

ARTÍCULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA
DE SALUD PÚBLICA
Suplemento COVID-19

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de enero de 2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 9 de febrero de 2022
FECHA DE PUBLICACIÓN: 1 de abril de 2022

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis" 2020-2021, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
magrest66@gmail.com

REGISTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
EN SALUD N°: IS003406

EFFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL: PERSPECTIVA DE TRABAJADORES

COVID-19 pandemic effects on the care of people with psychosocial disabilities: workers' perspective

* Martín Agrest¹. Mag. en Administración y Gerenciamiento de la Salud.
Melina Rosales². Lic. en Psicología.
Andrés Matkovich³. Lic. en Psicología.
Roy Cabrera⁴. Lic. en Psicología.
Ricardo Freddy Pinto⁴. Lic. en Enfermería, Especialista de Salud Mental.
Julia Paternina².
Marina Fernández². Mag. en Salud Mental Comunitaria.
Sara Ardila-Gómez². Dra. en Salud Mental Comunitaria.
Alberto Velzi Díaz². Dr. en Salud Colectiva.

¹ Proyecto Suma, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

² Universidad de Buenos Aires, Argentina.

³ Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina.

⁴ Centro Integral de Salud Mental Comunitaria "La Casita", Resistencia, Chaco, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 alteró el funcionamiento de los sistemas de salud y, particularmente, la provisión de servicios destinados a personas con discapacidad psicosocial de un modo pendiente de análisis en Argentina. El objetivo fue caracterizar los efectos de la pandemia de COVID-19 en los servicios de atención dirigidos a personas con discapacidad psicosocial en Rosario (Santa Fe), Resistencia (Chaco) y el Área Metropolitana de Buenos Aires desde la perspectiva de sus trabajadores durante 2020-2021. MÉTODOS: Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo a partir de entrevistas a 53 trabajadores de tres tipos de servicios de rehabilitación (orientados a dar apoyo para la socialización, el trabajo o la vivienda), en dos momentos (fin de 2020 y mediados de 2021). Se calcularon frecuencias y se realizó un análisis temático. RESULTADOS: Hubo una afectación amplia y duradera de los servicios, que se tornaron menos accesibles y eficaces para contribuir a la rehabilitación. Se observaron aspectos comunes, como la adaptación para seguir funcionando, la centralidad de la tecnología y el impacto subjetivo en los trabajadores, marcado por el cansancio. Al año de la pandemia, dos tercios de los servicios orientados a la socialización estaban muy afectados o cerrados. DISCUSIÓN: A partir de la descripción y análisis de cómo se vieron afectados los servicios de rehabilitación, se abre el interrogante respecto de su futuro y el rumbo que tomará la reforma en salud mental.

PALABRAS CLAVE: COVID-19; Servicios de Salud para Personas con Discapacidad; Salud Mental; Rehabilitación Psiquiátrica; Sistemas de Apoyo Psicosocial

ABSTRACT. INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic produced a reorganization of health systems and, in particular, affected the provision of services for people with psychosocial disabilities in a way that was pending an analysis in Argentina. The objective was to characterize the effects of the COVID-19 pandemic on services aimed at people with psychosocial disabilities in the cities of Rosario (Santa Fe), Resistencia (Chaco) and the Metropolitan Area of Buenos Aires from the perspective of their workers during 2020-2021. METHODS: An exploratory and descriptive study was carried out by interviewing 53 workers from three types of rehabilitation services (aimed at providing support for socialization, for work or for housing) in two moments (November-December 2020 and April-June 2021). Frequencies were calculated and a thematic analysis was performed. RESULTS: The impact on services was broad and long-lasting, they became less accessible and effective in contributing to rehabilitation. Common aspects such as the new centrality of technology, massive adaptations and deep subjective impact on workers marked by fatigue were observed. Within a year of the pandemic, two-thirds of socialization-oriented services were still severely affected or closed. DISCUSSION: From the description and analysis of how the rehabilitation services were affected, the question remains regarding their future and how the mental health reform will unfold.

KEY WORDS: COVID-19; Health Services for Persons with Disabilities; Mental Health; Psychiatric Rehabilitation; Psychosocial Support Systems

ARTÍCULOS ORIGINALES - Agrest M. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la atención de personas con discapacidad psicosocial: perspectiva de trabajadores. *Rev Argent Salud Publica.* 2022;14 Supl COVID-19:e47.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 y las medidas de distanciamiento asociadas produjeron una profunda reorganización en la vida personal y social, así como en los sistemas de salud globales¹ y locales^{2,3}. En particular, los servicios de salud orientados a la atención de las personas con discapacidad estuvieron sometidos a una presión adicional, ya que ellas presentaban mayor riesgo de enfermedad grave o muerte, no solo por el contagio de COVID-19 sino también por la pérdida de apoyos y servicios necesarios para su vida cotidiana⁴. En este contexto, la atención de las personas con discapacidad psicosocial (PcDP), aquellas con diagnóstico de trastorno mental generalmente expuestas a factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión⁵, ha tenido que transformarse con consecuencias difíciles de prever^{6,7}.

Si bien se señaló que la salud mental era crucial en este tiempo^{8,9} y, en términos generales, los trastornos mentales, neurológicos y los suicidios contribuyen con una quinta parte del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad, su atención siguió ocupando un lugar relegado en las políticas de salud a nivel mundial¹⁰ y local¹¹.

Bajo el nombre de “reforma en salud mental”¹², en Argentina y en el mundo se han desarrollado esfuerzos por transformar el paradigma de atención a PcDP, con base científica y técnica y respeto por los derechos humanos¹³. En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental¹⁴ establece que se sustituya el paradigma biomédico tradicional, cuyo modelo de atención se centra en el hospital psiquiátrico, por un paradigma social, con servicios y dispositivos de rehabilitación psicosocial participativos e integrados y articulados a los servicios generales de salud¹².

Para Saraceno¹⁵, los modelos tradicionales de rehabilitación psiquiátrica consideran exclusivamente la influencia de variables clínicas (como el diagnóstico), subestimando otras como el contexto de los usuarios y los servicios. De este modo, los modelos tradicionales recortan significativamente las variables “extraclínicas” capaces de actuar como determinantes de los procedimientos y resultados de la rehabilitación psicosocial, en línea con el Modelo Social de Discapacidad¹⁶.

La rehabilitación no consiste en transformar discapacidades en capacidades, sino que es “un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones”¹⁵, que valoran el lugar, la función y el sentido de los espacios de relación establecidos. En este sentido, su propuesta de rehabilitación psicosocial¹⁷ se basa en tres dimensiones/escenarios de acción de los servicios: casa, como concepto que refiere a un escenario material y simbólico; bazar (red social), como “lugar donde el sujeto se singulariza a través de la participación”¹⁷; y trabajo, como nexo necesario entre la institución-desinstitucionalización-ciudadanía. Estas dimensiones se concretan a través de leyes, políticas sanitarias, modos de organización de los servicios, estrategias de distribución y uso de recursos materiales y humanos, intersectorialidad y trabajo en red.

En condiciones habituales, estos servicios se caracterizan por ser intensivos, heterogéneos y privilegiar modalidades grupales de asistencia por sobre las individuales. Debido a la suspensión inicial de admisiones y de tratamiento presencial, algunos autores alertaron tempranamente que dichos cambios tendrían efectos negativos en quienes hacen uso de estos servicios¹⁸ y que la tarea de los trabajadores se estaría dirigiendo a brindar apoyo en necesidades básicas¹⁹. De acuerdo con estudios locales llevados a cabo en el inicio de la pandemia, los servicios de atención dirigidos a esta población habrían sido de los más afectados en su funcionamiento en el área de la Salud Mental, y muchos de ellos habrían dejado de funcionar por completo²⁰.

Los servicios de rehabilitación destinados a brindar apoyo para la socialización, el trabajo y la vivienda son una herramienta clave para la reforma, particularmente si se considera que el censo nacional de personas internadas en los 162 centros monovalentes de internación psiquiátrica —públicos y privados— mostró que 6000 individuos llevaban más de dos años allí²¹ (en los servicios que deben conformar la red destinada a sustituir este tipo de internaciones). Los desafíos para cumplir dicho objetivo son múltiples y responden a diversos factores. Por un lado, se observan limitaciones presupuestarias que dejan la atención en salud mental desfinanciada respecto del 10% del total del presupuesto en salud que estableció la Ley Nacional de Salud Mental¹⁴, con una progresiva desinversión a nivel nacional en el sector desde 2016 y un sostenido gasto en los hospitales monovalentes en comparación con los servicios comunitarios que podrían permitir su cierre¹¹. Por otro lado, la presencia de pujas y resistencias sectoriales dificulta las discontinuas voluntades políticas²².

Con estos antecedentes, la presente investigación buscó responder, desde la perspectiva de los trabajadores, cuáles fueron los efectos de la pandemia en los servicios de atención dirigidos a PcDP en Argentina durante el período 2020-2021 y cuál su potencial incidencia en la reforma en salud mental.

MÉTODOS

El estudio se desarrolló en las ciudades de Rosario (Santa Fe), Resistencia (Chaco) y Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA] y zonas Sur, Oeste y Norte del Gran Buenos Aires [GBA]), Argentina, a partir de datos preliminares sobre la afectación por la circulación comunitaria del virus y la caracterización del funcionamiento de los servicios de salud mental al inicio de la pandemia²⁰. Se adoptó un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), exploratorio y descriptivo, con entrevistas a trabajadores de servicios de rehabilitación para PcDP y triangulación de métodos²³.

Se entrevistó a 53 trabajadores en dos momentos: la primera vez fue entre noviembre y diciembre de 2020 (Cuestionario de la entrevista disponible en: https://rasp.msal.gov.ar/pdf/Archivo_suplementario_Primer_a_entrevista.pdf); la segunda, entre abril y junio de 2021 (Cuestionario

de la entrevista disponible en: https://rasp.msal.gov.ar/pdf/Archivo_suplementario_Segunda_entrevista.pdf). El criterio de inclusión fue tener más de seis meses de antigüedad en el servicio y trabajar al menos 12 horas semanales. Dos participantes informaron sobre 4 servicios, con lo que se obtuvieron datos de un total de 55 servicios.

Luego del análisis documental y la revisión bibliográfica, se construyó una entrevista semiestructurada para conocer la perspectiva de los trabajadores respecto del funcionamiento del servicio de rehabilitación destinado a PcDP. Se los ubicó a través de informantes claves y bola de nieve a partir de contactos iniciales, con muestreo intencional para tener una similar cantidad de representantes de las cuatro zonas estudiadas. Las entrevistas se realizaron de forma remota. Se leyó el consentimiento informado a los participantes. Finalizada la primera ronda de entrevistas (n=49), se analizó el material y se confeccionó un segundo instrumento para comparar los dos períodos y para profundizar aspectos surgidos en la primera entrevista. La segunda entrevista fue respondida por 50 participantes, de los cuales 4 no habían realizado la primera (y 3 no fueron ubicables para efectuar la segunda entrevista). Se hicieron un total de 99 entrevistas.

En el momento de la primera entrevista empezaban a descender los contagios de la primera ola, luego del pico de nuevos contagios y muertes de comienzos y mediados de octubre de 2020 (con 17 038 nuevos contagios el 16 de octubre y 426 muertes el 9 de octubre). En el momento de la segunda entrevista, si bien la campaña de vacunación estaba progresando, comenzaba a ascender la segunda ola: era el momento de mayor cantidad de nuevos contagios y muertes, a fines de mayo y principios de junio de 2021 (con 41 080 nuevos contagios el 27 de mayo y 652 muertes el 3 de junio)²⁴.

Para el análisis cuantitativo (preguntas cerradas) se calcularon las frecuencias. Para el cualitativo (preguntas abiertas) se realizó un análisis temático sobre la base de los tres tipos de servicios¹⁷ y el momento de la pandemia. Las respuestas fueron leídas en duplas de investigadores, y se realizó una codificación abierta con utilización de memos analíticos y registro de citas. Los códigos se organizaron en temas, que luego fueron utilizados para comprender y analizar el impacto de la pandemia en los servicios de rehabilitación para PcDP.

Este proyecto respeta los principios establecidos por la Declaración de Helsinki y cumple con la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales. Fue aprobado por la Comisión Interna de Ética de la Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario y por el Comité de Ética Central de la Provincia de Buenos Aires.

RESULTADOS

Se alcanzaron porcentajes similares de participantes de cada una de las cuatro jurisdicciones en ambas entrevistas, con un valor cercano al 70% de mujeres, una edad promedio de 41,5 años y un 39,6% de psicólogos (ver Tabla 1).

En cuanto a los servicios alcanzados (n=55), casi el 50% estaban orientados a la socialización y en un 80% correspondían al sector público (ver Tabla 2).

PRIMER MOMENTO (MARZO A MAYO DE 2020)

En la mitad de los servicios, el funcionamiento durante los primeros tres meses de la pandemia pasó a ser mínimo (dejaron de concurrir usuarios y profesionales, pero siguieron en contacto). Un 8% adicional se cerró, y un 18% tuvo una afectación significativa (horario muy limitado, inferior a la mitad del horario habitual, o solo una guardia de funcionamiento). Tan solo un 2%, perteneciente a la categoría de apoyo habitacional, no tuvo restricciones en el funcionamiento.

El flujo de usuarios disminuyó en este período según el 60% de los trabajadores. Sin embargo, los servicios de apoyo habitacional tuvieron en términos relativos una menor disminución (cerca al 30%) en comparación con aquellos destinados al trabajo o la socialización (entre 80% y 90%). Similarmente, las dificultades para concretar el ingreso al dispositivo aumentaron para el 62% de los servicios de "casa", el 83% en el caso de los servicios de "bazar" y el 88% de los servicios de "trabajo".

Las internaciones especializadas se mantuvieron sin

TABLA 1. Características de los participantes del estudio.

	Mujer		Hombre		Totales	
	N	%	N	%	N	%
Provincia						
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7	53,8	6	46,2	13	24,5
Provincia de Chaco	9	75,0	3	25,0	12	22,6
Provincia de Santa Fe	10	71,4	4	28,6	14	26,4
Provincia de Buenos Aires	11	78,6	3	21,4	14	26,4
Zona Norte	1	100,0	0	0,0	1	1,9
Zona Oeste	2	40,0	3	60,0	5	9,4
Zona Sur	8	100,0	0	0,0	8	15,1
	37	69,8	16	30,2	53	100,0
Profesión						
Psicólogo/a	14	66,7	7	33,3	21	39,6
Trabajador/a social	6	85,7	1	14,3	7	13,2
Enfermero/a	2	40,0	3	60,0	5	9,4
Operador/a comunitario/a	3	75,0	1	25,0	4	7,5
Terapeuta ocupacional	3	100,0	0	0,0	3	5,7
Musicoterapeuta	3	100,0	0	0,0	3	5,7
Psiquiatra	2	50,0	2	50,0	4	7,5
Otra	4	66,7	2	33,3	6	11,3
Edad promedio (años)					41,5	

TABLA 2. Tipo de servicio de rehabilitación incluido en el estudio.

Tipo de servicio	Público		Privado		Mixto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Apoyo en la socialización (bazar)	21	77,8	6	22,2	0	0,0	27	49,1
Apoyo habitacional (casa)	10	100,0	0	0,0	0	0,0	10	18,2
Apoyo para el trabajo (trabajo)	6	60,0	2	20,0	2	20,0	10	18,2
Apoyos mixtos	7	87,5	1	12,5	0	0,0	8	14,5
Total	44	80,0	9	16,4	2	3,6	55	100,0

cambios según el 68% de los participantes; los restantes participantes señalaron disminuciones (19%) o aumentos (11%) en la internación. Un 2% no respondió.

SEGUNDO MOMENTO (JUNIO A OCTUBRE DE 2020)

En este período se registró una incipiente normalización, pero más del 60% de los servicios orientados a la socialización continuaron con un flujo menor al previo a la pandemia. En cambio, entre los servicios orientados a dar apoyo habitacional se observó una merma en uno de cada tres. En cuanto al incremento en las dificultades para concretar el ingreso a los dispositivos, fue consignado por entre un 45% y un 66% de trabajadores y resultó mayor en los dispositivos mixtos de "trabajo" y "bazar". Las internaciones especializadas no mostraron cambios respecto del tiempo anterior a la pandemia. Los egresos de los dispositivos disminuyeron para el 22% y el 55% de los participantes en "casa" y en "bazar", respectivamente. A su vez, los trabajadores de los servicios dedicados al apoyo habitacional no tuvieron reasignaciones de tareas (apenas el 11% de ellos), mientras que en los servicios orientados a la socialización y al trabajo esos porcentajes se elevaban hasta el 66%.

TERCER MOMENTO (DICIEMBRE DE 2020 A ABRIL DE 2021)

Un año después del inicio de la pandemia, un 40% de los servicios orientados a la socialización estaban cerrados, o los usuarios y trabajadores seguían sin concurrir. El otro 60% tenía restricciones mínimas o significativas. Los otros tipos de servicios tenían una menor afectación en términos relativos (ver Gráfico 1).

Los servicios orientados a dar apoyo al trabajo seguían con un flujo reducido de participantes, en tanto que en aquellos orientados a la socialización y al apoyo habitacional era similar a los niveles prepandemia. En cuanto a la concreción del ingreso a los dispositivos, 48% de los participantes de "bazar", 60% de "casa" y 70% de "trabajo" señalaron que persistían las dificultades.

Según los participantes, la modalidad en la que estaba funcionando el dispositivo aportaba a la rehabilitación

de los usuarios en un promedio de 6,6 puntos, aunque fueron frecuentes las referencias a que era menos que antes de la pandemia.

En lo que respecta a la vida de los servicios de rehabilitación durante la pandemia, a partir del análisis cualitativo de las respuestas surgieron tres aspectos comunes a los tres tipos de servicio:

a) Transformaciones y adaptaciones implementadas por los trabajadores para dar continuidad al servicio: Profundos cambios y adaptaciones en su práctica fueron necesarios para que los usuarios pudieran tener un servicio equivalente o que compensara limitaciones ajenas a él (terapias individuales interrumpidas, aislamiento social, etc.). En ocasiones, los cambios incluyeron una creciente tarea como nexo entre los equipos terapéuticos de referencia y los usuarios para comunicar turnos o novedades.

"Los operadores/auxiliares de taller tuvieron mucho trabajo, pero no relativo a la salud mental. Se abocaron a la producción de alcohol en gel, barbijos." (#9, Trabajo, Bazar, CABA).

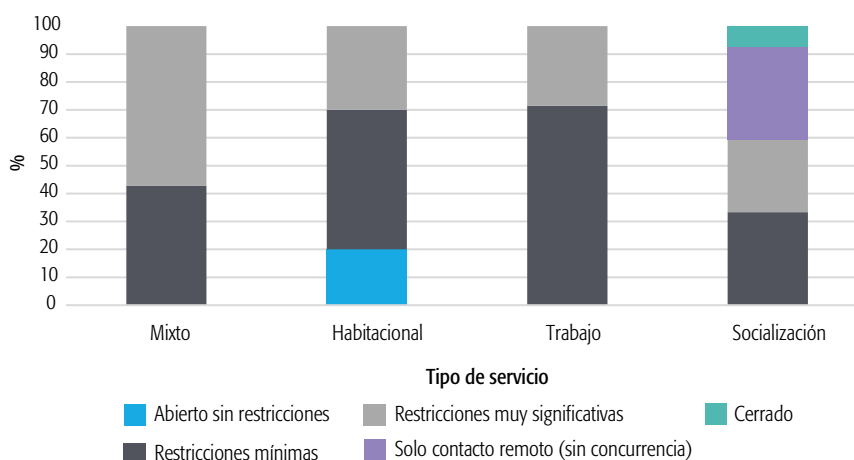
"Los talleristas empezaron con actividades de apoyo a las casas. Tuvieron algunos que salir a repartir comida [...] los administrativos tuvieron que comenzar a hacer tareas de visita a las casas, por ejemplo, o tuvieron que brindar su celular, para estar disponibles para los usuarios" (#24, Casa, GBA, Zona Oeste).

b) Impacto subjetivo marcado por el cansancio asociado al cambio: La nueva modalidad de trabajo requirió un gran esfuerzo y generó un cansancio persistente. En la segunda entrevista fue destacado como algo que seguía sucediendo.

"Todos nos excedimos en las funciones un poco para atravesar esto. Deja marcas. No da lo mismo. Todos empeoramos un poquito la calidad de la condición laboral" (#4, Bazar, CABA).

Los llamados y mensajes fuera de horario, muchas veces para compensar la imposibilidad del encuentro presencial, fueron mencionados reiteradamente. El impacto subjetivo en los trabajadores incluyó sensaciones de angustia, miedo, temor al contagio, desgaste y estrés. Hubo quienes, en

GRÁFICO 1. Situación de los servicios de rehabilitación en mayo de 2021 según tipo de servicio.



contraposición a lo anterior, se refirieron positivamente a las instancias de gestión que habrían facilitado la reorganización del trabajo.

c) La nueva centralidad de la tecnología: La tecnología se impuso como alternativa ante la imposibilidad de los encuentros presenciales y pasó a tener una centralidad inédita. Mayoritariamente, las opiniones aludieron a las limitaciones de la virtualidad y las dificultades para suplir la *"ausencia de encuentros reales"* (#23, Bazar, GBA, Zona Oeste). Un participante señaló que *"nada de la dinámica de lo ofrecido en virtualidad se asemeja a la presencialidad"* (#16, Bazar, Rosario, Santa Fe). Y otro agregó que trabajar así era *"bastante desolador"* (#26, Casa, CABA).

Los participantes señalaron que tanto trabajadores como usuarios tenían con frecuencia algún nivel de resistencia o limitación para el uso de la tecnología. Un participante dijo que *"no usaba celular, por una cuestión ideológica [...] no me quedó otra que sumarme"* (#18, Bazar, GBA, Zona Sur).

Sin embargo, la virtualidad permitió conectar a usuarios que, de otro modo, no habrían participado. Para algunos usuarios fue la oportunidad de generar lazos por fuera de los servicios de salud mental.

"Se tomó la decisión de cerrar la actividad presencial. Pero, sorpresivamente, empezaron los usuarios a crear grupos de WhatsApp" (#35, Trabajo y Bazar, Resistencia, Chaco).

"Unos compañeros armaron el grupo donde se llaman entre sí. Ese grupo comparte contenido, reflexiones. Incluso forman parte personas que no son del programa, vecinos que han invitado... Se han sumado algunas mujeres que viven solas" (#28, Casa, GBA, Zona Oeste).

Los servicios orientados hacia el trabajo y la socialización presentaron numerosos aspectos en común y diferencias respecto a los que brindaban apoyo habitacional. En los primeros, los participantes destacaron que realizaban denodados esfuerzos para evitar las internaciones psiquiátricas. Además, lo virtual fue señalado como insuficiente:

"Uno podría decirle a una persona: 'sí, dale, te damos los materiales y hacemos videollamada para empezar a trabajar'. Pero justamente no se trata de eso. No es solo un lugar para 'aprender'. Valoramos el contacto, el encuentro con otros, poder salir de sus casas para ir a un lugar" (#45, Trabajo, Rosario, Santa Fe).

Garantizar la comida pasó a ser una prioridad y la principal tarea de muchos trabajadores durante los primeros meses de la pandemia. El aislamiento, la sobrecarga para las familias y la pérdida de rutinas fueron señalados como obstáculos significativos en la recuperación de algunos usuarios. Se prestó una mayor atención a variables extralínicas. Algunos participantes manifestaron que habían pasado a tener más en cuenta el entorno de los usuarios: el afuera (la vida de la persona en su casa), el cuerpo, el uso de herramientas tecnológicas, el contacto entre usuarios por fuera de la institución y el tejido de redes entre instituciones de la comunidad.

Cabe señalar que, de los 16 servicios de apoyo al trabajo, solo la mitad funcionaba en espacios físicos propios. Los que se ubicaban en hospitales tuvieron que dejar de funcionar porque se requirió de esos espacios físicos por la cantidad de demanda que llegaba y el riesgo de contagio. Otro servicio funcionaba en la cocina de una institución ajena, que se usó para distribuir comida a los vecinos. Dos emprendimientos laborales, al decir de los participantes, estaban en lugares prestados.

En los servicios de apoyo habitacional se destacó específicamente la imposibilidad de lograr la articulación intersectorial y de realizar las gestiones necesarias para acceder a subsidios. En muchos casos los usuarios de las viviendas continuaban en tratamiento en los hospitales donde habían permanecido internados por décadas. Las viviendas tenían hasta el inicio de la pandemia gran continuidad con el hospital, pero esto sufrió un cambio rotundo:

"Si la persona vivió 20 años ahí [en el hospital] tiene derecho a ir. Pero el hospital ahora había cerrado. Y creo que se generó algo muy positivo. Fue un corte forzoso de cordón umbilical para los usuarios. Y para los usuarios fue muy importante entender que, en el momento del cierre, ellos estaban del lado de afuera" (#24, Casa, GBA, Zona Oeste).

DISCUSIÓN

Los resultados presentados permiten analizar el impacto y evolución de los servicios comunitarios y de rehabilitación destinados a PcDP en cuatro regiones argentinas durante la pandemia. La afectación fue amplia y duradera, lo cual se suma a una escasez preexistente²⁵. Los servicios se hicieron menos accesibles, menos eficaces y más orientados a subsistir para conservar el contacto y dar apoyo básico a los usuarios. Las dificultades para concretar el ingreso de los usuarios aumentaron al principio y mejoraron relativamente en un segundo momento, pero siguieron siendo elevadas un año más tarde. La afectación de los egresos no resultó fácil de apreciar para los entrevistados, lo que revela que los usuarios por lo general no egresan de los dispositivos y, en muchos casos, estos se plantean como estaciones terminales de los procesos de rehabilitación. Contrariamente a lo anticipado, el cierre y el funcionamiento restringido de estos servicios no parece haber impactado en un incremento de internaciones por temas de salud mental de sus usuarios. Esta situación hace pensar que las crisis de salud mental en los usuarios de estos servicios se habrían tramitado con mayores apoyos familiares o de modo condicionado por las restricciones existentes para la internación. A esto se suma el hecho de que las crisis de salud mental se habrían visto opacadas por una preocupación generalizada por la salud física.

Las falencias del sistema de atención en salud mental quedaron al descubierto con la pandemia. En ese contexto, la provisión de comida o medicación pasó a ser una estrategia y un recurso indispensable de los servicios para PcDP, pese a que no era hasta entonces parte de

sus objetivos primarios. Como anticipó Kopelovich¹⁹, estos servicios debieron centrarse en garantizar aspectos que sus trabajadores consideran no esenciales a sus dispositivos. En algunos casos, el lugar físico mostró que no era propio ni del todo adecuado o estaba íntimamente ligado a los hospitales psiquiátricos. El propósito de reformular el espacio físico para desarrollar estas tareas podría obtener un saludable envión.

Tal como fue registrado en estudios previos^{26,27}, los trabajadores sentían que habían realizado grandes esfuerzos de adaptación y tareas ajenas a sus funciones, y que estaban agotados. El apoyo psicosocial se volvió más un apoyo para la subsistencia. Esta situación vuelve a poner en discusión la relación entre la rehabilitación psicosocial, la vida en la comunidad más allá de los servicios de salud y el aseguramiento de los aspectos esenciales para garantizarla (comida, vivienda y vínculos afectivos)²⁸.

La afectación no fue pareja para los tres tipos de servicios. El cierre, o la ausencia de trabajadores y usuarios, no se aplicó a los que brindan apoyo habitacional, pero sí a los otros servicios de rehabilitación. Los programas/servicios/dispositivos estudiados que funcionaban dentro del mismo espacio físico o asociados a salas de internación hospitalaria se vieron más afectados. Se trata de un aspecto a resaltar, más en un contexto de transición de la reforma en salud mental como es el caso de Argentina, en donde muchas veces los servicios de rehabilitación se instalan en el predio de los hospitales. La pandemia evidenció la vulnerabilidad de esta situación y las limitaciones de la estrategia.

Los servicios orientados al apoyo para el trabajo mostraron una diversidad aún mayor a la de los otros tipos. En algunos casos se trataba de dispositivos laborales dentro de otros servicios (inclusive, dentro de hospitales), empresas sociales, cooperativas con socios o programas de capacitación para el trabajo, donde solo en ocasiones los participantes obtenían una remuneración por lo que producían o vendían. Los servicios orientados a dar capacitación prelaboral, por lo general, contaban a su vez con un enfoque en la socialización, que los emparentaba con la categoría de "bazar". A las dificultades propias de la atención de la salud en estos servicios, se sumaban aquellas debidas a la suspensión de las actividades económicas y laborales.

El uso de herramientas tecnológicas para mantener el contacto y ofrecer apoyo remoto tuvo un desarrollo impenso antes de la pandemia. Los entrevistados destacaron repetidamente la centralidad que habían adquirido a partir de las dificultades asociadas al aislamiento, aunque los recursos correspondientes no siempre estaban al alcance de las personas usuarias o de los trabajadores²⁹. Si bien permitió continuar la comunicación con muchas personas, y de muchas personas entre sí a través de grupos de WhatsApp, el acceso a la tecnología implicó un nuevo factor de desigualdad en el acceso a los servicios de rehabilitación y se constituyó en una amenaza al derecho a la salud.

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que las entrevistas solo incluyeron a trabajadores (sin la perspectiva de los usuarios) y no fueron equivalentes en número entre los tipos de dispositivos (más con trabajadores de servicios de apoyo a la socialización, en línea con la distribución real de servicios de rehabilitación psicosocial). A su vez, algunos servicios no se encuadraban fácilmente en las categorías predefinidas (bazar, trabajo, casa). En particular, en Chaco, trabajadores de varios servicios manifestaron realizar tareas vinculadas a todas ellas. El reducido número de entrevistas, al subdividir por tipos de servicios, no permitió una adecuada comparación entre regiones.

En síntesis, al cabo de un año de iniciada la pandemia, muy pocos de los servicios funcionaban normalmente. El proceso de reforma de la atención en salud mental estaría en una encrucijada, ya que parte de los servicios en los cuales se apoya la transformación habrían tenido una afectación inédita. Al mismo tiempo, la mayor visibilización de estos problemas podría actuar como catalizador para acelerar su desarrollo y ofrecer una esperanza hacia el futuro, en donde sean prioritarios, reciban la inversión requerida, se guíen por las necesidades de los usuarios, estén fuera de los hospitales y se articulen plenamente a la vida en la comunidad.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este estudio provee un panorama de los efectos de la pandemia en los servicios de rehabilitación dirigidos a PcDP, como base para una futura evaluación de la gestión sanitaria argentina de la pandemia en esta población y servicios.

El acceso a la tecnología podría conformar un nuevo elemento de exclusión y profundizar desigualdades. Las autoridades y la comunidad en general tienen la responsabilidad de crear la infraestructura digital requerida y garantizar el acceso a Internet cuando esta sea la única forma de acceso a los servicios.

Los servicios insertos en los hospitales sufrieron una afectación mayor que los de base comunitaria, acentuando la importancia de desarrollar servicios de rehabilitación para PcDP en el seno de la comunidad.

Resulta imperioso crear nuevos servicios/dispositivos de rehabilitación para PcDP y fortalecer los existentes para hacer sustentables los procesos de externación y cumplir la meta de reemplazar los hospitales monovalentes.

AGRADECIMIENTOS

A las personas entrevistadas por su testimonio y por su trabajo frente a los nuevos desafíos. A la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de Rosario, a Proyecto Suma y al Centro Integral de Salud Mental Comunitaria "La Casita" por alojar este proyecto. A la Red de Investigaciones en Salud Mental por su colaboración y facilitación de las tareas inherentes a este estudio.

V, editor. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: Asociación; 1993.

¹⁸ Prvu Bettger J, Thoumi A, Markevich V, De Groote W, Rizzo Battistella L, Imamura M, *et al.* COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2020 [citado 5 Mar 2022];5(5):e002670. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32376777/>

¹⁹ Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Buck BE, Brenner C, Moser L, Jarskog LF, *et al.* Community Mental Health Care Delivery During the COVID-19 Pandemic: Practical Strategies for Improving Care for People with Serious Mental Illness. *Community Ment Health J* [Internet]. 2021 [citado 5 Mar 2022];57(3):405-415. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32562033/>

²⁰ Ardila-Gómez S, Rosales M, Fernandez M, Velzi Díaz A, Matkovich A, Agrest M. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Rev Argent Salud Publica* [Internet]. 2021 [citado 5 Mar 2022];13 Supl COVID-19:e26. Disponible en: https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol-13supl/AO_Ardilae26.pdf

²¹ Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Secretaría de Gobierno de Salud. Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental [Internet]. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; 2019 [citado 5 Mar 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

22 Hurley DJ, Agrest M. Argentina: A mental health system caught in transition. *Int J Ment Health* [Internet]. 2021 [citado 5 Mar 2022];50(2):168-191. Disponible en: <https://socialwork.kings.uwo.ca/socialWork/assets/File/faculty/hurley/Dermots%20Paper.pdf>

23 Okuda Benavides M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2005 [citado 5

Mar 2022];34(1):118-124. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008

24 Ministerio de Salud de la Nación. Sala de Situación Coronavirus online [Internet]. Buenos Aires: argentina.gob.ar; 2021 [citado 30 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

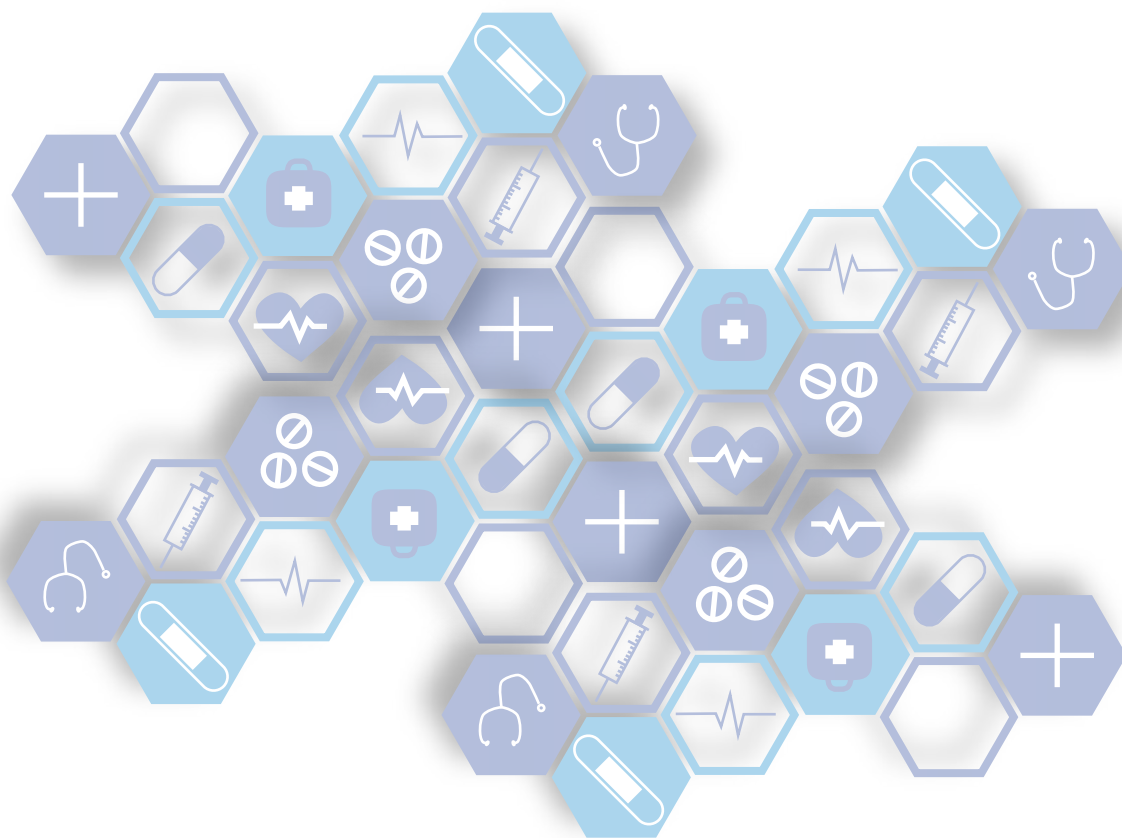
25 Centro de Estudios Legales y Sociales. A diez años de la sanción de la ley nacional de salud mental: desafíos para saldar una deuda histórica [Internet]. Buenos Aires: CELS; 2020 [citado 5 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/2020/11/a-10-anos-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-propuestas-para-saldar-una-deuda-historica/>

26 Agrest M, Rosales M, Fernández M, Alonso R, Velzi-Díaz A, Matkovich A, *et al.* Impacto subjetivo de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de salud mental de la Argentina. *Vertex* [Internet]. 2021 [citado 5 Mar 2022];32(153):29-39. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356149641_Impacto_subjetivo_de_la_pandemia_de_COVID-19_en_los_trabajadores_de_salud_mental_de_la_Argentina

27 Sklar M, Ehrhart MG, Aarons GA. COVID-related work changes, burnout, and turnover intentions in mental health providers: A moderated mediation analysis. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2021 [citado 5 Mar 2022];44(3):219-228. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33998824/>

28 Organización Mundial de la Salud. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 5 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

29 Rudnick A. Remote Psychosocial Rehabilitation (rPSR): A Broad View. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* [Internet]. 2020 [citado 5 Mar 2022];1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837859/>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.