas de las salas se intensificó el dispositivo panóptico a partir de un control excesivo sobre los cuerpos, con la instalación de alarmas que denunciaban si una persona ponía un pie fuera de la sala, aunque sea al sólo efecto de respirar un poco de aire fresco. La supuesta protección a las personas internadas para evitar el contagio recrudeció una concepción biomédica y tutelar, a partir de la cual se eliminó la posibilidad de intercambios, de salidas, de circulación en el propio hospital, de acceso al cobro de pensiones, y hasta del ingreso de acompañantes terapéuticos, todo lo cual dificultó el sostenimiento de lazos sociales, familiares y comunitarios. Esto incrementó el aislamiento en espacios donde la precariedad de la oferta institucional ni siquiera brinda conexión digital y/o telefónica a las personas allí alojadas, lo que permitiría acortar el distanciamiento tanto con familiares, como con grupos de pertenencia o con los propios equipos tratantes. En este contexto se ahondaron las violencias institucionales y la vulneración de derechos claramente establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental. Asimismo, la atención limitada en numerosas instituciones de la seguridad social, justicia y otras dependencias dificultó aún más los procesos de externación, derivaciones a prestadores de obras sociales y PAMI, así como otras opciones disponibles (APSS, 2020).

También estos hospitales disminuyeron la atención interdisciplinaria a la población que estaba en proceso de externación y que concurría habitualmente a fin de continuar su terapia y retirar su medicación. Sólo se continuó el suministro de medicación en los casos que las/os usuarias/os podían trasladarse a buscarla, pero sin recibir contención psicosocial, recrudeciendo la situación de precariedad en la asistencia.

En este contexto la pandemia dejó al descubierto las deudas pendientes de las políticas públicas del gobierno de la CABA con lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental, que no sólo incumple con la sustitución definitiva para el año 2020 de las instituciones monovalentes, sino que, amparándose en la situación de pandemia, agravó el encierro y precarizó aún más las condiciones de la población allí alojada. La ausencia total de políticas de cuidados integrales muestra en la pandemia descarnadamente las formas de opresión a las que son sometidas las personas con padecimiento psíquico, es decir las maneras de anulación de las existencias personales (Galli, 2019). En estos espacios se pone de manifiesto la suspensión de los derechos de los ciudadanos (Guindi, 2013) agudizando la política del desamparo.

Hospitales generales: impacto de la COVID-19 en las instancias de atención en salud mental

En el ámbito de la CABA la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental también se hace evidente en los hospitales generales. A pesar de las particularidades de cada hospital, se pudo observar que el impacto de la pandemia por COVID-19 provocó en todos una profunda transformación en los procesos de trabajo en las áreas vinculadas a la salud mental e interpeló a los equipos a repensar la producción, los modos de cuidado y las prácticas desarrolladas en los servicios (Barcala y Faraone, 2020). Los cambios operados recayeron en los propios trabajadores ya que no se ha observado un esfuerzo de las autoridades de salud de la ciudad por generar formas organizativas y de apoyo a los equipos de salud mental.

El impacto y la velocidad con que la pandemia se instaló y la falta de una política centralizada desde el gobierno de la CABA, hicieron que cada hospital fuera readecuando su lógica a la nueva realidad sanitaria. El comienzo de la pandemia estuvo signado por la desorganización, con protocolos que cambiaban constantemente, e implicaban que el personal de salud no abocado directamente al tratamiento de casos COVID-19 no supiera que actividad tendría asignada cada día. Al estrés que esta situación generó, se sumó la angustia que implicaba no contar con una provisión de equipos de protección personal en cantidad y calidad adecuadas, y la reducción drástica de trabajadores debido a las licencias amparadas por la legislación[5] que, en la mayoría de los casos, no fueron reemplazados.

4. INC J-01-00023268-4/2020-4. "Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) contra GCBA sobre incidentes de apelación- Amparo- Salud- Otros".

5. Resolución 622/2020 GCABA.

En la CABA sólo tres hospitales generales cuentan con sala de internación en salud mental: Álvarez (sala de hombres), Piñero y Pirovano (sala de mujeres y hombres). Por efecto de la pandemia quedaron sólo dos ya que en este último hospital la sala destinada a salud mental fue reasignada para atender casos COVID-19.

La llegada de la pandemia a los espacios de internación complejizó el mantenimiento de las prácticas des/institucionalizadoras gestadas por los propios equipos y que afianzaban la construcción de dispositivos de internación breve y de puertas abiertas (Faraone, 2012; Faraone y Barcala, 2020). Actividades tales como la posibilidad de deambular libremente, salir a realizar compras, salir a visitar a personas queridas, participar de las actividades de huerta, de actividades sociales y otros espacios que algunos hospitales ofrecen, se vieron profundamente dificultadas. Asimismo, fueron muy difíciles las altas hospitalarias en contexto de pandemia por la ausencia total de dispositivos que permitan la continuidad de tratamiento en espacios extra-murales. A los ya existentes problemas previos a la pandemia, tales como la ausencia total de instituciones intermedias, se agregó la dificultad de derivar a servicios cubiertos por PAMI, Incluir Salud y obras sociales, recrudeciendo nuevos encierros institucionales.

De igual forma, en las guardias de los hospitales generales[6], los lugares utilizados para la atención de personas con sufrimiento psíquico sufrieron un fuerte impacto, ya que también fueron reasignados para aumentar las salas destinadas a pacientes con COVID-19. Esto implicó que, a la ya deficiente respuesta del gobierno de la CABA a la atención de salud mental en los hospitales generales, los equipos se vieran obligados a realizar la atención en boxes con escasa ventilación y posibilidades de distanciamiento social, pasillos, salas de espera, jardines y patios de los hospitales, todos espacios carentes de privacidad y claramente inapropiados para generar una situación adecuada de consulta (APSS, 2020). A esto se sumó la imposibilidad de que los familiares y acompañantes de las personas que consultan ingresen con ellos. En los hospitales donde no hay sala de internación, esta situación se ve agravada en caso de que la persona quede internada en la guardia a la espera de una derivación que puede tardar varios días o semanas. En estos casos, las derivaciones se realizan a los monovalentes, a través de una coordinación en salud mental y en combinación con el SAME, recrudeciendo la ausencia de un sistema de salud que se organice por fuera de los muros manicomiales. Además, en época de pandemia, estos procesos de derivación obligan a que la persona deba realizarse más de un hisopado si las derivaciones fracasan, ya que los monovalentes exigen que los resultados de hisopados no tengan más de 48 hs. Asimismo, se señaló el caso de personas con sufrimiento psíquico que se infectaron con COVID-19 en las guardias, complejizando su situación y la de los servicios de salud que los atienden.

Como ya indicamos, las internaciones en las guardias de los hospitales generales se producen en situaciones violatorias de toda intimidad y con escasos recursos para dar cuenta de las necesidades de pacientes con sufrimiento psíquico. No hay un equipo tratante que de continuidad a la atención de la situación de padecimiento, sino que son los equipos rotativos de las guardias quienes deben afrontar la asistencia/cuidado, sin los recursos y condiciones necesarias para un tratamiento adecuado.

En el caso de pacientes ambulatorios, si bien se ha organizado, a fin de evitar la circulación de las personas por los consultorios externos de los hospitales, un sistema de atención remota que incluiría la consulta, el seguimiento y la prescripción de medicamentos, es muy común que estas personas concurran al hospital para encontrar a alguien que las escuche y contenga personalmente. Según el relato de los profesionales que entrevistamos, al principio del ASPO la demanda en guardia por salud mental disminuyó drásticamente, pero ahora se nota un crecimiento importante. Los profesionales refieren que esta demanda tiene algunas características diferentes a las previas a la pandemia. A las consultas habituales vinculadas al consumo de substancias, a la sobre ingesta de medicamentos y a situaciones de daños con el fin de quitarse la vida, se sumaron el miedo al contagio por COVID-19 y la angustia por el encierro y la soledad. Asimismo, aumentó la demanda de la población de adultos mayores sin contención familiar, personas en situación de calle y jóvenes alojados en comisarías. La mayoría de estas consultas remiten a una demanda de medicación que no se inserta en un plan

6. Desde el año 2008 los hospitales públicos de la CABA cuentan con un equipo de guardia en salud mental conformado por las disciplinas de trabajo social, psicología y psiquiatría.

asistencial y generan muchas veces efectos adversos por sobreconsumo. También se observa el incremento de la demanda de afiliados a obras sociales que han visto limitado el acceso a prestadores de salud mental a través sus coberturas.

Un hecho que destacaron varias/os entrevistadas/os es que desde el inicio del ASPO disminuyeron fuertemente las consultas por violencia de género y desaparecieron por completo las vinculadas al maltrato infantil, en estas últimas la escuela tenía un rol activo. Ambas demandas eran cotidianas en las guardias antes de la pandemia, lo que lleva a pensar en la invisibilización de estas problemáticas en este contexto a pesar de que se han incrementado los femicidios y no hay datos relevados de situaciones de maltrato y/o abuso infantil (Madeira, Bogliano y García Godoy, 2020), retomaremos este punto en el apartado siguiente.

En medio de estas situaciones el personal que permaneció en sus puestos generó en muchos casos nuevas modalidades de trabajo en las cuales los equipos de salud mental de las guardias crearon estrategias vinculadas tanto al cuidado de las/os usuarias/os como de sus propias/os compañeras/os. Así se fueron consolidando espacios que instituyeron la necesidad de comprender la dimensión del sufrimiento psíquico que la pandemia ocasionaba tanto en la población como en los equipos de salud. La aparición de procesos de duelo por la pérdida de muchas más vidas en el proceso de atención, así como por las muertes de compañeras/os y familiares, sumado al riesgo de contagio personal y familiar, y a un futuro incierto en cuanto a la terminación de la pandemia, fueron dando paso a una demanda cada vez mayor hacia los equipos de salud mental, para que crearan formas de acompañamiento al personal de salud más expuesto a estas situaciones. Como parte de decisiones de los propios equipos de salud mental y, por lo tanto, sin una respuesta homogénea, sino dependiendo de la buena voluntad y creatividad del personal que lo asume en cada guardia, se están desarrollando acompañamientos a las/os trabajadoras/es de salud y a las personas internadas con COVID-19 en la última etapa de su vida, y en el duelo de sus allegados.

Lo que describimos en este apartado muestra las limitaciones con que operan los profesionales de salud mental de los hospitales generales para dar cumplimiento a la asistencia/cuidado de usuarias/os con sufrimiento psíquico. La pandemia sólo reveló que estas instituciones de la CABA no se han adecuado a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental, no sólo en la incorporación de salas de internación para sujetos con sufrimiento psíquico evitando las derivaciones a los hospitales monovalentes, sino en la creación de otros espacios de cuidado que los alojen. A pesar de este contexto, paralelamente se observa la potencia de los equipos de salud mental, algunos de los cuales construyen en el cotidiano de las guardias y de los servicios de internación existentes prácticas creativas y ricas en la diversidad.

Pandemia y dispositivos de salud mental en el primer nivel de atención y en los espacios territoriales

Volviendo a la Ley Nacional de Salud Mental, los dispositivos territoriales y comunitarios son esenciales para garantizar los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. En estos espacios la pandemia también se consolidó como un analizador privilegiado que dejó al descubierto, por un lado, las desarticulaciones profundas entre los niveles de atención en el campo de la salud mental, y por otro lado, la diversidad y potencialidad de experiencias que los equipos y las/os usuarias/os fueron capaces de construir. Al decir de Emerson Merhy la micropolítica de los procesos de trabajo está atravesada por diferentes lógicas del trabajo vivo y se manifiestan en momentos en que se abren fisuras en los procesos instituidos donde la lógica estructurada de producción, así como su sentido, son puestos en jaque (Merhy, 2006).

No es posible analizar en detalle en este artículo la complejidad en que se desarrolla el trabajo en salud mental en el primer nivel de atención y en los espacios territoriales en la CABA, ya que el mismo involucra múltiples dispositivos que se ponen en juego y que tejen redes de asistencia/cuidado que enlazan trayectorias de acceso en el marco de procesos sociales, culturales e institucionales diversos (Faraone *et al.*, 2011). En este apartado, y en el marco de la pandemia, abordaremos algunos aspectos de las prácticas desarrolladas por los equipos desde los Centros de Salud y Atención Comunitaria[7]

7. Cabe destacar que la CABA cuenta con un total de 46 Centros de Salud y Atención Comunitaria, que se amplía con otros dispositivos, tal el caso de dos Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (uno ubicado en el Barrio 21-24 y otro en La Paternal en el Centro Carlos Gardel) y otros dispositivos de atencion de poblacion en situación de calle. El primer nivel de atencion fue fortalecido entre julio de 2016 y abril de 2019 con la incorporación de 12 psiquiatras, 20 psicólogos, 4 antropólogos, 1 sociólogo, 37 trabajadores sociales y 5 terapistas ocupacionales (Socolovsky, et. al, 2020)

ubicados en territorios vinculados a población con profundas vulnerabilidades psicosociales.

En este sentido un primer aspecto a destacar es que durante la pandemia, al igual que lo ocurrido en los hospitales generales, los espacios vinculados a la atención en salud mental en los territorios fueron los primeros en ser reconfigurados por las autoridades sanitarias. Algunos de ellos fueron reorganizados para la detección y seguimiento de casos sospechosos de COVID-19, destinándose los espacios y profesionales de diversas disciplinas al Plan Detectar, situación que ocurrió por ejemplo con los "Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia -CEMAR". En el CEMAR del Barrio 21-24 funcionaba uno de los pocos hospitales de día de la ciudad que dejó de prestar este servicio. Otros espacios se reasignaron para ser convertidos en centros de donación de plasma, tal como sucedió en un principio con el dispositivo "La Otra Base del Encuentro -LOBE" que asiste a jóvenes en situación de calle en el Bajo Flores. Otros fueron discontinuados, tal el caso del programa "Acercate", conformado por equipos de salud mental para el abordaje de consumo problemático en personas en situación de calle, cuyos profesionales fueron reasignados a los paradores para el trabajo con casos COVID-19. Una situación particular lo constituye el "Programa Adop-Adopi", organizado por equipos de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que realizan atención domiciliaria programada para personas con sufrimientos mentales severos. En el marco de la pandemia este programa, al igual que ya enunciados, debería haberse consolidado como una herramienta imprescindible para el abordaje de las problemáticas de salud mental que atraviesa la población, sin embargo cerró las admisiones por decisión de la Dirección de Salud Mental. Esto se suma a que sus profesionales se encuentran desde hace tiempo atravesando una situación de precariedad laboral y salarial que, pone aún más en riesgo la continuidad del programa[8]. Las situaciones descriptas marcaron un profundo repliegue en los procesos extra-murales de asistencia que se venía desarrollando en salud mental, limitando la admisión de nuevas/os usuarias/os, pero también la continuidad con la población bajo tratamiento.

En los barrios de la CABA hubo experiencias diversas en cuanto a la asistencia en forma virtual. En algunos centros fue por demás difícil sostener el acompañamiento de las/os usuarias/os que lo necesitaban, debido a su falta de conectividad, lo que produjo en muchos casos rupturas y discontinuidades en el tratamiento. En casos donde la población contaba con teléfonos móviles, los propios profesionales organizaron redes telefónicas de cuidado, buscando y dando apoyo activo a quienes necesitan tratamiento. Para esto los profesionales usaron sus celulares particulares ya que el gobierno de la CABA no dispuso de dispositivos de atención de este tipo.

La situación de soledad y vulnerabilidad de diversos grupos sociales llevó a algunos equipos y a los servicios sociales de estas instituciones, a tomar la decisión de continuar y readaptar los dispositivos territoriales, principalmente con aquellas poblaciones que están en situación de calle. Luego de un primer momento de no salir al territorio, y a pesar de que las autoridades no habilitaron esta actividad, algunos equipos profesionales tomaron la iniciativa de concurrir a las ranchadas a fin de realizar el seguimiento de salud, alcanzar alimentos, preservativos, otros elementos de higiene y cuidado personal. En estos desarrollos territoriales se trabajó para abordar las problemáticas de jóvenes en situación de consumo, y también de mujeres jóvenes y adolescentes en situación de violencia de género. Una observación muy interesante de trabajadoras sociales en contacto con jóvenes en situación de calle y con adicciones es que hubo muchos que contrajeron la COVID-19 cuando se refugiaron en diversos espacios barriales para hacer frente al ASPO, situación que exacerbó el estigma del que estos grupos ya eran víctimas. Al salir de la enfermedad estos jóvenes se organizaron para ayudar en los merenderos y comedores que habían quedado sin personas que los pudieran atender por haberse contagiado o temer al contagio. Es decir, la dramaticidad de la situación produjo en estos jóvenes el deseo de organizarse para hacer un aporte a las necesidades colectivas, lo que demuestra la importancia de construir proyectos colectivos junto con ellas/os que creen opciones vitales que los convoquen.
Al inicio de la pandemia y durante un período prolongado, mientras muchas situaciones vitales y solidarias se produjeron entre los equipos de trabajadoras/es de salud y las personas que viven en los territorios -en muchos casos organizados en grupos comunitarios/partidarios/religiosos/de movimientos sociales-, otras instituciones estatales que ofrecen servicios en estos te-

8. La situación de gravedad que atraviesa este programa llevó a diversas. instituciones a realizar apoyos a sus trabajadoras/es. Podemos destacar el pedido de informe realizado a las autoridades del gobierno de la CABA por el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones en el mes de junio del corriente año. Este consejo, creado por la Ley 26.657, está integrado por 30 instituciones entre las que se encuentran organizaciones de usuarias/os y familiares, organizaciones de derechos humanos, universidades y agrupaciones, sindicatos y colegios de profesionales.

rritorios (Justicia, ANSES, RENAPER, escuela, y otras) cerraron los servicios presenciales consolidando instancias de atención on line. Así, los centros de salud y sus trabajadores quedaron como el único lazo presencial de las instituciones estatales en los territorios y las organizaciones barriales se consolidaron como actores centrales. Si bien en cada territorio estos movimientos se organizaron de diferentes formas, por ejemplo, algunos consolidaron comités de crisis, otros se organizaron a través de las parroquias y los curas villeros, otros con la unión de varias organizaciones para el armado de ollas populares y otros emprendimientos, siempre tuvieron una presencia activa en las problemáticas que emergían con la pandemia.

Si bien las mujeres víctima de violencia de género dejaron de concurrir a las guardias hospitalarias, en los territorios las organizaciones que conforman redes de mujeres tuvieron una importante participación dado el recrudecimiento, especialmente en los momentos de mayor aislamiento, de la violencia de género debido a tener que mantener éste en los mismos espacios habitacionales con los agresores. A partir de estas redes y con el apoyo de algunos equipos de salud de los centros se pudieron hacer denuncias telefónicas ante la Agencia Territorial de Acceso a la Justicia (ATAJO) del Ministerio Público Fiscal logrando en algunos casos medidas preventivas.

Una situación que emergió repetidamente fue que, tal como se señaló, dada la dificultad de traslado para la asistencia ambulatoria en los hospitales monovalentes Borda y Moyano, las/os usuarias/os comenzaron a recurrir a los centros de salud para solicitar medicación, generalmente crónica. Estas/os usuarias/os al no poder asistir a la atención institucional habitual, recurrieron por su cuenta a los centros de salud para obtener la necesaria medicación, pero sin acceder a una continuidad terapéutica más profunda y cuidadosa. El fármaco se constituyó en el único dispositivo asistencial, poniendo una vez más en evidencia la ausencia de procesos de articulación entre los hospitales y los centros del primer nivel, así como la preeminencia otorgada a los hospitales monovalentes como el efector privilegiado para asistir a sujetos con sufrimiento psíquico severo.

En estos procesos los trabajos territoriales evidenciaron trayectorias que reflejan construcciones de prácticas creativas, ricas en la diversidad, que se dirigen a la ampliación de la autonomía en la vida de las/os usuarias/os permitiendo el nacimiento de redes sociales inclusivas (Merhy, 2007). La necesidad de transformar las prácticas en salud mental desde los territorios requiere entretejer saberes, construir puentes que posibiliten la consolidación del derecho a la salud mental en los propios territorios y comunidades. En este sentido, tal como señalan Sara Ardila Gómez y Emiliano Galende, entendemos la salud mental comunitaria como un giro en la atención que involucra tres dimensiones. Una de ellas se relaciona con la implementación de servicios próximos a la comunidad, en desmedro de la hospitalización psiquiátrica; otra atañe a la práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional, transformada en una que involucra al sujeto en toda su dimensión y complejidad, con respeto de sus derechos; y la última se vincula a la construcción de un sujeto activo, partícipe y protagonista de su tratamiento (Ardila Gómez y Galende, 2011).

Para finalizar

La extensión en el tiempo de la pandemia puso de manifiesto problemáticas vinculadas al sufrimiento psíquico tanto a nivel de la población como de los equipos de salud. A nivel de la población se agudizaron violencias institucionales, de género y hacia niñas, niños y jóvenes, los consumos problemáticos, y las condiciones de vulnerabilidad psicosocial de las personas en situación de calle, personas adultas mayores, y jóvenes en comisarías, entre otras. En cuanto a las/os trabajadoras/es de salud mental la pandemia evidenció las malas condiciones de trabajo que décadas de políticas neoliberales han generado en la ciudad más rica del país. Precariedad laboral, bajos salarios, espacios laborales inadecuados y falta de reconocimiento profesional.

Ahora en nombre de la pandemia, el gobierno de la CABA continuó el avance sistemático hacia la desarticulación de espacios vinculados a prácticas des/institucionalizadoras, que con gran esfuerzo se habían comenzado a desarrollar desde la gestión de los propios equipos de salud mental en algunos hospitales generales y en espacios territoriales. Esto pone en evidencia la constante decisión del gobierno de la CABA de continuar con una política manicomio-centrada, incumpliendo no sólo con la Ley Nacional de Salud Mental, sino también con su propia normativa jurisdiccional y con el Código Civil y Comercial de la Nación. Entendemos que esta desarticulación, no es por la pandemia, sino por la acción de gestores de lo público en el gobierno de la ciudad que desde hace años apuestan a la consolidación del modelo centrado en la mercantilización, la biomedicalización y

la farmacologización de la salud mental (Bianchi y Faraone, 2018; Iriart, 2017). De hecho, los proyectos que se impulsan desde el gobierno de la ciudad tienen una impronta muy alejada de los procesos que la normativa propone. Un ejemplo es el proyecto presentado por el PRO en el año 2016 ante la legislatura porteña para la reconversión de los hospitales José T. Borda y Braulio Moyano en "centros de atención, experimentación e investigación relacionados con las neurociencias aplicadas" y con una lógica basada en la instrumentación y profundización de la neurología, la psiquiatría y la neuropsicología en el campo de la salud mental (Tiempo Argentino, 2016). Esta misma perspectiva se reflejó nuevamente en el año 2019 cuando circuló un acta acuerdo entre la Dirección de Salud Mental de la ciudad y la Asociación de Médicos Municipales, donde se exponía el "plan de refundación de la salud mental en la ciudad" que entre otras acciones volvía a plantear la refuncionalización de las instituciones monovalentes manicomiales en hospitales especializados en salud mental y en neurociencias. Esto en profunda contraposición a la necesidad de implementar proyectos territoriales que garanticen la vida en comunidad de las/os usuarias/os de los sistemas de salud mental.

Nuestra investigación exploratoria también permite poner de relieve que ante los desafíos planteados por la pandemia y por un gobierno que se niega a cumplir la Ley Nacional de Salud Mental existen equipos que conocen y coordinan las necesidades colectivas en las diferencias instancias institucionales y territoriales y cuyo accionar se centra en proteger a las/os usuarias/os con sufrimiento psíquico. Profesionales que realizan un trabajo vivo en acto como un componente que apunta a la creatividad permanente de las/os trabajadoras/es en acción, en dimensiones públicas y colectivas de las diversas instancias institucionales que pueden ser pensadas para inventar nuevos procesos de trabajo, y extenderlos hacia direcciones no pensadas (Merhy, 2006). En este contexto emergió el fortalecimiento del trabajo social como disciplina que avanza en los espacios micropolíticos en la búsqueda de líneas de fuga que faciliten la emergencia de nuevos procesos que se construyen trabajando colectivamente en los hospitales y en los territorios y entablando diálogos con las instituciones que se ocupan de cuestiones sanitarias, sociales, económicas, de seguridad, y que instituyen políticas de cuidado.

El territorio emerge como el primer lugar para enfrentar no sólo la pandemia sino también, la violencia de género, los problemas de las infancias, los consumos problemáticos y otros sufrimientos psíquicos. Pero también para desarrollar muchos otros cuidados que busquen eliminar el hambre, el frío, la falta de agua y de elementos de higiene, y otros padecimientos presentes en los barrios vulnerados. Para avanzar en un proyecto de estas características se deben solidificar equipos cuidadores que entrelacen múltiples saberes académicos y de gestión pública, con aquellos de quienes habitan los territorios y sufren las consecuencias de la desidia gubernamental y social (Iriart, 2020). Muchos de los procesos que los equipos de salud mental de los diversos dispositivos analizados han desarrollado durante la pandemia pueden ser las semillas para repensar una salud mental en la CABA desde la perspectiva de la Ley 26.657.

Bibliografía

ACIJ (20/6/20). Preocupación por los primeros casos de COVID-19 de niños y adolescentes en el Hospital Psiquiátrico Infanto-Juvenil Tobar García de la CABA. Disponible en: https://bit.ly/3kPeHns (Consulta, setiembre 2020).

APSS - Asociación de Profesionales de Servicio Social (2020). Relevamiento de Salud Mental. Primera edición, agosto 2020. Disponible en: https://bit.ly/3nyn8Wa (Consulta, setiembre 2020).

Ardila Gómez, S. y E. Galende (2011). "El concepto de comunidad en salud mental comunitaria", en *Salud Mental y Comunidad*, año 1, Nº 1. Disponible en: https://bit.ly/2XeTV7D (Consulta, setiembre de 2020).

Barcala A. y Faraone S. (2020). "Vulnerabilidad social en tiempos de pandemia. Hacia la construcción de políticas de cuidado en salud mental en Argentina" en P. Guljo; A. Amorim; J. da Silva. K. Machado; M. Temoteo Gonçalves y P. Amarante P. Org. *O enfrentamento do sofrimento psíquico na Pandemia: diálogos sobre o acolhimento e saúde mental em territórios vulnerabilizados. Brasil:* IdeiaSUS/Fiocruz; Laps/Ensp/Fiocruz; e Abrasme.

Bianchi, E. y S. Faraone (2018). "Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales", en S. Faraone y E. Bianchi, *Medicalización, salud mental e infancias*. Buenos Aires: Teseo.

CELS (2020). "Medida cautelar a favor de las personas atendidas en psiquiátricos porteños". Disponible en: https://bit.ly/3lgQPcu (Consulta, setiembre 2020).

Clarín (2020). "Coronavirus en Argentina: siguen los amparos para que los hospitales protejan a empleados expuestos". 4 de abril. Disponible en: https://bit.ly/2GKRsME (Consulta, setiembre 2020).

DNSM, 2019. "Primer censo nacional de personas Internadas por razones de salud mental". Disponible en: https://bit.ly/30Km-0Fr (Consulta, setiembre 2020).

Faraone, S., A. Valero, Y. Geller, E. Rosendo, E. Bianchi, E. y N. Boucht (2011). "De prácticas represivas a prácticas integrales y de cuidado en salud mental: la experiencia del corralito", en R. Pinheiro y P. Martins, *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Brasil: CEPESIMS/UERJ.

Faraone, S. (2012). "Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las practicas". Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Faraone, S. (2018). "Normativa, paradigmas y conceptos. Avances,desRv cistmas y

Órgano de Revisión Ley 26.657. Resolución 1/20 Recomendación: internación en instituciones monovalente de salud mental en el contexto de la pandemia por COVID-19. Disponible en: https://bit.ly/3iGVCCp (Consulta, setiembre 2020).

Página/12 (2020). "Coronavirus: Abrazo al Hospital Moyano para reclamar refuerzos y elementos de protección". 1 de julio. Disponible en: https://bit.ly/2Sxi2vc (Consulta, setiembre 2020).

Piovani, J. I. y Salvia, A. (2018). La Argentina en el siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Encuesta Nacional sobre la Estructura Social. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Socolovsky, T.; Oliva, N.; Costa, J.; Fernández Caracciolo. L. (2020). Equipos de Salud Mental en APS/Primer nivel de atención – CABA 2020. Psiquiatras en Red. Ponencia presentada en el Congreso de AASM 8/10/20.

Tiempo Argentino (2016) "Las neurociencias al poder: impulsan leyes afines y harán un Polo con el Borda y el Moyano". 29 de octubre. Disponible en: https://bit.ly/3kujpHw (Consulta, setiembre 2020).