

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**Salud mental y Atención Primaria de la
Salud.**

**Discursos de profesionales del primer
nivel de atención**

Tesista: Licenciada Leticia Ceriani

Directora: Doctora Andrea Vazquez

Octubre de 2025

Agradecimientos

A mi familia, por sostener siempre y en este camino. Especialmente a mis hijas, motor de todos mis proyectos y razón fundamental para seguir creyendo en la posibilidad de transformar la realidad, por comprender con amor que su mamá tiene deseos que implican tiempo y esfuerzo dedicado a otros.

A mi directora de tesis, la Dra. Andrea Vázquez, por su guía atenta, su confianza, su generosidad intelectual y su empuje constante que marcaron de manera decisiva la orientación de este trabajo.

A mis compañeros y compañeras de militancia y de trabajo, que a esta altura son los amigos que elijo, con quienes comparto aprendizajes, desafíos y sueños colectivos. Mirar a los costados y encontrarlos siempre hace las cosas más fáciles.

Finalmente, a mis referentes teóricos e ideológicos en el campo de la salud, quienes con sus aportes y luchas contribuyeron a forjar una mirada crítica, integral y comprometida con los derechos y con la justicia social. Este trabajo también busca aportar a la construcción de la patria que soñamos.

Índice

Resumen	1
Introducción: Una tesis en dos tiempos	2
Capítulo I. Planteo del problema.....	5
1. Delimitación del problema	5
2. Antecedentes de conocimiento sobre el tema.....	9
2.1. APS y salud mental.....	11
2.2. Salud mental desde los profesionales del Primer Nivel de Atención	16
2.3. Atención Primaria de la Salud y pandemia por COVID-19.....	21
3. Definición del objeto de estudio.....	23
4. Descripción del ámbito de estudio.....	25
5. Objetivos general y específicos.....	26
6. Relevancia.....	27
Capítulo II. Marco teórico	28
1. Salud y Salud Mental: La dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-cuidado	28
2. Atención Primaria de la Salud: Meta programática o propuesta política para la justicia social	29
3. APS y Salud Mental: La atención del sufrimiento psíquico o la incorporación de la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-cuidado.....	38
4. El sistema de salud argentino. Fragmentación y puja de actores	41
5. Articulación entre APS y salud mental en el marco normativo argentino	49
Capítulo III. Metodología de trabajo	53
1. Tipo de estudio.....	53

2. Fuentes de datos.....	56
Capítulo IV. Resultados	57
1. Datos contextuales.....	57
1.1. El Centro.....	57
1.2. Profesionales y Dispositivos	57
1.3. Los dos tiempos.....	58
2. Descripción de resultados	59
2.1. El Centro: adentro y afuera.....	59
2.2. Salud mental ¿en el primer nivel de atención?	80
2.3. Segundo tiempo: La pandemia en el Centro.....	90
Capítulo V. Conclusión	102
1. Primer Tiempo.....	102
2. Segundo tiempo	106
3. Recomendaciones.....	110
Capítulo VI. Referencias bibliograficas	112
Capítulo VII. Anexos	128

Resumen

Este trabajo aborda la articulación entre Atención Primaria de la Salud (APS) y salud mental a partir de los discursos de profesionales del primer nivel de atención. El problema se inscribe en las tensiones entre una APS concebida como nivel básico o como estrategia integral y en las dificultades para incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de cuidado. La pandemia por COVID-19 complejizó este escenario, transformando la organización de los servicios y haciendo de esta, una tesis en dos tiempos.

Estudiar las articulaciones entre salud mental y APS puede resultar relevante para incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud con el objetivo de promover modelos de atención integrales. Asimismo, los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19 pueden haber adquirido características particulares en el primer nivel de atención que aún no han sido exploradas y pueden aportar al diseño de políticas que tengan en cuenta estas particularidades.

El objetivo general es indagar las articulaciones entre salud mental y APS y los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19 a través de los discursos de profesionales. El ámbito elegido es el Municipio de San Martín, particularmente el CAPS N.º 9.

Se trata de un estudio de caso en un período temporal definido en el que se utilizan técnicas cualitativas de producción de datos.

Introducción: Una tesis en dos tiempos

Durante el transcurso de elaboración de esta tesis ocurrió un acontecimiento inédito y crítico en términos económicos, sociales y sanitarios que necesariamente impactó en su desarrollo: la pandemia por COVID-19

El 12 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, luego de que el número de personas infectadas por COVID-19 a nivel global llegara a 118.554, y el número de muertes a 4.281, afectando hasta ese momento a 110 países, y llamó a sus países miembros a tomar acciones urgentes y agresivas para contener el contagio (PAHO, 2020). Para el mes de agosto, se evaluaba que las características distintivas de la pandemia eran tres: 1) por la rapidez de transmisión del virus y su carácter global, aun el más resistente sistema nacional de salud estaba sobrepasado; 2) la severidad de la enfermedad alcanzaba alrededor del 20% de los casos, especialmente en los grupos de mayor edad y con co-morbilidades, entre quienes eran mayores las tasas de mortalidad; y, 3) la disrupción social y económica ocasionada, debido a que se exacerbaban inequidades en salud preexistentes y a que las medidas de salud pública implementadas para contener la expansión del virus tuvieron profundas consecuencias sociales y económicas (PAHO, 2020).

En Argentina el primer caso importado de COVID fue anunciado el 5 de marzo por el Ministerio de Salud de la Nación. El 19 de marzo, el gobierno nacional decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) fundamentado en que ante la no disponibilidad de un tratamiento antiviral efectivo ni de vacunas que prevengan el virus, las medidas de aislamiento y distanciamiento social obligatorio revestían un rol de vital importancia para enfrentar la situación epidemiológica y mitigar el impacto sanitario (Decreto 297/20). El ASPO significó el confinamiento de la población, la abstención de concurrir a los lugares de trabajo y restricciones para la circulación, con la excepción de las personas afectadas a actividades y servicios considerados esenciales en la emergencia sanitaria, entre ellos los trabajadores de la salud.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 en la Argentina hasta el día 5 de mayo de 2023, momento en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso fin al estado de emergencia de salud pública de importancia internacional (PHEIC) por COVID- 19, se registraron en nuestro país más de 10 millones de casos confirmados, de los cuales 130 mil fallecieron, lo que muestra una letalidad acumulada de 2,2%. (Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas, Septiembre de 2025). En la provincia de Buenos Aires, fueron confirmados en el mismo periodo 2.061.210 casos, de los cuales 54.827 fallecieron. La letalidad acumulada fue de 1,3%

La Provincia de Buenos Aires, por su parte, acumuló hasta esa fecha 3,8 millones de casos y 60 mil fallecidos. Los casos confirmados acumulados se distribuyeron de forma heterogénea: el 75% corresponde a los municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y el 24% al resto de la provincia de Buenos Aires.

La distribución de los casos según sexo fue homogénea, 49,5% sexo femenino y 49,4% masculino (el 1,1 % restante no cuenta con el dato). Las edades de los casos confirmados se encuentran comprendidas entre los 0 y 114 años, siendo la mediana 35 años. El grupo etario de 30 a 39 años registra la mayor cantidad de casos confirmados (n=467.851) y la mayor tasa de ataque específica por edad (18.644 cada 100.000 hab.). La segunda tasa más elevada corresponde al grupo etario de 40 a 49 años (17.687 cada 100.000 hab.) (Sala de Situación. Monitoreo de la Evolucion del COVID en la Provincia de Buenos Aires, Septiembre de 2025)

La edad de los casos fallecidos fue de 0 a 108 años (mediana 72 años). Si bien la mayor cantidad de casos confirmados corresponden a los grupos etarios de 20 a 49 años, las tasas de letalidad más altas corresponden a los mayores de 70 años. Del total de las personas fallecidas, el 0,30% (n=165) son menores de 20 años, 22% (n=11.834) son menores de 60 años y el 78%

(n=42.850) pertenece al grupo de 60 años o más. El 55,6% de los fallecidos fueron de sexo masculino y el 42,1 % de sexo femenino (2,3% sin dato). (Sala de Situación. Monitoreo de la Evolucion del COVID en la Provincia de Buenos Aires, Septiembre de 2025).

En este contexto epidemiológico y sanitario inédito en la historia de la humanidad, la provincia de Buenos Aires pudo dar respuesta a las dificultades presentadas por la pandemia por COVID-19, logrando que ningún ciudadano ni ciudadana se quedara sin la atención sanitaria que necesitaba, aún cuando la ocupación de camas de terapia intensiva superó el 80% durante la segunda ola, lo que implicó que prácticamente no existieron desigualdades en la incidencia y la mortalidad acumuladas por COVID-19 de las poblaciones con mayor y menor vulnerabilidad (Ameri, L. y otros, 2021)

La crisis sanitaria producida por la pandemia por COVID-19, marcó una impronta diferente y dejó una huella permanente en el sistema de salud y en los trabajadores y trabajadoras, que difícilmente pudieran soslayarse en una tesis donde justamente son los profesionales la fuente de información.

El proyecto original para esta tesis fue escrito en el año 2018. En 2019, entre los meses de marzo y noviembre se realizaron las entrevistas y la elaboración del marco teórico. A inicios del 2020 y por las razones descriptas en este apartado, es que se debió tomar una nueva decisión sobre la continuidad de las entrevistas y la forma de incorporar los cambios de escenario producidos por la pandemia en el desarrollo del tramo final de esta tesis y el análisis de datos. Por este motivo se definió volver a realizar entrevistas con los profesionales que ya habían sido entrevistados, previo al inicio de la pandemia por COVID-19. Resultado de esta decisión es que se trata de una tesis en dos tiempos que son puestos de relevancia como una ruptura temporal no cronológica que le aporta características novedosas a esta tesis dado que ya no se trata solamente de analizar la relación entre salud

mental y APS, sino también de analizar qué características particulares adoptó el primer nivel de atención durante y luego de la pandemia por COVID-19.

Capítulo I. Planteo del problema

1. Delimitación del problema

En un primer momento se delimitó el problema a abordar como la articulación entre Atención Primaria de la Salud (APS) y salud mental a partir de discursos de profesionales del primer nivel de atención. Sin embargo, en un segundo momento se tomó la decisión de complejizar el problema en el contexto de un suceso inesperado tal como fue el comienzo de la pandemia por COVID-19 que marca una impronta diferente y deja una huella permanente en el sistema de salud y en los trabajadores y trabajadoras, que difícilmente pudiera soslayarse en una tesis donde justamente son ellos la fuente de información.

A los fines de indagar en un espacio concreto, se ha elegido el estudio de caso en un municipio de la provincia de Buenos Aires.

Por las características del sistema de salud argentino la mayor parte de las unidades asistenciales de primer nivel o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependen de instancias municipales, aunque articulan con servicios provinciales y ejecutan programas provinciales y nacionales. El nivel local es el espacio donde confluyen en forma particular las tendencias genéricas y un ámbito privilegiado para el estudio de las prácticas de APS, así como para indagar la relación entre servicios y población. Los sucesivos gobiernos desde 2002, año en que surge el Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) - Remediar (Ardila et al, 2012; Stolkiner, Comes, Garbus, 2011), desarrollaron la estrategia de ejecutar Programas

Nacionales monitoreados directamente en el primer nivel de atención, a fin de “ganar capacidad de rectoría” de Nación para el fortalecimiento de la APS.

Se propone entonces, estudiar la forma en que los procesos se desenvuelven en una realidad local específica, un municipio, y centrarnos en la articulación entre la APS y salud mental. En este sentido hay varios debates sobre los cuales se busca permanentemente producción teórica y que interesan al planteo del problema: a nivel macro lo referente a los procesos de reforma de los sistemas de salud bajo la denominación genérica de “cobertura universal” y respecto de los cuales se discute la relación entre mercado y Estado, y la garantía de acceso y de derechos (Ase, 2017; Laurell, 2014). Con respecto a la APS sigue vigente la tensión entre considerarla un primer nivel de atención con servicios básicos o una estrategia reordenadora de los sistemas de salud con incorporación de la categoría de integralidad y derechos (Ase, Burijovich, 2009; De Maeseneer et al, 2008; Labonté et al, 2009; Testa, 1988), incorporando hoy el marco de los procesos de reforma sectorial. Finalmente, existen dos modos de articulación entre APS y salud mental (Stolkiner, Solitario, 2007): el de aplicar principios de APS al campo de la salud mental y el de incorporar salud mental en las prácticas de APS. El primero suele ser el más privilegiado para los procesos de atención ambulatoria y en comunidad de las problemáticas psiquiátricas clásicas y el segundo pareciera que visibiliza nuevos problemas y demandas. Ambos resultan de interés para el presente estudio.

En los países de América Latina existen importantes brechas en la atención en salud. En el caso de la salud mental, los problemas de acceso son particularmente graves dado que se agrega una motivación por la especificidad de su padecimiento, que suele producir gran desvalorización social y, en ocasiones, autoexclusión por temor a la discriminación (Vazquez, 2023). Se estima que en el mundo, una de cada ocho personas sufre algún problema de salud mental, variando su prevalencia según sexo y edad siendo los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, los más comunes (OMS, 2022). Durante el primer año de la pandemia por COVID-19 estos

trastornos comunes aumentaron un 25% (OMS, 2022). Investigaciones realizadas por la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental en la población general revelan que entre el 4% y el 26% de la población adulta padece algún trastorno mental en algún año determinado, y sólo entre el 1% y el 15% reciben tratamiento durante ese mismo período (Demyttenaere et al, 2004). La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad para 2018 es de 29,1%, es decir, que tres de cada diez personas sufren en algún momento de su vida alguna problemática de salud mental. El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y sólo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo. Asimismo, Las personas con algún trastorno recibieron más servicios de los profesionales en salud mental (17,78%) que de profesionales de medicina general (11,49%) o de otros sectores diferentes al sector de la salud (2,58%) *“La mayoría de los servicios son suministrados por especialistas en salud mental, y muy escasamente por profesionales en medicina general y servicios de salud mental en entornos de atención primaria”* (Stagnaro et al, 2018. p. 296) Existe una brecha importante de atención y acceso a los servicios de salud mental, que en los países de América Latina superaría el 50% de las personas afectadas (Kohn et al, 2005). En esta misma línea, según la OMS, para que aumente la disponibilidad de servicios de salud mental, hay que superar cinco obstáculos clave: la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental; y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública. (OMS, 2004). En esta misma línea, en un informe de reciente publicación la OMS plantea que: *“En el núcleo de la reforma de la salud mental en la mayoría de los países se encuentra una importante reorganización de los servicios de salud mental”* (OMS, 2022. p. 8) y que se debe privilegiar la

atención de la salud mental en la comunidad, sobre todo para los trastornos más comunes¹ cuya atención debe ser ampliada (OMS, 2022)

El incremento de la brecha de desigualdad en la distribución de la riqueza social, la pobreza, la precarización de las condiciones en las que se ancla la seguridad e identidad en las personas (Feijoo, 2001) y los fenómenos consecuentes de desafiliación (Castel, 1997) complejizan la producción de padecimiento en la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado (Desjarlais, R. et al, 1997; Stolkiner A, 2001). De esta manera se justifica la relevancia de estudiar las articulaciones entre salud mental y APS a partir de discursos de profesionales de un efector seleccionado del primer nivel de atención del Municipio de San Martín.

Al mismo tiempo, el suceso de la pandemia por COVID-19 impregnó de características distintivas al sistema de salud en general y en particular al primer nivel de atención. La pandemia por COVID-19 ha tenido un profundo impacto en los sistemas de salud a nivel mundial. En particular, el primer nivel de atención ha enfrentado múltiples desafíos debido a la necesidad de adaptarse rápidamente a las demandas cambiantes de la pandemia. Mientras se fortalecían los hospitales para poder dar respuesta a la pandemia, era necesario mantener las prestaciones esenciales, lo que a priori involucraba específicamente al primer nivel de atención. Sin embargo, en la práctica el primer nivel de atención quedó desdibujado en las estrategias de comienzo de la pandemia por COVID-19 pero el papel asignado a los equipos de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) fue variando en el tiempo y entre municipios. “El lugar desdibujado que tuvo en los primeros meses el primer nivel de atención en la estrategia sanitaria general se expresó en las demoras en el reconocimiento para la asignación de recursos” (Chiara, 2020. P. 36) a los Centros de Salud y a sus trabajadores. Finalmente y de acuerdo a un trabajo reciente, la emergencia sanitaria causada por la pandemia de COVID-19 supone uno de los mayores desafíos a los que se han enfrentado

¹ Se refiere a la ansiedad y la depresión

los profesionales de la salud. No solo por su exposición directa y cotidiana al virus y el riesgo de contagiarse, sino también por el estrés laboral (Enriquez y Saenz; 2021).

Cabe mencionar también aquí, como la pandemia por COVID-19 ha atravesado a las sociedades y que efectos produjo en términos subjetivos. La pandemia mostró como nunca la imbricación de los procesos biológicos con los procesos subjetivos y sociales. Un escenario marcado por la incertidumbre y el temor a la muerte, sumada a una situación de aislamiento inédita pudo haber generado angustia, ansiedad o desorientación (Calmels, 2022), aunque no de manera unívoca ni homogénea y puede haber atravesado de forma particular a diversos sectores de la sociedad: tuvimos “...*diversas pandemias en función de la multiplicidad de territorios por los cuales transitan las personas. A partir de esta reflexión podemos decir que en algún momento estuvo la pandemia de los aislados y la de los trabajadores esenciales. Estaba también la pandemia de los que pudieron mantener su trabajo, la de quienes se quedaron desocupados, y de quienes ya estaban desocupados y tuvieron que bajar sus expectativas para lograr insertarse. La pandemia de los que vivían en barrios de clase alta y media, la de los barrios vulnerables, la del conurbano y la del interior. La pandemia de los trabajadores y trabajadoras del sistema de salud*” (Calmels, 2022. pág. 13)

2. Antecedentes de conocimiento sobre el tema

Las ideas principales de este estudio se originaron a partir de un proyecto UBACyT de Investigación Básica, Aplicados, de Transferencia e Innovación Tecnológica Programación Científica 2018 “*Discursos, prácticas, actores y subjetividad en la articulación de Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: estudio de caso en investigación social participativa*” que dirige la Dra. Alicia Stolkiner. Dicho proyecto establece una continuidad con el UBACyT anterior: “*Articulaciones entre Salud Mental y Atención Primaria de la Salud en la Argentina 2014-2017: discursos, prácticas, actores y*

subjetividad en los procesos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental No 26.657". Desde 1995 el equipo de investigación que lleva adelante estos proyectos ha seguido consistentemente una línea de indagación que articula el análisis de las políticas en Salud-Salud Mental en los niveles macro, meso y micro-social (Grodos, Mercenier, 2000), indagando las prácticas concretas de actores específicos y haciendo especial énfasis en la relación entre Salud Mental y Atención Primaria de la Salud (APS) en el contexto de las reformas sectoriales.

Para conocer los antecedentes en el tema se relevaron las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud tomando el período que va desde fines del siglo pasado y comienzos de 2000 hasta la actualidad. Respecto a APS se han revisado documentos desde la Declaración de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) en adelante. En salud mental se ha hecho un seguimiento desde la Declaración de Caracas de la OPS (1990) y el Informe sobre la Salud Mental en el Mundo de 2001 (OMS, 2001) y sus propuestas de articulación con APS (WHO/WONCA, 2008).

Utilizando como descriptores las palabras "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental", "Integralidad de cuidados" y "Atención Primaria de la Salud y pandemia" se relevaron artículos científicos en Scielo, y en las bases de datos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) y su referencia en Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). También se rastreó la producción de investigaciones de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación que tuvo proyectos institucionales y becas sobre el tema en estudio.

El análisis de la articulación entre salud mental y APS es un tema de gran interés y está presente en numerosas investigaciones en el campo de la salud pública que ponen el acento en distintas aristas de esa articulación. Por su parte, los cambios que se produjeron en el sistema de salud en general y

en el primer nivel de atención en particular a partir de la pandemia por COVID-19 aún no han sido extensamente estudiados, probablemente debido a la cercanía temporal de los acontecimientos. Se han encontrado sin embargo, algunos trabajos que dan cuenta de esta dimensión.

2.1. APS y salud mental

Bonfim y otros (2013) realizaron un estudio con el objetivo de analizar críticamente el apoyo matricial en salud mental en atención primaria de la salud mediante la revisión en revistas científicas y documentos del Ministerio de Salud (de Brasil). Es un estudio de naturaleza cualitativa de tipo exploratorio. De ese análisis se concluye que el apoyo matricial puede contribuir en formar a los profesionales de los Equipos de Salud de las Familias (ESF) para trabajar con el sufrimiento humano. Asimismo, se resalta la necesidad de que aquel que ejerce el apoyo matricial tenga una comprensión integral de la red de salud y de la complejidad de los trastornos mentales (Bonfim et al, 2013).

Bezerra y otros (2014) realizaron un estudio con el objetivo de comprender cómo viene siendo producido el cuidado en salud mental en la Atención Primaria de la Salud en busca de resolutivez para las acciones de salud mental de los Equipos de Salud de la Familia (ESF). Se trata de un estudio cualitativo realizado en los municipios de Fortaleza y Maracanaú, Nordeste de Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a trabajadores de los ESF y de Centros de Atención Psicosocial (CAPS), a usuarios del CAPS y familiares y observaciones sistemáticas de campo. Entre los resultados del estudio se destaca la relación establecida por usuarios, familiares y profesionales entre resolutivez y medicamentación: la resolutivez del cuidado en salud mental vinculada a la prescripción de fármacos. Asimismo, observaron la falta de preparación de los profesionales de APS que se limitan a prescribir y a derivar al CAPS (Bezerra et al, 2014).

Resultados similares muestra un estudio realizado por Pimentel Minoia y Minozzo (2015). Publican un relato de experiencia sobre el proceso de cuidado de las personas con sufrimiento psíquico en una Unidad Básica de Salud (UBS) en un Municipio de Porto Alegre. A partir de allí concluye en algunas cuestiones de importancia respecto al rol de los profesionales. Por un lado, menciona la presencia de conductas prescriptivas como forma de respuesta inmediata ante la dificultad de soportar la espera por una mejora en la situación del usuario; por otro lado, y en la misma línea, se refiere una dificultad de escucha de los aspectos subjetivos por parte de los profesionales de la UBS y la necesidad de frenar el sufrimiento, muchas veces mediante el uso de fármacos; finalmente menciona que ante el exceso de demanda de atención en esa UBS se produce una priorización de “lo orgánico” por sobre las cuestiones de salud mental. Todo esto llevaría a que las características de abordaje longitudinal e integral, atributos esenciales de la APS son descuidados (Pimentel Minoia y Minozza, 2015). En la misma línea, Dimenstein y otros (2010) realizan una investigación cuyo objetivo consiste en analizar la integración de las Estrategias de Salud de la Familia (ESFs) con las políticas de salud mental locales. Para ello se trabajó con dos Unidades de Salud, una localizada en la ciudad de Porto Alegre, la otra en la ciudad de Natal, cuyos equipos no habían recibido ninguna formación específica en salud mental. Se realizaron entrevistas con todos los profesionales de las dos unidades de salud, para dialogar sobre las condiciones de trabajo (estructura de los servicios y de los equipos) y el cuidado en salud mental. Como resultado se observa que entre los integrantes de los equipos de salud prevalecen la prescripción de medicación psiquiátrica y la derivación a especialistas como estrategias terapéuticas, también la fragmentación de los equipos de trabajo que *“hace imposible la tarea de articular los recursos comunitarios y la red asistencial”*. (Dimenstein et al, 2010. p. 188).

También se encontraron algunos estudios que realizan revisiones bibliográficas sobre el tema. Uno de ellos arriba a conclusiones similares a las mencionadas anteriormente. Se trata del estudio desarrollado por Muniz Soares y Mesaque Martins (2017). Allí analizan las potencialidades y los

desafíos para la interdisciplina y la intersectorialidad en el trabajo de los equipos de atención primaria de la salud en el cuidado de la salud mental. Es un estudio de revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2011 y 2015. Se encuentra la prevalencia del modelo biomédico en la mayoría de los estudios analizados, en los que la medicalización se presenta como la única o la principal estrategia de cuidado en salud mental. Esto inviabiliza las prácticas interdisciplinarias e intersectoriales. También concluyen en la falta de articulación entre “*APS y servicios especializados en salud mental*” (Muniz Soares y Mesaque Martins, 2017. p. 518). Por su parte, Siveira y otros (2018) realizan un estudio bibliográfico con abordaje reflexivo de la producción científica brasileña acerca de la temática del cuidado integral de salud mental en las Redes de Atención de la Salud (RAS) entre los años 2012 y 2016. Concluyen que la APS no consigue ejercer la función de coordinación del cuidado en las RAS por lo que es necesario su fortalecimiento para garantizar la integralidad del cuidado en tanto asistencia continua de los individuos con énfasis en sus necesidades y particularidades y no restringida al padecimiento mental. (Silveira et al, 2018). Frateschi y Cardoso (2016) realizan un estudio cuyo objetivo es realizar una revisión sistemática de la producción científica, brasileña e internacional, sobre las prácticas de salud mental desarrolladas por los servicios de salud en el ámbito de la APS. Se seleccionaron 54 artículos publicados entre 2008 y 2014. A partir del estudio se concluyó que a pesar de que los usuarios, profesionales y gestores consideran que la APS debe ofertar acciones de salud mental, este nivel de atención no suele ser reconocido como referencia para esta demanda. También se observó poca participación de los usuarios. Concluyen que la integración de los cuidados en salud mental en APS constituye un desafío y representa un proceso en curso que “*actúa a contramano de la lógica de segregación de la locura*” (Frateschi y Cardoso, 2016). Correia, Barros y Almeida Colvero (2011) realizan un estudio bibliográfico de artículos científicos brasileños publicados entre 2005 y 2009 sobre atención en salud mental de personas con sufrimiento psíquico y sus familias asistidas por los profesionales del equipo de salud de familia. El objetivo de la investigación consistió en identificar y analizar en la producción científica las acciones realizadas por profesionales del equipo de salud de la

familia en atención de salud mental. Los autores observaron que las acciones en salud mental desarrolladas en la atención básica no son uniformes en su ejecución y que dependen de los profesionales y de la decisión política de los gestores. Entre las acciones desarrolladas se destaca la visita domiciliaria a pesar de que muchos profesionales refieren desconocer la existencia de “*enfermos mentales en su área de cobertura*” (Correia, Barros y Almeida Colvero, 2011. p. 1503) Las acciones de acogimiento también aparecen priorizadas en los artículos revisados en ese estudio así como las derivaciones para “*consultas con médico clínico para la atención de dolores físicos, obtención de recetas para psicotrópicos y derivaciones para consultas especializadas*” (Correia, Barros y Almeida Colvero, 2011. p. 1504).

Respecto a estudios realizados en nuestro país se destacan como antecedentes aquellos realizados por Sandra Gerlero y otros así como los realizados por Andrea Vázquez, por un lado, y por Claudia Bang, por otro como parte de sus tesis doctorales.

Las primeras dos autoras mencionadas obtienen conclusiones que enfatizan las dificultades derivadas de la fragmentación del sistema de salud. En un estudio de 2011, Gerlero y otros buscaron evaluar la accesibilidad a los servicios de salud mental, teniendo en cuenta los procesos de cuidados implementados en el marco de las políticas de APS en cuatro ciudades argentinas: Córdoba Capital, Paraná, Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se utilizó para esto un diseño de casos múltiples con un abordaje multidimensional y cuali-cuantitativo con fuentes de información primaria y secundarias (estadísticas vitales, censos, un informe de indicadores básicos, informes de gestión sanitaria-programática, normativas de funcionamiento y disponibilidad de las diversas instituciones, una encuesta institucional y entrevistas individuales y/o grupales a informantes clave). Entre los resultados se resaltan que los procesos de atención proporcionan asistencia individual, familiar y de pareja, pero sólo dos de cada tres instituciones de la red básica permiten obtener un tratamiento psicofarmacológico; que aunque un número muy importante de organizaciones desarrolla actividades específicas de

prevención y promoción en el campo de la salud mental, una quinta parte de ellas no contempla estas intervenciones y que las prácticas de rehabilitación en salud mental constituyen tareas poco institucionalizadas en la atención básica. Finalmente, los resultados hallados sugieren que la propuesta de cuidados integrales presenta una fragilidad, que no se manifiesta tanto en la posibilidad de contacto de los usuarios con los servicios, sino en el tránsito que ellos desarrollan entre las diferentes organizaciones de la red. (Gerlero et al, 2011). Vazquez y Stolkiner (2009) describieron y analizaron las diferentes dificultades que se presentan en cada uno de los niveles de atención en salud para la población usuaria de drogas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí plantean que la fragmentación entre los niveles del sistema de salud se reproduce en las respuestas al problema de la drogadependencia, configurando barreras de accesibilidad específicas para esta población. En cuanto al primer nivel de atención describen falencias para la incorporación del problema de la drogadependencia. (Vázquez y Stolkiner, 2009).

Bang (2015) realiza un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo con estrategia de diseño de estudio de caso único con el objetivo de describir y analizar la participación de dos equipos de salud y salud mental en una experiencia interdisciplinaria e intersectorial de promoción en salud mental comunitaria, llevada adelante por una red de instituciones en la ciudad de Buenos Aires. Para ello se abordó la participación de dos equipos pertenecientes a un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), ubicado en el primer nivel de atención del área programática de un Hospital General, y un Centro ambulatorio de Salud Mental perteneciente a la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se entrevistó a los profesionales de ambas instituciones de salud que participan de las actividades comunitarias objeto de este estudio. La autora plantea que las prácticas que priman en las instituciones a las que pertenecen las entrevistadas responden al modelo bio-médico aunque en tensión con modelos antagónicos sostenidos por diversos profesionales. *“En este contexto, la acción comunitaria se sostiene en una alianza con otras instituciones y organizaciones del barrio, gracias a la preexistencia de una red*

que opera a través de acciones de participación comunitaria. (...) Esta experiencia muestra que, la promoción en salud mental se articula con las formas participativas de los colectivos sociales, produciendo profundos efectos subjetivos en los actores implicados.” (Bang, 2015. p. 140).

Por su parte Camacho-Arce, Caballero-Baldivieso, Venegas-Arzabe (2009) realizan un estudio con el objetivo de caracterizar los trastornos de salud mental o conductuales (TSMC) atendidos en una red de salud y conocer la percepción de profesionales sanitarios, representantes de la comunidad y responsables de brindar los servicios. Se trata de un estudio transversal descriptivo en 14 centros de primer nivel de atención y uno de segundo de dos distritos del El Alto, provincia de Murillo, departamento de La Paz, Bolivia. Se realizaron visitas de observación a consultas médicas, encuesta semiestructurada a un médico de consulta externa, entrevistas en profundidad a autoridades sanitarias locales y grupos focales. Entre los resultados obtenidos se encuentra que en los servicios estudiados no se registra una demanda sistemática de atención por TSMC, ya sea porque la población no acude a los centros de salud o porque no se tiene conciencia del posible carácter de salud mental de algunas dolencias psicosomáticas. En cuanto a la atención de los TSMC, *“en las consultas médicas observadas no se identificaron adecuadamente los síntomas y los signos de TSMC y no se diagnosticaron ni se refirieron casos a otros centros. (...) Se observó poca capacidad para el diagnóstico desde un enfoque de la APS, ya que muchos médicos consideraban que los TSMC no constituían un problema en las consultas externas.”* (Camacho-Arce, Caballero-Baldivieso, Venegas-Arzabe, 2009. p. 514).

2.2. Salud mental desde los profesionales del Primer Nivel de Atención

Los antecedentes que toman esta perspectiva para el análisis de la articulación entre APS y salud mental también se desarrollan en mayor medida en Brasil.

Oliveira y otros (2017) desarrollan un estudio cualitativo mediante análisis crítico del discurso. Se realizan entrevistas semiestructuradas a 16 profesionales del equipo de una Unidad de Salud de la Familia del municipio de Joao Pessoa con el objetivo de analizar las concepciones que orientan las prácticas de los profesionales en relación a los cuidados en Salud Mental. Los resultados obtenidos dan cuenta de que prevalecen concepciones de salud mental vinculadas a la ausencia de trastorno mental grave, idea basada en la exclusividad de la dimensión biológica, en detrimento de otros factores. Gonçalves y otros (2013) realizan un estudio cuantitativo con 45 enfermeros de atención primaria de una Microregión del Triangulo Sur del Estado de Mina Gerais por medio de entrevistas semiestructuradas para describir las acciones de los enfermeros en la promoción de la salud mental. Entre los resultados encontrados se resalta que el 60% de los entrevistados no posee formación específica en salud mental y que el 68,9% no se sienten preparados para abordar la salud mental en la Estrategia de Salud Familiar. Entre las acciones resaltadas por los enfermeros entrevistados para la promoción de la salud mental se encuentran las de acogimiento, orientación y apoyo familiar. Los autores concluyen que los resultados refuerzan la necesidad de políticas públicas de promoción de la salud mental en la atención primaria que favorezcan la educación permanente, la valorización del trabajo de los enfermeros y de otros profesionales de la salud junto a las personas con trastornos mentales. (Gonçalves et al, 2013). Otro estudio centrado en los profesionales de enfermería es el desarrollado por Campos, Bezerra y Jorge (2018). Se trata de un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas y observaciones libres con el objetivo de analizar las tecnologías de cuidado en salud mental utilizadas en las prácticas y procesos constituyentes de la APS desde la perspectiva de enfermeros del Municipio de Fortaleza. Los resultados obtenidos dan cuenta que entre las tecnologías utilizadas se encuentran el acogimiento y el apoyo matricial pero que la

organización de los procesos de trabajo siguen priorizando las tecnologías duras (vinculada a la propedéutica y a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos) y semiduras (caracterizada por los saberes científicos y mediada por el razonamiento clínico) en detrimento de las relacionales. Asimismo, los enfermeros refuerzan que el cuidado en salud mental en atención primaria todavía se basa en el modelo de atención “*médico-medicamento-centrado*” (Campos, Bezerra y Jorge, 2018. p. 2233). Rotoli y otros (2019) realizan un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas a 30 profesionales (17 enfermeros, 4 médicos, 5 psicólogos y 4 trabajadores sociales) en tres ciudades de Río Grande do Sul en abril de 2018 para identificar los desafíos enfrentados por los profesionales para agregar “resolutividad” a las acciones en el campo de la salud mental en la atención básica. Los principales resultados obtenidos fueron que los profesionales mencionan no tener suficiente base teórica para dar sustento a las acciones que las personas con trastornos mentales requieren en el ámbito de las Unidades Básicas de Salud ni conocer sus competencias específicas en términos de salud mental. Asimismo, los profesionales no reconocen que la atención de las personas con trastornos mentales sea competencia de las Unidades Básicas de Salud. (Rotoli et al, 2019). En la misma línea, Angelini y Caccia-Bava (2015) realiza un estudio cualitativo de grupo focal con un Equipo de Salud de Familia en un Municipio del interior del Estado de San Pablo. Este equipo fue seleccionado entre otros por haber sido el que más había derivado pacientes al Centro de Atención Psicosocial el año anterior. La conversación del grupo focal fue disparada por preguntas en relación al cuidado de las personas con padecimiento mental. El estudio concluye que los profesionales reconocen la necesidad de un cambio en los modelos de atención centrados en la enfermedad a modelos centrados en la persona con padecimiento mental. No obstante esto, las acciones en este sentido siguen resultando insuficientes y desarticuladas (Angelini y Caccia-Bava, 2015). Souza y otros (2017) realizan un estudio exploratorio descriptivo con el objetivo de analizar el manejo de la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud de acuerdo con la percepción de los profesionales de la Estrategia de Salud de las Familias (ESF). Se realizaron observaciones, entrevistas individuales, entrevistas

grupales y grupos focales con enfermeros, coordinadores y agentes comunitarios de salud de los equipos de salud de familia de un municipio del interior de San Pablo. Los resultados del estudio permiten identificar que los profesionales de atención primaria se ocupan de las necesidades limitadas al campo psiquiátrico y a otras de mayor complejidad que requieren abordajes intersectoriales. Los equipos estudiados han desarrollado diferentes acciones de salud mental como *“acogimiento, rastreo de trastornos, consultas, grupos, orientación a los pacientes y las familias, ayuda en el manejo de psicofármacos así como acciones en el territorio”* en escuelas y plazas. (Souza et al, 2017. p. 991). En esta misma línea, Reis da Silva y otros (2016) realizaron un estudio con el objetivo de conocer las percepciones de los profesionales de salud de la familia acerca de la implementación de acciones de salud mental en la atención primaria de la salud. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado con un Equipo de Salud de la Familia en el municipio de Vitória da Conquista, Bahia. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y los datos fueron analizados por análisis de contenido temático. Como resultados se resaltan la dificultad para describir y conceptualizar acciones de promoción de la salud mental. Además los profesionales relatan no poseer capacitación suficiente para realizar acciones de salud mental en APS.

También se encontraron antecedentes sobre el tema en estudios realizados en Argentina, Chile, México y España.

Parra (2012 y 2016) realiza un estudio con el objetivo de caracterizar las estrategias de intervención que desarrollan los psicólogos desde los Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de la Ciudad de Neuquén, Argentina, en el contexto de la APS tomando en cuenta el período 2010 mediante la revisión de registros sanitarios existentes, la aplicación de encuestas y la realización de entrevistas a los profesionales (todos ellos psicólogos). Las conclusiones a las que arriba el estudio son que la mayor parte de las estrategias de intervención que realizan los psicólogos están centradas en un aspecto específico de la APS,

el vinculado a la atención de la demanda asistencial y que dichas estrategias de intervención están orientadas fundamentalmente a la incorporación acciones de salud mental a las prácticas de APS más que a la aplicación de los principios de la APS a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica. (Parra, 2012 y 2016)

En 2007 Scharager Goldemberg y Molina Aguayo desarrollaron un estudio para caracterizar el quehacer de los psicólogos que se desempeñan en los centro públicos de atención primaria de Chile y analizar el grado en que las actividades desempeñadas se ajustan a las especificaciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Para esto realizaron un estudio transversal y descriptivo mediante un cuestionario que se envió por correo electrónico entre los meses de diciembre de 2003 y noviembre de 2004 a 486 profesionales de los cuales se obtuvo respuesta del 34,4%. Entre los resultados obtenidos se encontró que se destinaba *“una mayor cantidad de horas contratadas a la atención asistencial individual que a la grupal, familiar o comunitaria, y que a la atención indirecta de personas”* (Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007. p. 152). Esto pareció relacionarse con que queda poco espacio en la jornada laboral de los psicólogos para realizar actividades preventivas y de promoción y protección de la salud, así como para trabajar con familiares y grupos en riesgo y llevar a cabo otras tareas en la comunidad por la alta demanda de atención de los problemas de salud mental (Scharager Goldenberg y Molina Aguayo, 2007).

Vargas Terrez y Villamil Salcedo (2016) publicaron los resultados de una experiencia de atención colaborativa entre enfermero o trabajador social, médicos generalistas y psiquiatras de personas con depresión o ansiedad en siete centros de salud de la Ciudad de México. Entre las dificultades que encontraron para la realización de este tipo de abordajes se mencionan: *“a) exceso de trabajo del personal, ya que cada médico atiende en promedio de 18 a 20 pacientes por día, b) tiempo que le dedican al llenado de diversos formatos y c) programas prioritarios a los que se les presta mayor dedicación, como la atención del niño sano, embarazo en adolescentes y cáncer cérvico-*

uterino, entre otros.” (Vargas Terrez y Villamil Salcedo, 2016. p. 8) También se mencionan dificultades en la articulación entre niveles de complejidad, sobre todo respecto a la disponibilidad de psicofármacos (Vargas Terrez y Villamil Salcedo, 2016).

Hornillos y otros en 2009 realizan un estudio a partir de una experiencia realizada en Alcalá, España, que consiste en la participación de un psiquiatra y un psicólogo clínico del equipo de salud mental de adultos de esa localidad en las evaluaciones realizadas por los médicos de un centro de atención primaria. Para ello se aplica una encuesta a los médicos mencionados y se las compara con las de otro centro, de características similares, en el que no estaba teniendo lugar la experiencia. Entre los resultados a destacar se encuentran que al comparar las respuestas de los médicos de atención primaria de cada uno de los centros se han obtenido diferencias significativas en las valoraciones que se hacen sobre distintos aspectos de la relación atención primaria-salud mental: calidad de la información que aporta salud mental sobre los pacientes derivados a ese nivel; cantidad de contactos con el equipo de salud mental; disponibilidad del equipo de salud mental; cantidad de cursos de formación continuada específicos de salud mental; haberse coordinado alguna vez con un profesional de salud mental; y la valoración de la calidad de la coordinación actual. *“Especialmente llamativa resulta la reducción de derivaciones a salud mental en el centro objeto de estudio en comparación con otros centros de atención primaria.”* (Hornillos et al, 2009. p. 368)

2.3. Atención Primaria de la Salud y pandemia por COVID-19

La mayoría de las publicaciones sobre el tema son artículos de opinión, editoriales o informes. Sin embargo, se encontraron algunos estudios que abordan la relación entre APS y pandemia, desde distintas dimensiones. Se tomaron aquí fundamentalmente, aquellos que ponen el acento en las

características que adquirió el primer nivel de atención durante la pandemia por COVID-19.

Se encontraron artículos que abordan la dimensión de los trabajadores del primer nivel de atención. Uno de ellos, analiza las experiencias de trabajadores de un centro de atención primaria del conurbano bonaerense durante 2020 (Freidin et al, 2021). Se trata de un estudio de caso, que recupera las experiencias de trabajo del equipo de salud de un CAPS de la periferia norte del conurbano bonaerense durante los ocho primeros meses de la pandemia. La conclusión a la que arriba el estudio se centra en que la pandemia por COVID-19 afectó procesos institucionales generando una gran incertidumbre y *“modificando no sólo las rutinas y la dimensión espacial del quehacer diario sino también las formas de negociación del trabajo coordinado”*. (Freidin et al, 2021, pág 160). Un artículo español concluye en esta misma línea que la pandemia por COVID-19 ha modificando la organización y las dinámicas de trabajo establecidas hasta entonces y que los profesionales tuvieron que adaptarse a la nueva situación para atender el aluvión de casos y contactos, evitar contagios y mantener la atención a otros problemas de salud (Txema Coll B et al, 2021)

Otros artículos analizan el rol y las respuestas del primer nivel de atención durante la pandemia por COVID-19. Uno de ellos, realizado en Perú, concluye que el primer nivel de atención tuvo un rol fundamental en el manejo de las necesidades de la población durante la pandemia COVID-19 y pone el énfasis en la forma en que este nivel de complejidad debe organizarse para llevar a una mejor calidad de los servicios de salud, optimizar los recursos y garantizar la atención (Villanueva-Carrasco R et al, 2020). En esta misma línea, un estudio español identifica como los principales problemas éticos que se han planteado por la pandemia de COVID-19 a la cancelación de actividades programadas, escasa atención domiciliaria y seguimiento de pacientes ancianos y crónicos, la escasez de equipos de protección personal y test, los protocolos cambiantes, y los problemas asociados a la telemedicina y a la atención telefónica a los pacientes (Beltran-Aroca CM, González-Tirado

M y Girela-López E, 2020). Finalmente, otro artículo español describe el impacto en la atención primaria de las distintas fases por las que ha discurrido la pandemia. Identifica como principales problemas el de la accesibilidad, la ruptura de la longitudinalidad, que la atención a la cronicidad y a otras patologías distintas de la COVID-19 quedó en suspenso. También menciona como la pandemia por COVID-19 generó incertidumbre diagnóstica, con su consiguiente tensión profesional, y desconcierto por el permanente cambio en los protocolos y en las directrices que acrecentó esta incertidumbre (Satue de Velasco et al, 2022)

3. Definición del objeto de estudio

Los temas de interés de esta investigación son la articulación entre Atención Primaria de la Salud (APS) y salud mental, y las características particulares que adquirieron con la pandemia por COVID-19, a partir del análisis de discursos de profesionales del Primer Nivel de Atención.

En un primer momento se delimitó el problema a abordar como la articulación entre APS y salud mental a partir de discursos de profesionales del primer nivel de atención. Sin embargo, en un segundo momento se tomó la decisión de complejizar el problema en el contexto de un suceso inesperado tal como fue el comienzo de la pandemia por COVID-19. La pandemia, marcó una impronta diferente y dejó una huella permanente en el sistema de salud y en los trabajadores y trabajadoras, que difícilmente pudiera soslayarse en una tesis donde justamente son los profesionales la fuente de información.

Basada en los argumentos presentados en la introducción, la investigación busca indagar las articulaciones entre salud mental y APS a partir de los discursos de profesionales de un efector seleccionado del primer nivel de atención del Municipio de San Martín, Provincia de Buenos Aires, y los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19.

Las preguntas que orientan la búsqueda de información y el análisis para esta investigación son:

¿Cómo se expresan las articulaciones entre salud mental y APS en el primer nivel de atención del Municipio de San Martín? ¿De qué manera se incorpora el componente salud mental en las prácticas en salud del primer nivel de atención del Municipio de San Martín? ¿Cuáles son las profesiones que intervienen en el abordaje de situaciones que involucran el padecimiento subjetivo? ¿Mediante qué prácticas se abordan? ¿Qué cambios se produjeron a partir de la pandemia por COVID-19 en el funcionamiento del primer nivel de atención en el Municipio de San Martín y en las tareas desarrolladas por sus profesionales?

Estas preguntas permiten arribar a la formulación del siguiente objeto de estudio:

Describir y analizar las articulaciones entre salud mental y Atención Primaria de la Salud (APS) y los cambios producidos con el suceso de la pandemia por COVID-19 a partir de los discursos de profesionales de un efector seleccionado del primer nivel de atención del Municipio de San Martín, Provincia de Buenos Aires.

Si bien, al tratarse de un estudio con estrategia cualitativa no se enuncian hipótesis, hay algunos supuestos orientadores:

La política del Municipio en estudio parece brindarle un espacio reconocido a salud mental, existiendo facilitadores de la integración de salud mental y APS.

La pandemia por COVID-19 produjo cambios que marcaron una impronta diferente y dejaron una huella permanente en el sistema de salud y en los trabajadores y trabajadoras.

La inclusión de la dimensión subjetiva en las prácticas de salud de los equipos del primer nivel de atención permite un cambio de modelo hacia la salud integral.

4. Descripción del ámbito de estudio

El Municipio con el cual se establece el contacto para esta investigación es el Municipio de San Martín. Situado en el primer cordón del conurbano bonaerense, con una población estimada de 450.335 habitantes (INDEC, 2023). Desde 2014 tiene un Programa de Salud Mental (Moreno, Diaz Arana, 2014) que se adecua a los principios generales de la Ley 26.657, a la que adhirió en 2013 la Provincia de Buenos Aires por Ley 14.580. El Municipio cuenta con 17 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), el centro de salud n°22 “Dr. Juan Naab” y la Sala Santa Ana. El CAPS en el que se desarrolla esta investigación es el CAPS N° 9, ubicado en el barrio de Billinghamurst. Todos estos efectores conforman el primer nivel de atención del municipio. En los 17 CAPS hay asistencia en salud mental. Además cuenta con el Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón” y el Hospital Zonal General de Agudos “General Manuel Belgrano”, ambos provinciales; y tres hospitales municipales: el “Dr. Alexander Fleming”, el “Dr. Diego E. Thompson” y el “Dr. Enrique Marengo”. En cuanto a salud mental posee recursos de asistencia específicos: un Centro de Salud Mental con Hospital de Día, que tiene atención psicoterapéutica individual y grupal para adultos y niños, atención ambulatoria para Consumos Problemáticos de Sustancias y un Instituto de Rehabilitación Psicofísica. El Hospital Municipal “Dr. Diego E. Thompson” cuenta con atención de emergencias para consumo problemático de sustancias y dispositivo de orientación para consumo problemático con consultorios externos de adultos, niños y adolescentes y guardia psicológica. Los dos hospitales locales (“Dr. Alexander Fleming” y “Dr. Enrique Marengo”) cuentan con consultorios externos de salud mental. El Hospital Zonal General

de Agudos “General Manuel Belgrano” tiene consultorios externos de Psiquiatría y Psicología para distintos momentos del ciclo vital. El Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón” cuenta con Hospital de Día para niños y adultos; consultorios externos de niños, adolescentes y adultos; sala de internación para mujeres, servicio de guardia de Adultos y un dispositivo de orientación en adicciones, en él hay residencia en Psiquiatría y Psicología. (Municipalidad de San Martín, 2014 y Red Bonaerense de Atención y Cuidados, 2025).

Se trata entonces de un Municipio que cuenta con recursos de salud mental en el primer nivel de atención, su programa adhiere a la implementación de la Ley 26.657 y tiene en proceso una gestión del área que define problemas, prioridades y estrategias para abordarlos, a la par que se propone procesos de evaluación.

5. Objetivos general y específicos

El objetivo general del estudio es indagar las articulaciones entre salud mental y APS y los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19 a través de los discursos de profesionales de un efector seleccionado del primer nivel de atención del Municipio de San Martín, Provincia de Buenos Aires.

Los objetivos específicos son:

Describir y analizar las concepciones de salud mental a partir de los discursos de los profesionales entrevistados

Indagar las formas en que se incorpora la dimensión de la salud mental en las prácticas de los profesionales entrevistados

Analizar las características particulares que adoptó el CAPS N°9 y en las tareas realizadas por sus trabajadores a partir de la pandemia por COVID-19. Relevar los discursos de profesionales del CAPS N° 9 del municipio de San Martín

6. Relevancia

La relevancia de estudiar las articulaciones entre salud mental y Atención APS se relaciona con la importancia de conocer los modos en que es entendida la salud mental por los distintos profesionales, el modo particular en que se aborda la subjetividad y la forma en que se incorpora el componente salud mental en las prácticas de salud del primer nivel de atención. Abordarlo a partir de discursos de profesionales aporta a la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención/cuidado desde una de sus dimensiones.

El estudio de estas articulaciones permite generar conocimiento que puede resultar relevante para incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud con el objetivo de promover modelos de atención integrales, entendiendo que todo padecimiento implica una dimensión subjetiva y orgánica indisoluble y que *“el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida”* (Stolkiner, Ardila; 2012. p. 58).

Asimismo, el estudio de los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19 pueden haber adquirido características particulares en el primer nivel de atención que aún no han sido exploradas y pueden aportar a la planificación y el diseño de políticas sanitarias que tengan en cuenta estas particularidades.

Capítulo II. Marco teórico

1. Salud y Salud Mental: La dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-cuidado

La corriente de pensamiento en la cual se ubica este estudio es la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, en tanto campo científico y ámbito de prácticas (Almeida Filho, Paim; 1999), y su articulación con la salud mental (Stolkiner, Ardila, 2012; Onocko Campos, Pereira Furtado, 2006). Dicha corriente de pensamiento realiza una revisión crítica de los modelos causalistas lineales como de los dualistas dicotómicos (salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental), incorporando la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno (Stolkiner, Ardila; 2012). Los postulados de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana quita la centralidad de la enfermedad y de la práctica médica que ubica como eje a las patologías individuales, proponiendo *“una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares”* (Stolkiner, Ardila; 2012. p. 64) y produciendo una clínica ampliada (De Souza Campos, 2001) caracterizada por la horizontalización y la articulación entre especialización e interdisciplina.

La corriente de la Medicina Social/Salud Colectiva conceptualiza el proceso salud-enfermedad-atención/cuidado de un modo tal, que resulta imposible aislar la salud mental de la salud en general, ya que todo padecimiento implica una dimensión subjetiva y orgánica indisolubles. *“Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente.”* (Stolkiner, Ardila, 2012. p. 65) Desde esta perspectiva, el campo de la salud mental se define como *“un campo de prácticas sociales que aborda la dimensión subjetiva o psíquica de las problemáticas complejas de salud-enfermedad-atención-cuidado”* (Stolkiner, 2025). Es siguiendo a esta corriente que se tomará la categoría de “padecimiento subjetivo” como una de las dimensiones de análisis de la

complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado (Stolkiner, 2024) en lugar de la de “enfermedad mental” propia de la nosografía clásica (Augsburguer, 2002) que resulta objetivante del sujeto-paciente y de su sufrimiento, pero también del sujeto-profesional (Martínez Hernández, Correa Urquiza, 2017. P. 274) y que incluso, al definirse como un fenómeno bio-psico-social, establece una jerarquía y legitimidades profesionales (lo “bio” como territorio del psiquiatra, lo “psico” como territorio del psicólogo y lo social, del trabajador social) imposibilitando el diálogo interdisciplinar (Martínez Hernández, Correa Urquiza, 2017).

Se tomará a la salud mental como subcampo dentro del campo de la salud pero con formas institucionales distintas que ponen de manifiesto la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas. (Stolkiner, Ardila; 2012). Es en este sentido que se plantea que *“el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida”* (Stolkiner, Ardila; 2012. p. 58).

Se toma el concepto de Salud Mental Colectiva, en tanto posicionamiento epistemológico y político, como coalescencia de saberes y conocimientos que acerca a *“la construcción participativa, colectiva, de la aflicción”*. (Martínez Hernández, Correa Urquiza, 2017. p. 270). Se parte de la lectura de que en los sistemas de salud las disciplinas del subcampo de la salud mental resultan subsidiarias del modelo médico hegemónico en la mirada sobre el sufrimiento y que en la práctica clínica se produce una relación donde las cosas son personificadas y los sujetos objetivados: *“De esta manera, la clínica se mimetiza con la relación consumidor-mercancía en la que el fetiche de la cosa –o quizá deberíamos decir de la mercancía– cobra vida.”* (Martínez Hernández, Correa Urquiza, 2017. p. 275)

2. Atención Primaria de la Salud: Meta programática o propuesta política para la justicia social

La corriente de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana ha tenido una interlocución crítica con los discursos y propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otras cosas, en relación a las propuestas de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Con respecto a la APS se retoma la tensión entre considerarla un primer nivel de atención con servicios básicos o una estrategia reordenadora de los sistemas de salud con incorporación de la categoría de integralidad y derechos (Labonté et al, 2009; Ase, Burijovich, 2009; De Maeseneer et al, 2008; Testa, 1988).

La estrategia de APS surge como respuesta a la crisis de la salud pública que comienza hacia fines del siglo XX (Tejada de Rivero; 2013). La triple crisis de la salud pública, que Tejada de Rivero (2013) identifica como crisis por aumento de costos, crisis por reducción de presupuestos y de coberturas. Sin embargo, *“las prácticas y la mayoría de los dispositivos de la APS ya estaban disponibles y presentes antes de 1978 y (...) en buena medida el constructo APS incentivó, amplió, articuló esas experiencias generando un concepto polisémico que logró entramar un conjunto disperso de dispositivos, de escenarios, de modelos de atención e incluso de estrategias populares de supervivencia.”* (Róvere, 2018. p. 319)

Como antecedente de la APS cabe mencionar diversas experiencias que se produjeron en el siglo XIX y comienzos del siglo XX (Róvere; 2012). Una de ellas es la de las enfermeras de salud pública con prácticas que se pusieron de manifiesto desde el siglo XIX vinculadas a la transmisión de información a los sectores empobrecidos para que se “ayuden a sí mismos” y así mejorar su calidad de vida (Rosen; 1993. p. 351). *“Es posible encontrar en estas experiencias pioneras muchos de los desarrollos posteriores de profesiones hoy muy relevantes y presentes en casi todos los países, como enfermeras de Salud Pública, visitadoras de higiene, obstétricas, trabajadoras*

sociales, nutricionistas, entre otras.” (Róvere; 2012. p. 331). También existen desde comienzos del siglo XX experiencias de epidemiología vectorial, a partir de las cuales la Salud Pública queda asociada con el pensamiento militar, como la campaña de Estados Unidos en La Habana, para remover nichos del *aedes aegypti*; las medidas llevadas adelante por Oswaldo Cruz para limpiar el puerto de Río de Janeiro y para avanzar contra la malaria, la peste bubónica y el Chagas; la incorporación de la vacunación obligatoria contra la viruela como una nueva actividad, muy resistida en algunos países, de los agentes de salud. En la década de 1950 y 1960 se desarrollaron también programas integrales con personal de la comunidad cuyo paradigma fue el Movimiento de Médicos Descalzos de China. Finalmente, Mario Róvere (2012) marca como antecedente nodal de la APS los programas de salud relacionados con las iglesias a cuyo estudio se recurrió incluso para la preparación de Alma-Ata (Róvere; 2012).

En septiembre de 1978, y como resultado de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud que reunió a delegaciones de 134 gobiernos y representantes de 67 organizaciones de Naciones Unidas (OMS; 1978) en la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se proclama la Declaración de Alma-Ata (OMS/UNICEF; 1978). Motiva esta declaración la desigualdad sanitaria entre países en desarrollo y desarrollados, que resulta inaceptable y la *“injusta distribución de los recursos de salud”* (OMS; 1978. p. 21) Allí se proclama la salud como un derecho humano fundamental, la importancia de la participación del pueblo en la planificación y aplicación de la atención de su salud y la obligación de los gobiernos respecto a su cuidado (OMS/UNICEF; 1978).

En aquel momento, se daba un proceso que implicaba el reconocimiento científico por parte de la OMS de diversas experiencias que permanecían aisladas hasta el momento: la medicina tradicional China y sus *“médicos descalzos”*, la medicina ayurvédica y otras formas académicas no occidentales en India y, en menor medida, en África y América Latina. En las Asambleas Mundiales de Salud de 1975 y 1976 se asumió el compromiso de

“salud para todos en el año 2000” (Tejada de Rivero; 2003) que requeriría de esas experiencias no tradicionales para poder implementarse. Esta meta fue entendida como meramente programática, poniendo el acento en *“el año 2000”* cuando en verdad debería entenderse como una meta social y política que hace hincapié en que la salud debe ser *“para todos”*. (Tejada de Rivero; 2013)

La meta de *“salud para todos en el año 2000”* obliga a repensar los sistemas de salud y en ese sentido se propone la APS como clave para alcanzarla. La misma es definida como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (...)* Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (OMS/UNICEF; 1978. VI) Se establecen como características principales de la APS la orientación hacia los problemas de salud de la población incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolverlos; la intersectorialidad; la participación comunitaria en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control; y la conformación de equipos de salud con profesionales de distintas disciplinas y con personas con saberes no disciplinarios a cargo de una zona determinada (OMS; 1978). La APS requiere de la elaboración, adaptación y aplicación de tecnología apropiada para la salud, *“incluido el suministro suficiente de medicamentos esenciales baratos y de buena calidad, productos biológicos y otros materiales y equipos”* (OMS; 1978. p. 22)

Se toma lo planteado por Tejada de Rivero (2013) en torno a que la APS es, al menos, un cuidado integral y un derecho de los pueblos que se

aplica a todo el sistema social y a todos los niveles en tanto considera la salud como un aspecto del bienestar social, en el que intervienen diversos factores; es un proceso participativo en el que *“los proveedores de servicios ‘devuelven’ a la propia población la responsabilidad primaria del cuidado de su salud personal y colectiva.”* (p. 286); es un proceso social y político; dado que sus principios no son exclusivos del campo de la salud, es una forma de entender el proceso de desarrollo humano en su conjunto.

La APS entendida como estrategia de reorganización del sistema de salud supone que éste está conformado por elementos de su propio sector y de otros con actividades relacionadas entre sí y en el que existen distintos niveles de complejidad creciente, el primero de los cuales es el punto de contacto entre los individuos y el sistema. Es para resaltar que entre la recomendaciones realizadas en la Conferencia se encuentran que ese primer nivel de contacto comprenda al menos actividades de *“enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental; y el suministro de medicamentos esenciales”* (OMS; 1978. p. 29) Es decir, ya desde la Declaración de Alma-Ata se incorporó la salud mental a la APS, con énfasis en la promoción. Los restantes niveles proporcionan servicios más especializados y de creciente complejidad.

En aquel momento se entendió la adopción de la Declaración de Alma-Ata por todos los gobiernos como una manifestación de voluntad política inspirada en la justicia social (OMS; 1978). Sin embargo, la aplicación de esta estrategia en los diferentes países adoptará particularidades propias. En algunos, más vinculada a una concepción integral de la APS y en otros, de forma restringida o selectiva.

El compromiso de “*salud para todos en el año 2000*” fue entendido, como se mencionó, como una meta más técnico-burocrática que social y política (Tejada de Rivero; 2003 y Róvere; 2012). Pero además, ya en la década del 70, cuando comienza a acuñarse el término *Primary Health Care* se produce lo que Tejada de Rivero (2013) entiende como una “*pésima traducción*” que conlleva a equívocos que se traducen en su aplicación.

Lo que se ha entendido como “*atención*” estaba en la versión original de la Declaración planteada como “*cuidado*” (*care* en inglés). “*El ‘cuidado’ tiene una connotación mucho más amplia e integral que la ‘atención’. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.*” (Tejada de Rivero; 2003. p. 5) La noción de cuidado implicaba que las prácticas en salud pueden y deben exceder a las acciones desarrolladas desde el sector sanitario.

Algo similar ocurrió con el término “*primaria*” (*primary* en inglés) que quedó vinculada a la definición de primario más como “*primitivo*” que como “*principal*” (Testa, 1988; Tejada de Rivero, 2003) Esto redundó en que no constituyera el núcleo central de los sistemas de salud, sino una atención “*más periférica y de bajo costo para los pobres*” (Tejada de Rivero; 2003. p. 5)

Una simplificación mayor se produjo respecto a lo que se entiende por salud, y a pesar de que la Declaración de Alma-Ata, retoma la definición de la OMS de 1946 en tanto “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS; 1946) e incorpora la dimensión de la salud como un derechos humano fundamental que requiere de la intervención de otros sectores económicos y sociales, no se ha comprendido que “*la salud es, por sobre todo, una realidad social compleja,*

un proceso social aun más complejo, y un proceso político dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores.” (Tejada de Rivero; 2003. p. 5)

A estas distorsiones Mario Róvere, agrega una “paradoja”: que la estrategia de Atención Primaria de la Salud no se formuló en términos estratégicos dada la ausencia, entre otras cosas, de la noción de campo y la identificación de actores, intereses y conflictos. (Róvere; 2012)

Pero más allá del fracaso de la meta “*salud para todos en el año 2000*” y de las diversas aplicaciones de la APS distorsionadas del espíritu de Alma-Ata, se han producido avances en su nombre que implicaron transformaciones en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud. Mario Róvere (2012) menciona algunas de ellas:

- Cambios en los indicadores sanitarios;
- Aumento de los profesionales que trabajan por fuera de los hospitales y nuevas categorías laborales especializadas en el trabajo comunitario;
- Redefinición de prácticas profesionales;
- Incorporación de personas de la propia comunidad a los equipos de salud;
- Diálogo entre la salud pública, la medicina y otras disciplinas de la salud;
- Desarrollo de tecnologías “apropiadas”;
- Multiplicación de centros de salud, de experiencias programáticas e instalaciones desconcentradas;
- Presencia de experiencias de participación auto-gestivas o co-gestivas;
- Articulación intersectorial.

Como mencionan diversos autores, la estrategia de APS fue reinterpretada a partir de las reformas del Estado de corte neoliberal (Stolkiner, Solitario; 2007), que en la Argentina (y otros países de América Latina) llevaron a un proceso de mercantilización de la salud (Laurell, 1994). Dicho proceso *“se trata de una transformación regida por una tendencia hegemónica a someter el funcionamiento del sistema a la lógica del mercado”* (Stolkiner, 2000, p. 38). La embestida neoliberal encabezada por el Banco Mundial organizada a partir de su informe del 1993, *“Invertir en Salud”*, representó un intento sistemático por destruir las estrategias estatales y reemplazarla por una lógica de focalización y de subsidio a la demanda. El campo se tensó entre diferentes tendencias, todas las cuales se percibían a sí mismas como la verdadera APS. Así, en lugar de implementarse la estrategia de APS como política rectora del sistema de salud y reorganizarlo íntegramente, fue más *“redituable”* considerarla sólo como puerta de entrada, creando centros de primer nivel de atención pero sin una reestructuración global (Comes, 1999), siguiendo el modelo de APS selectiva (Walsh y Warren; 1979 y Cueto, 2004). Sin embargo, y por esto mismo, la APS tiene vigencia y persiste en casi todas las propuestas de salud (progresistas y regresivas) y en diversos modelos de sistemas de salud (con predominio público/estatal, con predominio privado, en modelos bismarckianos), constituyendo un *“nombre paraguas”* (Róvere; 2012. p. 328) dentro del que se engloban propuestas sanitarias más vinculadas a la APS selectiva con experiencias de APS integral. Esto queda recientemente plasmado en la Declaración de Astaná producto de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, que intenta bajo un paradigmático compromiso con la Declaración de Alma-Ata, introducir la APS como estrategia para la implementación de la Cobertura Universal de Salud (OMS, 2018) *“distorsionando su sentido estratégico para la garantía del derecho a la salud”* (ALAMES, 2018)

A comienzos de 2000 se asistió a una revitalización de las estrategia de APS. *“Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos*

de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades” (OPS/OMS, 2007. p. 2)

Con esta revitalización de la estrategia de APS se lleva adelante por parte de la OPS/OMS una revisión de lo sucedido desde Alma-Ata a la fecha. Así se observan las diferencias en la aplicación de la APS según las regiones y se establecen cuatro categorías principales sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud (OPS/OMS, 2007. p. 4):

- APS selectiva: Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo. El énfasis está puesto en un conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres;
- Atención Primaria: Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces. Éste es el concepto de APS más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia;
- APS integral de Alma-Ata: Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud;
- Enfoque de Salud y Derechos Humanos: Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la Declaración de Alma-Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas.

La reciente declaración de Astaná (OMS, 2018) subsume a la APS en las operaciones del Complejo Médico Industrial y de los organismos internacionales de crédito que pretenden reducir el rol del Estado escudados en la Cobertura Universal de Salud (CUS), lo que vuelve imprescindible “*desplegar su potencial transformador*” (Róvere, 2018)

3. APS y Salud Mental: La atención del sufrimiento psíquico o la incorporación de la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-cuidado

Los postulados de “*las nuevas políticas de salud mental*” que surgen al calor de las diversas experiencias de reforma en Estados Unidos, Francia y, principalmente, Italia confluyeron con las propuestas de APS (Stolkiner, Solitario, 2007). Desde la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de políticas en salud mental propone transformaciones de los sistemas de atención con base en la comunidad (Galende, 1990) ampliando la cobertura hacia nuevos problemas, instalando la atención en el primer nivel de los servicios generales de salud e impulsando prácticas de prevención y promoción. El vínculo entre APS y salud mental también aparece reflejado en numerosas publicaciones de los organismos internacionales. La Declaración de Caracas (OMS/OPS, 1990) plantea una confluencia entre APS y salud mental. Allí se postula que los programas de salud mental deben adaptarse a los principios y orientaciones de la estrategia de APS. Esta posición es ratificada por la OMS en su informe de 2001: “*El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para un mayor número de personas*” (OMS, 2001, p. XI) En otro documento, la OMS (1990) plantea que los servicios de salud se han enfocado en la atención de la “*enfermedad mental*” mediante especialistas pero han desconocido la dimensión “*mental de la vida humana*” (OMS, 1990. p. 8) por lo que resulta indispensable la incorporación de un componente de salud mental en la APS y que en todas las actividades de promoción de la salud “*se atienda al bienestar psíquico*” (OMS, 1990. p. 10)

Se plantea la incorporación del componente de salud mental en la APS en dos dimensiones: La inclusión de conocimientos psicosociales en la asistencia sanitaria general y/o el abordaje de los “trastornos mentales y neurológicos”. Ambas dimensiones pueden ser llevadas a cabo por profesionales sin especialización en salud mental y por agentes sanitarios sensibilizados con esto (OMS, 1990). Asimismo, se plantea que la “*enfermedad mental*” no siempre requiere de atención por parte de un especialista y que la función del mismo debería ser la de “*supervisión y formación*” (OMS, 1990. p. 19)

De acuerdo a cómo se desarrolle la APS se plantea que existen dos modos de articulación entre APS y Salud Mental (Stolkiner, Solitario, 2007): el de aplicar principios de APS al campo de la salud mental y el de incorporar salud mental en las prácticas de APS. El primero suele ser el más privilegiado para los procesos de atención ambulatoria y en comunidad de las problemáticas psiquiátricas clásicas y el segundo pareciera que visibiliza nuevos problemas y demandas.

Ejemplos de la primera articulación son sostenidos por la OMS desde la década del 1990. Desde ese momento se plantea en diversos documentos la posibilidad del tratamiento de las enfermedades mentales por fuera del hospital. “*Se sabe que muchos trastornos mentales graves -quizá la mayoría- son relativamente fáciles de tratar por métodos al alcance del agente de atención primaria. Ocasionalmente puede ser necesaria una hospitalización para verificar el diagnóstico e iniciar el tratamiento pero luego éste se puede aplicar en el centro de salud o en la aldea*” (OMS, 1990. p. 19). Asimismo, en el entrecruzamiento entre APS selectiva y salud mental se da la habilitación de agentes sanitarios para actuar sobre los “*nuevos*” problemas en programas específicos dirigidos a poblaciones “*de riesgo*” o acciones de provisión de medicamentos esenciales para patologías psiquiátricas en el primer nivel de

atención y externación de pacientes para liberar camas hospitalarias. Estas acciones se incorporan en programas focalizados.

De la articulación entre APS integral y salud mental resultaría la incorporación de prácticas de salud mental en las acciones generales de salud a fin de incorporar la dimensión subjetiva y la promoción y prevención relacionada con problemas psicosociales complejos en una perspectiva intersectorial. (Stolkiner, Solitario, 2007) Pero esta articulación implica también un compromiso esencial en tres direcciones: *“a) Integrar un plan general, político, de captación de los problemas de la salud en las condiciones del bienestar general, físico, mental y social; b) integrar a la salud mental, en particular a las políticas, de una medicina social que sea capaz de llevar adelante, en forma global y abarcativa, no sólo cuidados de la enfermedad sino la promoción de la salud, y c) integrar a la comunidad, a través de sus organizaciones naturales, en todos los niveles de gestión en salud mental”* (Galende, 1990. p. 219)

La APS selectiva se convirtió en la forma dominante de APS en muchos países pero demuestra una incapacidad frecuente para abordar las causas fundamentales de los problemas de salud por dirigirse a un conjunto reducido de poblaciones y problemas (orientación casi exclusiva hacia las mujeres y los niños) *“ignorando la importancia de otros problemas como las afecciones crónicas, las enfermedades mentales, las lesiones externas, las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA, así como a otras poblaciones vulnerables, como los adolescentes y los ancianos”* (OPS/OMS, 2007. p. 4). Incluso cuando es cuestionada y se produce la revitalización de la estrategia de APS, la OPS/OMS postula la incorporación del componente de salud mental vinculado únicamente a la atención de las “enfermedades mentales”.

La confluencia entre APS integral y salud mental encuentra dificultades para su implementación en la Argentina: *“Desde hace décadas se sabe lo que*

es necesario hacer tanto en APS como en salud mental, el desafío es cómo concretar estas transformaciones que operan con el atractivo de las utopías y con la dificultad de los cambios que requieren la ruptura de prácticas institucionalizadas cuyos actores tienden a mantenerlas en función de intereses sectoriales o corporativos” (Stolkiner, Solitario, 2007, p. 2). En este sentido se considera imprescindible el desarrollo de políticas que pongan el eje en los sujetos, que desarrollen intervenciones que reconozcan las realidades locales y permitan transformar condiciones de vida desde una perspectiva de derechos para lo cual la APS debe ser fortalecida para que la salud mental no quede circunscripta a un modelo hospitalocéntrico (Vazquez, 2019)

4. El sistema de salud argentino. Fragmentación y puja de actores

Al igual que en otros países de América Latina, el sistema de salud argentino está caracterizado históricamente por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad lo que dificulta la generación de estrategias de intervención articuladas entre diferentes efectores (Stolkiner, 2009). La heterogeneidad implica la existencia de normas particulares para cada organización, que suponen diferencias en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo (Belmartino, 2002 y 2005). A estas características hay que agregarle la falta de equidad en relación a la organización y el financiamiento y al acceso a los servicios (PNUD, 2011). Se trata de un sistema que contiene desde su origen, dos modelos posibles. Es posible reconocer características de un sistema universal de acceso gratuito como el inglés y de un sistema asistencial centrado en el aporte de trabajadores y empleadores, remitiendo a un modelo bismarckiano (Stolkiner et al, 2006), configurando *“dos actores posibles a los que se destina el sistema: el pueblo o los ciudadanos para las prestaciones gratuitas estatales y el trabajador organizado para las de seguridad social”* (Stolkiner, 2009. p. 7)

Ante un sistema que nació fragmentado, el primer esfuerzo sistémico lo lleva adelante Ramón Carrillo, al frente de la cartera de salud durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón, con la influencia del Sistema Nacional de Salud inglés y el chileno, pero tomando como modelo de organización sanitaria nacional a las fuerzas armadas. Un segundo intento puede ubicarse con la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) impulsada por Domingo Liotta y sancionada en 1974, que sin embargo deja en manos de la voluntad de las obras sociales su incorporación al SNIS. Finalmente, en 1984 Aldo Neri impulsa la creación del Seguro Nacional de Salud mediante una ley que se sanciona en 1988 pero que nunca fue reglamentada, echando por tierra el último intento por resolver el problema de la universalidad del sistema de salud en Argentina. Mario Rovere sostiene que *“el sistema de salud en la Argentina es fragmentado, pero tan fragmentado como la sociedad que lo contiene, y esa tendencia parece haber sido funcional a la enorme concentración del ingreso de las últimas décadas”* (Rovere, 2015. p. 41) Una de las características del campo de la salud en Argentina es la puja de diversos actores sociales que de distinta manera y en distintos momentos *“han sido un factor determinante en la neutralización de los intentos de integrar el sistema de salud”* (Stolkiner, 2009. p. 1)

El sistema de salud argentino está conformado por el subsector público, a cuya cobertura tiene derechos todos los habitantes del país con financiación y provisión públicas, integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones) y la red de Hospitales Públicos (OPS, 1998). Además, los trabajadores registrados, del ámbito privado y público nacional, tienen una cobertura adicional brindada por la seguridad social. Los trabajadores públicos provinciales tienen cobertura por parte de obras sociales provinciales. En cualquiera de estos casos la cobertura es para el trabajador y su grupo familiar. *“La mayoría de las OS brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores, pues su capacidad instalada propia es muy escasa”* (OPS, 1998. p. 7)

Otra característica de la seguridad social en Argentina es que da cobertura a jubilados y pensionados, y a sus familias, a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, el PAMI. Las obras sociales nacionales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados nacen con *“una fuerte participación de la iglesia que busca concretar un acuerdo entre la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y la Confederación General del Trabajo (CGT)”* (Rovere, 2015. p. 30). El PAMI toma inicialmente el modelo inglés para configurar su modelo prestador, con la figura del médico de cabecera (Rovere, 2015)

El subsector de la seguridad social también muestra una fuerte heterogeneidad. Está conformado por las Obras Sociales Nacionales; las Obras Sociales Provinciales; las de las Fuerzas Armadas y de Seguridad; las universitarias y el PAMI, y *“cuentan con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios generando, como consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios.”* (PNUD, 2011. p. 25)

Las Obras Sociales Nacionales se financian con el aporte del 3% del salario del trabajador y el 6% de contribuciones patronales. Desde sus inicios han tenido una lógica solidaria dado que se aporta de acuerdo al salario haciendo que los salarios altos, de alguna manera, financien la cobertura de los trabajadores de salarios bajos. Además han sido homogéneas en su interior ya que dependían del salario promedio de la actividad laboral correspondiente y de la cantidad de afiliados. A partir de la adopción de la libre elección de las obras sociales, que se produce en los 90, se rompe con la lógica solidaria que había caracterizado al sector hasta entonces ya que cada trabajador reasigna su propio aporte. Como resultado, las obras sociales con gran número de pasivos y diferencias marcadas de ingresos se quedaron con aquellos beneficiarios de menor aporte y mayor riesgo de enfermar, provocando su desfinanciamiento (Torres, 2004).

Las Obras Sociales Provinciales que, a diferencia de las Nacionales, no son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. Se financian con aportes de los afiliados y contribuciones del Estado provincial que, en la mayoría de los casos, se ubican en los rangos de 3-5% y del 4-6%, respectivamente. De la misma manera, brindan atención a los jubilados y pensionados provinciales (con aportes entre 1 y 6,4%). Hay casos en los que también se presta cobertura a empleados municipales, docentes del sector privado y personal de las Universidades Nacionales (mediante convenios de adhesión), además cuentan con la posibilidad de incorporar afiliados voluntarios o adherentes particulares. (PNUD, 2011). Las Obras Sociales Provinciales son de gran relevancia para el sistema de salud por el caudal de afiliados que tienen, que en muchas provincias representa la mayor cobertura de población, y por el nivel de gasto que poseen.

Dentro de la seguridad social también se encuentra, como se mencionó, el PAMI, que se financia con el aporte y las contribuciones generadas por el trabajo formal y por el aporte de los pasivos. Da cobertura a los jubilados, a los pensionados y a sus grupos familiares. A partir de 1995 también se habilitó la libre elección para la población cubierta por el PAMI que puede optar por otra obra social inscripta en el Registro de de receptores de beneficiarios jubilados y pensionados y se establecen los valores a transferir, mensualmente, por beneficiarios al agente del seguro seleccionado. (PNUD, 2011). A diferencia de los que ocurre en otros países de la región que presentan una escasa cobertura de la seguridad social para los mayores de 65, el PAMI es la obra social con mayor número de beneficiarios en el país. Sin embargo, y a pesar de haber sido creado para dar cobertura a la población mayor a 65 años, según el portal de datos abiertos del PAMI (a marzo, 2022), hoy el 30% es menor de esa edad (El 8% de los afiliados son menores de 20 años, el 14% tienen entre 21 y 59 años y el 8% restante tiene entre 60 y 64 años), según el Portal de Datos Abiertos del PAMI.

El subsector privado de la salud también presenta cierta heterogeneidad, aunque está orientado en mayor medida a la población de

mayores ingresos. El número total de empresas de medicina prepaga se desconoce ya que no existe un registro oficial, pero se estiman en alrededor de 300 entidades con una gran concentración en la Ciudad de Buenos y el Gran Buenos Aires. Este subsector está conformado también por los prestadores privados que comprenden alrededor de 10.000 establecimientos, con y sin internación, y que representan algo más del 60% sobre el total sectorial (PNUD, 2011) y por la oferta de profesionales de la salud independientes (OPS, 1998)

Según datos de 2008 y 2009 publicados por el PNUD (2011), las obras sociales nacionales y sindicales dan cobertura al 38,8% de la población, lo que equivale a unos 15.5 millones de personas. El PAMI cubre al 8.3% de la población (unos 3.3 millones de personas), las obras sociales provinciales al 13.7% (5.5 millones de personas) y las empresas de medicina prepaga, al 9% (3.6 millones de personas). La disminución de la cobertura por parte de la seguridad social y de la medicina prepaga y, *“consecuentemente, la mayor dependencia de los servicios ofrecidos por el sector público, aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos per capita de las familias.”* (PNUD, 2011. p. 24)

Dada la estructura federal del país, la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales. Las provincias son las responsables del cuidado y protección de la salud de la población. Los municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico. (OPS, 1998) Esto hace que debido a la brecha de capacidades y desarrollo de las provincias, la cobertura que reciben los ciudadanos resulte inequitativa y se encuentre condicionada por el lugar en que reside. (PNUD, 2011)

Al final del gobierno peronista la estructura del sistema de salud era “predominantemente pública y de dependencia nacional” (Róvere, 2015. p. 25). En los años posteriores, el subsector público/estatal de salud ha pasado por un proceso de fuerte descentralización de los servicios de salud que a diferencia de los que ha sucedido en otros países con procesos similares, no representan avances de los gobiernos provinciales por sobre el nacional, sino, por el contrario, se vincula con la voluntad del gobierno nacional de modificar en su favor las relaciones financieras con las provincias. (Carciofi y otros, 1996; Bisang y Cetrángolo, 1997; Cetrángolo y Jiménez, 2004). En un documento de una comisión asesora de la OPS de 1957 se muestra el apoyo de ese organismo internacional a la intención de la “Revolución Libertadora” de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud de carácter federal y de estimular la iniciativa privada. “*Los procesos de descentralización ocurridos en Argentina no tuvieron las motivaciones clásicas de las reformas que tratan de resolver vía la descentralización los problemas de revelación de preferencias mediante la participación de los ciudadanos en la definición de las políticas y, adicionalmente, no fueron precedidos de las necesarias provisiones en materia de coordinación de las políticas y compensación entre regiones, lo que ha terminado agravando los problemas de equidad distributiva al interior del país.*” (PNUD, 2011. p. 24) Esto representa un claro ejemplo de un federalismo en el gasto social en un país económicamente unitario y concentrado (Rovere, 2015). La descentralización del sistema de salud argentino, constituye un factor más promotor de inequidades, ya que existen enormes disparidades entre las necesidades, las capacidades y los recursos existentes en las distintas jurisdicciones, que requieren de mecanismos compensatorios. Esto ha llevado a la alta heterogeneidad del sistema de salud argentino en términos de respuestas locales y en términos de resultados que se profundiza por la ausencia, mayor en algunos momentos, de coordinación desde el nivel central.

Mario Rovere (2015) enfatiza el proceso histórico caracterizado como “*un péndulo en el cual los servicios nacionales eran transferidos a las provincias por los gobiernos militares (...) y eran devueltos a la esfera nacional*”

por los débiles gobiernos democráticos que lo seguían” (Rovere, 2015. p. 27) y que se termina de consolidar durante la última dictadura cívico-militar, iniciada en 1976.

A partir del golpe de 1955 se desarrollan tres procesos interrelacionados: la mencionada descentralización progresiva de los servicios estatales, el aumento en la cobertura de las obras sociales y el desarrollo del sector privado. Con la afiliación obligatoria de las obras sociales que se produce en los 70 en un momento de pleno empleo, cerca de un 75% de la población pasa a tener esa cobertura, lo que hace que las obras sociales subcontraten al sector privado infraestructura sanitaria *“constituyéndose en el principal impulsor financiero de su desarrollo”* (Stolkner, 2009. p. 7). Esto produce una *“puja distributiva”* (Katz, 1990) en el sector salud por la masa de capitales de la seguridad social produciendo un *“pacto corporativo”* entre el poder sindical y los proveedores privado contra las pretensiones de control del Estado (Belmartino, 1999)

Al proceso de descentralización se sumó a partir de la década del 90, un significativo aumento en la participación proporcional del subsector privado en la infraestructura sanitaria del país y un pacto llevado adelante por el gobierno nacional para inhibir a las obras sociales del desarrollo de infraestructura propia (Rovere, 2015). En el subsector público se instala el modelo de Hospital Público de Autogestión (HPA). *“La idea central consistiría en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de pacientes con capacidad de pago que permitan ampliar la cobertura y mejorar la calidad hacia pacientes de menores recursos.”* (PNUD, 2011. p. 25) Sin embargo, no ha alcanzado los resultados esperados en términos de captación de recursos (Torres, 2004) y ha generado por el contrario barreras de acceso al sistema de salud.

Durante la década del 90 se incrementó el gasto de bolsillo en salud adquiriendo un carácter regresivo: el porcentaje de los ingresos de los

hogares pobres destinado a salud resultó significativamente mayor que el de los hogares de mayores ingresos (OPS, 2008). Las crisis de 2001 que sumió bajo la línea de pobreza a casi la mitad de la población, produjo un impacto no solo sobre el sector salud sino también sobre la salud de la población (Stolkiner, 2009), que tiene su correlato en el Decreto de Emergencia Sanitaria y en la creación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMO/E).

La salida de la crisis, que se inicia en 2003 con la presidencia de Néstor Kirchner marca el inicio de un proceso caracterizado por el crecimiento de la economía, la recuperación del empleo y la puesta en marcha de políticas sociales de ampliación de derechos en el que se establece una relación distinta entre el Estado y el mercado, que sin embargo no logró una reconfiguración profunda del sector salud en la Argentina. Durante el período 2003–2015, el sistema de salud argentino navegó un proceso significativo de aproximación hacia el universalismo, impulsado desde el ámbito nacional, en un contexto institucional federal complejo. Aunque los avances fueron impulsados desde la nación, la implementación se vio modulada por heterogeneidades territoriales que permiten esperar interpretaciones diversas de la universalidad en cada jurisdicción subnacional. (Chiara, Crojethovic y Ariovich, 2017). Este período puede caracterizarse también como “Una década de construcción de un plexo de derechos” (Róvere, 2016. pág. 32), con la sanción de gran cantidad de normas vinculadas a salud como Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673), la Ley de Salud Mental (26.657), la Ley de Producción Pública de Medicamentos (26.668), la Ley de Derechos del Paciente (26.529), Ley de regulación de Medicina Prepaga (26.682). Entre 2003 y 2015, se priorizó el fortalecimiento del subsector público, sin embargo, persistieron tensiones estructurales: la coexistencia de lógicas de mercado y de derecho, la puja entre financiar la oferta pública o subsidiar la demanda y los desequilibrios territoriales. (Róvere, 2016)

Tras 2015, con el gobierno de la alianza Cambiemos, se produjo un retroceso en el rol estatal en salud y protección social. El Ministerio de Salud fue degradado a Secretaría, se redujo el calendario nacional de vacunación,

se limitaron los medicamentos gratuitos para jubilados y pensionados, se desinvertió en ciencia y tecnología y se retiraron equipos de salud territorial. Además, se impulsó la Cobertura Universal de Salud (CUS), presentada como ampliación de derechos pero en la práctica vinculada a la lógica de aseguramiento y mercantilización de los servicios, lo que profundizó la fragmentación del sistema y el enfoque hospitalocéntrico centrado en la urgencia más que en la prevención (Lopez, 2025 y Róvere, 2016)

5. Articulación entre APS y salud mental en el marco normativo argentino

Como primer antecedente de esta articulación se puede ubicar la ley 25.421 de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental. Esa ley busca la articulación entre la estrategia de APS y la salud mental y crea dispositivos alternativos al hospital monovalente. Según Ceriani y otros (2009), define la APS como:

- prevención, promoción y protección de la Salud Mental;
- estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica;
- asistencia a las personas que enferman;
- rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronificación;
- creación de espacios alternativos para la capacitación laboral y el establecimiento de lazos sociales.

En el mismo texto de la ley se conceptualizan la promoción y la protección como *“Actividades dirigidas a poblaciones de riesgo que promueven la participación, autonomía, sustitución de lazos de dependencia, desarrollo y creatividad de las personas”* (Ley 25.421, 2001, Anexo I) y la

prevención como *“Aplicación de los recursos de promoción y protección para evitar situaciones específicas que se detectan en grupos de riesgo”* (Ley 25.421, 2001, Anexo I) A estos fines establece diversas modalidades de tratamiento, tales como acompañamiento terapéutico, talleres protegidos, casas de medio camino y hostales (Ley 25.421, 2001), plasmando la articulación entre APS selectiva y salud mental.

El proyecto fue presentado en dos ocasiones, la primera en 1997 y la segunda en 2000, y convertido en ley en abril de 2001, en el momento en que se estaba desarrollando la crisis económica que llevó a la renuncia del presidente De la Rúa y al default financiero del país. *“La decisión de crear un Programa de Asistencia Primaria (en lugar de una ley de salud mental) tuvo como objetivo lograr el consenso necesario dentro del Parlamento para que la ley fuera aprobada”* (Ceriani et al, 2009. p. 14) pero inmediatamente después a su sanción fue vetado el artículo sexto, el cual establecía que los recursos necesarios para la realización del Programa provendrían del Ministerio de Salud. Esto implica que si bien la ley se encuentra vigente, quedó imposibilitada materialmente para producir los efectos que se proponía. Su inviabilidad estuvo relacionada con la pregnancia de las políticas neoliberales en el sector salud en Argentina, así como con la modalidad de planificación de tipo normativa (Testa, 1997) con que se trabajó en la producción de la ley (Ceriani et al, 2009). La implementación del programa implicaría un importante gasto, no sólo al subsector estatal sino también al subsector privado y de obras sociales. Teniendo en cuenta que el proceso de mercantilización de la salud (Laurell, 1994) hizo que resultara ineludible la participación de grupos económicos en la toma de decisiones del sector (Stolkiner, 2000), resulta significativo que ninguno de estos actores fueran consultados durante la elaboración del proyecto de ley. Tampoco se convocó a otros actores relevantes del campo de la salud mental como los gremios, los usuarios/as y las organizaciones de la sociedad civil. Esto, trajo como consecuencia la inviabilidad de la ley (Ceriani et al, 2009)

Por el contrario, con la Ley Nacional de Salud Mental sucedió algo diferente. Desde comienzos del siglo XXI, en simultáneo con el proceso de revitalización de la APS (OPS/OMS, 2007) se produce un nuevo intento por desarrollar reformas en el campo de la salud mental (OMS, 2001 y 2002). En la Argentina esto se plasma en la Ley Nacional de Salud Mental (26.657, 2010), otro de los marcos normativos importantes para la articulación entre salud mental y APS. La Ley Nacional de Salud Mental le asigna un particular rol en la toma de decisiones al “equipo interdisciplinario” entendiendo que este tipo de abordaje implica *“simultáneamente un posicionamiento teórico epistemológico y también una perspectiva concreta y política que interpela las prácticas al poner en cuestión la relación entre objetividad, saber y poder.”* (Stolkiner, 2017, p.189)

Esta Ley, sancionada en 2010 y reglamentada tres años más tarde, coincide y fomenta la entrada de nuevos actores y voces al campo de la salud mental, entre los cuales se destacan las organizaciones y oficinas estatales de Derechos Humanos y las organizaciones de usuarios y familiares (Stolkiner, 2012 y Ceriani et al, 2010) que desequilibraron la tradicional puja corporativa anterior (Stolkiner, 2018). Allí se plantea que *“El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.”* (Ley 26.657, 2010. Art. 9º) y promueve el desarrollo de dispositivos como *“consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.”* (Ley 26.657, 2010. Art. 11). Es decir, que se subraya la importancia de la APS como una forma de generar los mecanismos necesarios para la externación de pacientes y el abordaje comunitario de los padecimientos

subjetivos, pero no se aborda la inclusión de la dimensión subjetiva en el proceso salud-enfermedad-cuidado.

Capítulo III. Metodología de trabajo

1. Tipo de estudio

Se trata de una investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud, lo que implica la relación de cooperación entre la actividad académica y la gestión y toma de decisiones en salud, como parte de la investigación misma (Almeida, 2000; Almeida, Báscolo, 2006; Jara-Navarro, 2015).

Se inscribe epistemológicamente en los estudios cualitativos o intensivos (Alevesson, Skölberg, 2000), con técnicas cualitativas de producción de datos. Se trata de un estudio de caso en un período temporal definido (Yin, 1994) Se utilizó una metodología cualitativa de estudio con naturaleza exploratoria (Groleau, Young, Kirmayer, 2006)

Se trata de un estudio descriptivo que no incluye prueba de hipótesis en el sentido estricto del término. Una abundante bibliografía relacionada con los métodos cualitativos avala esta posición. Se abandona la idea de hipótesis formales por el mundo de significados construidos por los propios sujetos (Denzin y Lincoln, 2011, Becker, 1996, Ruiz Olabuenaga, 1999, Stake, 1995, Strauss y Corbin, 1994).

Se tomaron como unidades de análisis discursos de profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud seleccionado, del municipio de San Martín, provincia de Buenos Aires.

Las entrevistas se analizaron por categorización de contenidos y se procesaron por medio de generación de categorías que agrupan fragmentos discursivos significativos y fragmentos narrativos (Strauss y Corbin, 1994). El recurso informático utilizado para su procesamiento fué el Software Atlas Ti versión 9.24.0.

El estudio marco² en el que se desarrolla esta tesis también se encuadra en la línea de Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud. El equipo de investigación que desarrolló este estudio y del cual ésta tesista forma parte, ha desarrollado desde 1995 siete proyectos UBACyT consecutivos y dos proyectos con financiación del International Development Research Centre (IDRC/CIID, Canadá). En los mismos se ha seguido consistentemente una línea de indagación que articula el análisis de las políticas en salud-salud mental en los niveles macro, meso y micro-social (Grodos, Mercenier, 2000), indagando las prácticas concretas de actores específicos y haciendo especial énfasis en la relación entre salud mental y APS en el contexto de las reformas sectoriales.

El período temporal de la investigación se extendió entre diciembre de 2018 y diciembre de 2022 y a fines de estudiar el proceso a lo largo del tiempo, pre y post pandemia por COVID-19, se repitieron las técnicas aplicadas para incorporar variaciones longitudinales.

Tal como se mencionó, la elección del lugar en el que se desarrolla la investigación se vincula con el proyecto marco del cuál el presente formó parte. Dicho proyecto se llevó a cabo, al igual que este, en el Municipio de San Martín, con el cuál había un trabajo previo que vinculaba a los equipos de investigación y del área de salud mental del municipio para el desarrollo de distintas tareas. Se trata de un Municipio que cuenta con recursos de salud mental en el primer nivel de atención y su programa adhiere a la implementación de la Ley 26.657. Respecto a la elección del Centro de Atención Primaria de la Salud, se vincula con la viabilidad del proyecto dado que al momento de iniciarse este estudio era dirigido por un profesional que había formado parte de la cátedra de Salud Pública/Salud Mental II, de la

² Discursos, prácticas, actores y subjetividad en la articulación de Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: estudio de caso en investigación social participativa. Directora Alicia Stolkiner. Proyectos UBACyT de Investigación Básica, Aplicados, de Transferencia e Innovación Tecnológica Programación Científica 2018.

Facultad de Psicología de la UBA de la que participan los miembros del equipo de investigación marco y esta tesista, por lo que existía un vínculo previo.

El período temporal en que se llevó a cabo este estudio no estaba preestablecido desde el comienzo. El estudio se inicia en 2018 y el trabajo de campo finaliza en 2022, con distintos niveles de avance durante ese tiempo. Sin embargo, la temporalidad le otorgó características particulares por un acontecimiento bisagra sucedido en ese período: la pandemia de COVID iniciada en marzo de 2020. Por este motivo, se aplica una forma particular de diseño emergente que introduce cambios en el diseño de la investigación a raíz de nueva información introducida en este caso por un acontecimiento relevante como la pandemia por COVID 19. Dado que las preguntas y los objetivos de la investigación cambian a raíz de este acontecimiento, el diseño de la investigación debió modificarse en consecuencia. (Morgan, 2008)

Los contactos para entrar al campo se realizaron por primera vez durante el año 2019 y fueron reiterados en el año 2021. Los entrevistados fueron el director del Centro de Atención Primaria de la Salud y profesionales de distintas disciplinas. Las entrevistas se realizaron de forma presencial, en el Centro de Atención Primaria de la Salud, en 2019, con días y horarios pactados con antelación. Durante 2021 y 2022, y en contexto de pandemia por COVID-19, las entrevistas se realizaron de manera virtual, mediante el uso de la plataforma Meet de Google.

El estudio no implica experimentación con sujetos humanos. Los resguardos éticos fundamentales son con respecto a las personas entrevistadas. Se les presentó un escrito para que brinden su consentimiento informado. En éste se explicitó el carácter y objetivos del estudio, el resguardo de anonimato, la duración de la entrevista, la posibilidad de interrumpirla o retirarse en cualquier momento, la garantía de confidencialidad y la posibilidad de acceso a los resultados del estudio.

Una vez finalizada la tesis, se realizó una evaluación ex post por parte del Comité de Ética Central de la Provincia de Buenos Aires, quien informa (como se desprende del informe incorporado en Anexos) que se trata de un estudio riesgo mínimo; que de la transcripción de las entrevistas no surgen datos personales que puedan generar riesgos a las personas entrevistadas; que el estudio no expuso a personas a riesgos extraordinarios, ni se realizaron intervenciones en salud que hayan generado la exposición a riesgos mayores. En función de esto concluyó que el estudio no presenta dilemas éticos en su realización.

2. Fuentes de datos

Se trabajó con fuentes primarias. Se realizaron 10 entrevistas a profesionales de salud de un centro de atención primaria (CAPS) en base a grillas temáticas. Las entrevistas semidirigidas se realizaron por muestreo teórico o intencional (Valles, 2003). Los datos de las entrevistas se registraron por grabación.

Para el análisis de datos se realizó un análisis de contenido descriptivo-interpretativo (Amezcueta y Galvez Toro, 2002) con el material de las entrevistas que se procesó con el software Atlas Ti versión 9.24.0.

El principio de recurrencia temática (Stake R, 1994) en el material de entrevistas permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron agrupados siguiendo los procesos de generación de categorías y articulación conceptual por tema (Marshall C, Rossman G; 1989). Siguiendo los criterios de integración local e inclusiva (Weiss R, 1994) se dio un ordenamiento a todo el material, lo que permitió elaborar los resultados y reflexiones finales.

Capítulo IV. Resultados

1. Datos contextuales

1.1. *El Centro*

Se realizaron 10 entrevistas a profesionales seleccionados del Centro de Atención Primaria (CAPS) de la Salud N° 9, ubicado en el barrio de Billinghamurst, en el Municipio de San Martín.

El CAPS N° 9 es uno de los 17 CAPS que, junto con el centro de salud N° 22 “Dr. Juan Naab” y la Sala Santa Ana, conforman el primer nivel de atención del municipio. El Municipio de San Martín está situado en el primer cordón del conurbano bonaerense y cuenta con una población estimada de 450.335 habitantes (INDEC, 2023)

Por las características del sistema de salud argentino la mayor parte de las unidades asistenciales de primer nivel o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependen de instancias municipales, aunque articulan con servicios provinciales y ejecutan programas provinciales y nacionales. El nivel local es el espacio donde confluyen en forma particular las tendencias genéricas y un ámbito privilegiado para el estudio de las prácticas de APS, así como para indagar la relación entre servicios y población (Ardila et al, 2012; Stolkiner, Comes, Garbus, 2011)

1.2. *Profesionales y Dispositivos*

En el CAPS trabajan profesionales de las siguientes disciplinas mencionadas:

- Medicina General
- Clínica médica
- Pediatría

- Obstetricia
- Odontología
- Trabajo Social
- Psicología
- Nutrición
- Fonoaudiología

También forman parte del CAPS personas con saberes no disciplinarios que fueron mencionadas por gran parte de los entrevistados, como promotoras de salud, administrativos y personal de mantenimiento.

Respeto a los servicios que brinda el CAPS, se mencionan, en las entrevistas, la asistencia individual de seguimiento y por demanda espontánea y algunos dispositivos, altamente valorados por los entrevistados:

- Controles de salud de niños grupales
- Juegoteca
- Dispositivo de abordaje de situaciones complejas

1.3. Los dos tiempos

En 2019, entre los meses de marzo y noviembre se realizaron las primeras entrevistas y la elaboración del marco teórico. A fines de 2021 comenzó una segunda tanda de entrevistas.

Esta diferencia temporal entre las primeras y segundas entrevistas no sólo abrió un hiato cronológico sino sobre todo, transformó ésta en una tesis en dos tiempos donde resulta insoslayable el efecto de la pandemia por COVID-19.

Estos dos tiempos también se reflejan en la estructura de esta tesis. En un primer tiempo se abordarán las articulaciones entre salud mental y APS y se organizaron los fragmentos discursivos significativos en categorías que luego se agruparon en dos familias de categorías:

- 1) El centro: adentro y afuera
- 2) Salud mental ¿en el primer nivel de atención?

Un segundo tiempo quedó configurado por el abordaje de los cambios producidos en el funcionamiento del Centro de Salud y en la reconfiguración de las tareas desarrolladas por sus profesionales a partir de la pandemia de COVID. Los fragmentos discursivos significativos en este segundo tiempo se organizaron en categorías que se agruparon en una familia de categorías: “Segundo tiempo: la pandemia en el Centro”. Allí se abordan los cambios producidos en los roles profesionales, en el vínculo con otras instituciones y con la comunidad, en las actividades realizadas y en los problemas de salud de la población.

2. Descripción de resultados

2.1. *El Centro: adentro y afuera*

2.1.1. *Entre el barrio y el CAPS, las promotoras como puente*

De acuerdo a lo relevado en las entrevistas, en el CAPS 9 trabajan profesionales de distintas disciplinas:

Entrevista profesional 1: “...en el centro, tenemos, bueno, Medicina General, Clínica y Pediatría. Obstetricia, Odontología, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Fonoaudiología. Y creo que no me olvido nada.”

En la mayor parte de las entrevistas, se consideraron como parte del equipo también a aquellos trabajadores no profesionales, como promotoras de salud, administrativos y en algún caso al personal de mantenimiento:

Entrevista profesional 2: *“Y hay, bueno, médicas generalistas, médicos clínicos, psicólogas, enfermeras, administrativas y promotoras de salud. Y odontólogo.”* **Entrevista profesional 4:** *“Y equipo somos dos clínicos, una pediatra, dos generalistas, tres psicólogos. Bah, el director es psicólogo, y dos psicólogos más. Y, después, la trabajadora social, tres enfermeras. Los administrativos, que son varios. ¿Y quién más? Creo que nadie más.”* **Entrevista profesional 5:** *“El equipo de este centro está conformado por profesionales de, digamos, distintas extracciones; profesionales médicos, psicólogos, trabajadores sociales, hay promotores de salud. Y considero parte del equipo, también, a los administrativos, por supuesto, y al personal de mantención y demás”* **Entrevista profesional 4:** *“Y de las postas, la trabajadora social, los psicólogos, los médicos, la licenciada en obstetricia, las promotoras.”*

La conformación del equipo de este CAPS responde a la lógica tradicional de conformación de los equipos del primer nivel de atención, planteados desde el surgimiento mismo de la APS en 1978 con equipos de salud conformados por profesionales de distintas disciplinas y con personas con saberes no disciplinarios (OMS; 1978).

Respecto a los saberes no disciplinarios, el rol de las promotoras de salud fue especialmente valorado por los entrevistados. Se trata de tres mujeres, vecinas del barrio con distintas trayectorias que se han formado como promotoras y hoy son trabajadoras municipales y que forman parte de una red municipal de promotores de salud.

Entrevista profesional 6: *“Si, hay tres promotoras de salud, ehm, que si yo no recuerdo mal, estoy casi seguro que se formaron con el programa Médicos Comunitarios. Tenían su beca en Médicos Comunitarios y ahora creo que tienen un cargo en el Municipio, que son una pata importante en la relación con la comunidad, con los vecinos que participan en las distintas actividades, en las reuniones de equipo.”*

Entrevista profesional 1: *“En general, las sostienen las promotoras de salud, que son el pilar, las que sostienen. ... Es un recurso súper valioso para el centro. En principio, son vecinas del centro de salud”.*

Entrevista profesional 5: *“Las tres promotoras que están aquí son vecinas del barrio. Entonces, ellas captan en su caminar diario por el barrio. Ya, además, tienen estas tres personas como una historia previa. Son reconocidas como promotoras y la comunidad se acerca a ellas. Y son ellas las que, a veces, nos traen, porque, también, no llegamos a dar cuenta o a responder a toda la demanda... Ese es un rol importante. Hay otra persona de las promotoras que, también, está en Juegoteca, que hace lo mismo que hago yo en la Juegoteca. Vamos y jugamos con los chicos. Y, después, hacemos esto del intercambio. Así que supongo que, también, para ella debe tener un plus extra ¿no?”*

Entrevista profesional 3: *“Ellas vienen acá y cuentan “sabes que paso” “Tal familia, podes ver si...”. Si, todo el tiempo. Ellas vienen. Ellas tratan de conseguir turnos.”*

Entrevista profesional 1: *“Dos fueron manzaneras. Ósea, hay una que tiene mucha militancia barrial, que es una referente del barrio, ahí en la calle Sarmiento dónde está. Cuando hacemos postas, vamos a la casa de ella y demás. Y eso, son recursos muy valiosos... Mira, en el caso de ellas, eran vecinas que se atendían en el centro de salud. En el caso de Lucía, tiene 9 hijos, hijas. Y eran gente que estaba en el centro de salud. Empezaron ad honorem. Empezaron a dar*

una mano en el centro con lo que se necesitaba y se fue formalizando. Y desde que se empezó a formalizar a esta época, están re contra capacitadas. Pasaron por capacitaciones en la Muni, capacitaciones en provincia, internas. Participan de todos los dispositivos, de todas las reuniones de equipo, del SIPEV. Por ahí, sí, hay cosas que fueron adquiriendo.”

Las promotoras funcionan de alguna manera como nexo entre el territorio y el CAPS y su trabajo es percibido como una herramienta que mejora la accesibilidad al sistema de salud a través del primer nivel de atención. De alguna manera, facilitan el primer nivel de contacto de las personas y la comunidad con el Centro, participan de dispositivos junto a profesionales del equipo y acercan lo que “sucede afuera” al centro de salud.

2.1.2. Desobedientes para la necesidad médica

Desde la perspectiva de Alma-Ata, se establecen como características principales de la APS la orientación hacia los problemas de salud de la población incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolverlos. En ese sentido, al indagar respecto a las actividades que se realizan en el CAPS, se recaban ejemplos de actividades asistenciales y de otras que podrían ubicarse como actividades de prevención y de promoción de la salud:

Entrevista profesional 1: *“...todo lo que son problemas prevalentes que tienen baja complejidad desde lo que es especialidades y tecnologías, lo resolvemos acá en el primer nivel. Y, después, tenemos dispositivos más orientados a la comunidad. Trabajamos en espacio de jugoteca. Tenemos, también, un grupo de adultos que hacen caminatas y talleres de alimentación saludable y demás. Hacemos, también,*

controles de salud grupal, que tiene un componente de taller antes del control propiamente dicho. Tenemos, paralelamente al espacio de juegoteca, un espacio de orientación para padres.” **Entrevista profesional 6:** *“A ver, antes de la pandemia el centro de salud tenía un perfil importante digamos de atención con diversas disciplinas, es decir la familia en general, la obstétrica, una fonoaudióloga, dos psicólogos, una odontóloga, la nutricionista, médicos clínicos. Teníamos también algunas tareas de promoción de la salud, íbamos a escuelas a dar talleres de salud sexual y reproductiva. Ehm, teníamos juegoteca para niños, teníamos en algún momento que duró poquito pero algún taller con adolescentes enfocado a mujeres que habían, jóvenes adolescentes que habían sufrido abuso. Teníamos un grupo de reflexión de mujeres víctimas de violencia, teníamos controles de salud grupales, teníamos una actividad de posta sanitarias que se trasladaban los profesionales y algunos no profesionales del centro de salud a algunos lugares del barrio a hacer tareas de atención, promoción y prevención, vacunación, no sé, básicamente eso, creo que no me estoy olvidando de nada”*

Más allá de la clara referencia a la temporalidad pre-pandemia, que aparece en la última cita y será abordada en particular más adelante, se desprende de las entrevistas, que las tareas asistenciales están vinculadas a la atención por profesionales de manera individual de los problemas de salud que la población identifica y por los cuales demanda atención.

En cuanto a las tareas preventivas y promocionales, muchos de los entrevistados mencionaron y valoraron algunos dispositivos particulares. Entre ellos, uno de los principales es el de controles de salud grupales como alternativa al control del niño sano:

Entrevista profesional 4: *“soy médica. Hace dos años y medio que trabajo en este centro de salud. Bueno, mi rol es, bueno, por una parte, asistencial, en el consultorio (...) Este, después, por otro lado, hacemos controles grupales de niños sanos, que lo empezamos a hacer este año. Primero hacemos una actividad con los padres y con los chicos, una actividad grupal, en el que se intenta aumentar la participación comunitaria. Y, después, hacemos el control habitual. En el mismo momento, digamos. Un segundo momento sería. Después, también, participo en postas de salud en el barrio, sí. Muchas veces, yo no, pero en el equipo, salen a buscar a gente en el territorio también.”*

Entrevista profesional 5: *“O lo que yo hago, y es lo que más me gusta, esto del “control del niño sano”. Esto me parece fundamental, como una cuestión de apostar a la mirada preventiva (...) Mi práctica diaria tiene que ver, en este momento, con eso ¿No? Con que este niño cómo se vincula con su mamá, con su papá, con su familia, que si toma la teta, si crece sano. Sano entre comillas ¿no? ”*

Este dispositivo tiene un componente grupal en el que participan médicas generalistas y una psicóloga que dialogan con los padres sobre cuestiones de cuidado y otras vinculadas a la crianza, y luego un componente individual, el del examen físico, llevado a cabo por las profesionales médicas.

Entrevista Profesional 3: *“Una vez por semana, de acuerdo al grupo etario, a las edades. Y es, aproximadamente, hasta los 12 años, una cosa así. Y desde chiquititos, desde los 2 creo. Y los dividen en grupos. Y es un primer momento; una charla donde están los niños jugando, sí. Pero es con los padres. Y, también, se tocan temas más de promoción de*

salud y de hábitos y así. La primera charla es así. Yo participo de esa primera. Y, después, las pediatras, digo, las generalistas hacen los controles. A chico por chico, individual.” **Entrevista profesional 1:** *“Bueno, te decía, y tiene un primer momento, dónde la idea, ósea, se arma un dado que tiene situaciones que están vinculadas a la crianza. Aparte, entre las madres empiezan a hablar y se empiezan a contestar respecto a qué hacen, qué estrategias usan. Digamos, es un momento de una hora, un momento de intercambio de cuestiones que también deberían estar en la consulta. Y después de eso, ahí, si, las médicas generalistas hacen el control propiamente dicho. Sí, hay examen físico y la conversación si se ve alguna cosa con la madre.”*

La participación de las médicas parece reservada al momento del examen físico individual más vinculado al lugar que tradicionalmente tiene la medicina en tanto práctica biomédica asistencial. Por su parte, la incorporación de la psicóloga a este dispositivo no estuvo dada desde el comienzo si no que es planteada como:

Entrevista profesional 1: *“una mejora en donde se sumaba la mirada de la salud mental al control del niño sano.”*

Otro de los dispositivos que ha sido mencionado por la gran mayoría de los entrevistados y que está vinculado a las tareas de promoción de la salud que se realizan desde el CAPS, es el de la juegoteca. En este CAPS la juegoteca incluye el espacio de juego con niños y niñas propiamente dicho, pero también y en paralelo un espacio con sus padres o referentes afectivos.

Entrevista profesional 5: *“Se trata de un espacio de juego para los chicos, pero, a su vez, está articulado con un espacio en el que se trabaja con los papás. Entiendo de la importancia*

del juego para el chico. Y me pareció fantástico este año de esta experiencia, porque el chico rescata el poder jugar, viene con ganas, participa, intercambia y demás. Pero lo que me parece más interesante de cómo se articula desde aquí es que, al mismo tiempo, los papás, o el papá, o la mamá, o el referente, traen al chico y, mientras tanto, participa en una especie de taller donde están la psicóloga y la trabajadora social. Que ellas también trabajan las cosas que surgen desde la mirada de los papás.”

Respecto a cómo caracterizar este dispositivo, resulta relevante lo mencionado en una de las entrevistas en la que se plantea la juegoteca como un espacio en el que se ponen en juego tanto la prevención, como la asistencia y la promoción.

Entrevista profesional 1: *“Juegoteca qué es. ¿Es prevención, promoción, asistencia? Es todo. Porque, a la vez que estas promoviendo pibes que no tienen espacios para jugar, y eso se re contra nota por cómo juegan. Y, a la vez, nosotros, por cómo pensamos la Juegoteca, también lo vemos como un dispositivo en el que si hay alguna situación que nos preocupa, hay algo del orden de la atención y la asistencia citamos, por ejemplo, a los padres. En algunos casos, decimos “che, a este chico estaría bueno que le demos un espacio individual y conocer más en profundidad”. Yo creo que ese es un espacio, claramente, que engloba. Es que, es difícil, nosotros tenemos puesta la mirada en esto de prevención/promoción y asistencia como cosas separadas y, generalmente, en ese dispositivo, para mí están presentes.”*

Entrevista profesional 6: *“Y yo creo que estas actividades sí, yo creo que la juegoteca tenía como una combinación entre promoción de la salud mental, con la promoción del juego, y también tenía alguna pata en la atención porque la verdad es*

que nosotros hacíamos un seguimiento bastante detallado de las situaciones de los niños que participaban y trabajábamos con los padres en paralelo, padres y madres.”

Más allá de tratarse de un dispositivo de atención, de promoción o de prevención, puede pensarse como un espacio donde aparece más marcadamente la dimensión del cuidado, donde se ponen en juego relaciones horizontales, simétricas y participativas y hay una mirada más integral sobre los niños y niñas que participan.

Podríamos pensar en los controles de salud grupales y la juegoteca como dispositivos donde el bienestar psíquico es abordado y donde se introducen prácticas de salud mental en acciones generales de salud a fin de incorporar la dimensión subjetiva y la promoción y prevención.

Otra de las actividades que se mencionan en varias de las entrevistas es un espacio del que participan diversas disciplinas, al que definen como abordaje de situaciones complejas. Allí se trabajan desde distintas disciplinas las situaciones de familias que por su gravedad o complejidad entienden que no pueden ser abordadas de manera unidisciplinar:

Entrevista profesional 5: *“Son reuniones que se hacen entre los distintos profesionales de las distintas áreas y, bueno, requieren de una mirada, de un intercambio para definir acciones o definir modos de manejarse con determinadas cuestiones que traen los pacientes, que son bastante desobedientes para el trato médico, para la necesidad médica. Nos reunimos e intercambiamos opiniones, para definir estrategias, fundamentalmente”.* **Entrevista profesional 4:** *“hablamos de situaciones que, por lo general, se detectan en el consultorio. Eso en el caso de los médicos. Y en el caso de la trabajadora social y las promotoras,*

detectan en el territorio. Y bueno, todos estamos al tanto de aquellas familias a las cuales hay que prestarles más atención. Aumentar la accesibilidad de esas familias. O una manera de dar equidad o tratar de aumentar la equidad en la salud. No se toma a todos los pacientes como si fueran lo mismo, sino que esto.” Entrevista profesional 1: “Y ese me parece que es como el abordaje más complejo que hacemos de situaciones de vulnerabilidad que están atravesadas por violencias, abusos.” Entrevista profesional 6: “Bueno, una tarea que yo no te planteo que es parte también del rol de los profesionales de salud mental es una reunión semanal donde se trabajan las situaciones de mayor vulnerabilidad psico-social y participan médicos, psicólogos, trabajadora social y también promotoras de salud, donde se plantean estrategias articuladas para atender estas problemáticas complejas.”

Parece ser un espacio más claramente vinculado a aquello que excede a lo biomédico donde se pone en juego y se reconoce la complejidad del proceso salud-atención-cuidado y por lo tanto la necesidad de abordajes que excedan la mirada disciplinar de los problemas.

Si bien todos los dispositivos grupales mencionados en las entrevistas como la juegoteca o los controles de salud grupales son espacios en los que participan distintos saberes, profesionales y no profesionales, es en el espacio de abordaje de situaciones complejas en el único que parece haber un intercambio de esos saberes y una construcción conceptual de los problemas o situaciones a abordar que excede los límites disciplinares.

2.1.3. Relación con otras instituciones y sectores

Una de las características principales de la APS desde su concepción en Alma-Ata es la inclusión de la intersectorialidad como una forma de

abordaje de los problemas de salud complejos y desde una perspectiva integral. Desde esta posición los problemas de las personas exceden los límites del sector salud y requieren de otros para comprenderlos y abordarlos.

Ahora bien, cuando se observa lo indagado en las entrevistas la vinculación con otros sectores parece limitada a educación y a algunos dispositivos particulares que abordan a la población infantil o juvenil.

Entrevista profesional 1: *“algunas que son municipales, como Servicio Local, Delegación Municipal. Ahora está el Centro Juvenil. Después, obviamente, con instituciones educativas; escuelas, jardines, primarias y secundarias. Y, después, con organizaciones barriales”.* **Entrevista profesional 4:** *“Y con las instituciones de segundo nivel, o sea, los hospitales. También con los centros juveniles, las escuelas. Otros centros de salud. Las escuelas, sobre todo, más que nada nos vinculamos con las escuelas y los centros juveniles.”* **Entrevista profesional 3:** *“Con los colegios de la zona, con todos. Con el centro juvenil. Y, después, a ver, déjame pensar. Si con los colegios, con los gabinetes, con el servicio local.”* **Entrevista profesional 2:** *“talleres en las escuelas siempre se hicieron. Por ahí, cuando menos se están haciendo es ahora. Igual se hacen, pero no tanto. Se están haciendo talleres con el Centro Juvenil, que esto es de este año.”*

Esta característica que adquiere la intersectorialidad en este CAPS puede responder a cuestiones particulares del centro o a problemas priorizados por el municipio, pero también es congruente con una clara orientación hacia la salud (y la asistencia) materno infantil que históricamente ha tenido el primer nivel de atención e incluso en nuestro país, el sistema de salud en su conjunto y que puede dar cuenta de la implementación de la

estrategia de APS de manera selectiva. Esto además, ha moldeado la forma en que la población se vincula con el sistema de salud, siendo la población infantil la que más concurre.

Respecto a la relación con estas otras instituciones, aparece en algunas entrevistas mencionado que a veces son propiciadas desde el CAPS y otras desde otros sectores hacia el CAPS. Esto sucede fundamentalmente con las escuelas, que suelen derivar chicos y chicas a consulta:

Entrevista profesional 4: *“No, más que nada – a veces compartimos, como sujetos, o sea, adolescentes que tienen contacto con la salita, muchos casos concurren a centros juveniles y entonces se articula con los profesionales de los centros juveniles o de la escuela, también. [...] O que el problema se detecta en la escuela o se detecta en el centro de salud, y bueno.”* **Entrevista profesional 6:** *“Con las escuelas recibíamos muchas derivaciones de las escuelas, somos bastante receptivos a eso, para atención de niños y adolescentes.”*

En las entrevistas aparecieron mencionadas, en menor medida, otras instituciones con las que también se articula y que están por fuera del sector salud, principalmente comedores y el servicio local. Acá la referencia a la población infantil también es característica:

Entrevista profesional 6: *“Nosotros más del área psicosocial teníamos más relación con el Consejo, perdón, con el Servicio local de promoción y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Es una institución con la que articulábamos mucho.”* **Entrevista profesional 2:** *“Y, después, con algún comedor que cada tanto se va a hacer una posta sanitaria. Que eso también hacemos. Eso en casa*

de algún vecino del barrio o alguna manzanera o en algún otro comedor.”

Cuando es el CAPS quien deriva a otras instituciones, dicha derivación está mayormente orientada a la realización de actividades recreativas como talleres:

Entrevista profesional 1: *“Y, por ejemplo, en la mayoría de las veces, nos acercamos con el pibe al Centro Juvenil, que queda a dos cuadras. Y en el Centro Juvenil hay talleres de lo más diverso. Música, boxeo, natación, barbería. Algunos más de oficios, otros más recreativos. Pero, sobre todo, ahí los pibes hacen lazo y están en un espacio con otros. Con la mirada de algún adulto que acompaña en la organización de ese espacio.”* **Entrevista profesional 5:** *“Con educación, con educación se articula bastante, se trabaja bastante, y con las escuelas, con los distintos niveles de escuelas que haya en la región, y con estos referentes culturales como te contaba, lo de la casa mercado, que se usa más como espacio físico digamos, pero como es un espacio más amplio y además va gente para hacer otras cosas: folklore, guitarra, o sea, teóricamente en esos lugares la gente va a tomar ese tipo de clases. Bueno ahí generalmente también se articula para hacer talleres”* **Entrevista profesional 6:** *“Y después hay un centro juvenil que estuvo, a fines de 2018 creo que empezó que articulábamos bastante también. Que trabajábamos con adolescentes y jóvenes en situación de vulneración de derechos o no necesariamente, con talleres, actividades, que a veces nos derivaban pacientes o nosotros sugeríamos algunos pacientes nuestros que concurran.”* **Entrevista profesional 2:** *“está el Servicio Social a una cuadra y llamas así por situaciones puntuales por familias, personas, niños, niñas y hay articulación. Bueno, ahora con el Centro Juvenil*

se está haciendo esta formación de promotores y, además, hay algún que otro taller que se está haciendo.”

En una sola de las entrevistas mencionadas, aparece una referencia a una derivación a otras instituciones con una finalidad que excede lo recreativo y que es valorado por la posibilidad de socialización para los jóvenes. Esta parece ser la única referencia a una articulación intersectorial que de alguna manera tiene una finalidad “terapéutica”, en la que se piensa que esa articulación va a tener un efecto en la construcción de vínculos y por lo tanto en la subjetividad del adolescente.

2.1.4. Una isla aparte

También fue mencionado en varias de las entrevistas el vínculo con otras instituciones dentro del sector salud. Esta es otra de las características de la APS si se la entiende como forma de organizar el sistema con distintos niveles de complejidad. Sin embargo, y a pesar de que el municipio cuenta con dos hospitales provinciales (el Hospital Interzonal General de Agudos “Eva Perón” y el Hospital Zonal General de Agudos “General Manuel Belgrano”) y con tres municipales (el “Dr. Alexander Fleming”, el “Dr. Diego E. Thompson” y el “Dr. Enrique Marengo”), sólo fue mencionado el Hospital Thompson en las entrevistas. Según mencionan varios de los entrevistados, la articulación entre el CAPS y ese hospital tiene dificultades diversas:

Entrevista profesional 3: *“Es como una isla aparte el hospital. Nada más sirve para que ellos nos manden y nosotros les mandemos. Es como que estamos tiqui, tiqui, tiqui, pero no hay conexión”.* **Entrevista profesional 4:** *“...esas son las cosas raras que pasan en San Martín. San Martín tiene un hospital municipal que digamos tiene una mediana complejidad, tiene los centros de atención primaria, se supone que tendrían que trabajar coordinados los*

hospitales provinciales, se supone que la articulación primera tendría que ser con el Hospital Thompson. Bueno, es el primer corte terrible que existe entre el hospital y los centros de atención primaria (...) O sea, esto de la falta de articulación, la desestructuración, eso lo ves en San Martín clarísimo, eh, clarísimo, que tiene años de suceder esto” **Entrevista profesional 2:** *“Tenemos un hospital municipal y tenemos los centros de Atención Primaria. Pero no hay buena comunicación entre ellos. Pésima es la coordinación entre lo que sería nuestro lugar de referencia. Porque yo, que trabaje en el hospital tantos años, sé que el hospital también es súper importante en el trabajo que se hace. En la emergencia, en los consultorios, en los diagnósticos de las enfermedades. Pero bueno, en este lugar, en el Municipio de San Martín, es como que están fracturados; por un lado, el hospital y, por otro lado, Atención Primaria. La gestión de hace más de quince años es como que valorizo Atención Primaria. Pero se olvidó del hospital.”*

Resulta llamativo que la vinculación entre el CAPS y el Hospital Thompson resulte tan compleja y que no aparezcan mencionados otros hospitales con los que cuenta el municipio. Queda el interrogante respecto a si lo que funcionan como “islas” son este CAPS y/o este Hospital en particular o como mencionan algunas entrevistadas, es una situación que se da a nivel de todo el municipio, más que como islas como “archipiélagos” conformados por el primer y el segundo nivel de atención. En cualquiera de los casos, lo que parece no estar funcionando es una red de servicios de salud que incorpore y en la cual se articulen la diversidad de efectores que hay en el territorio.

Al preguntar sobre el motivo de la referencia hacia otros niveles de complejidad aparece claramente marcada la diferencia entre las derivaciones en situaciones vinculadas a salud mental, que aquellas que se hacen por otras

cuestiones de salud. En este último caso, pareciera que el motivo de esas derivaciones es la posible demora en la atención del CAPS:

Entrevista profesional 1: *“Que en general, y esto hay que decirlo, es un límite que hay en relación a si hay controles de salud de acá a un mes y medio o si la demanda, ósea, si se atiende x número de demanda por día y hay que decirles “che, mira, hoy no tenemos disponibilidad. Acércate a una guardia” o “venite mañana que viene el médico”. Digo que hay límites que son reales y que existen...”*

Por su parte, las derivaciones vinculadas a salud mental parecen motivadas, según lo mencionado por los profesionales, por ausencia de psiquiatras en el CAPS, la dificultad para indicar medicación, la falta de este recurso en el primer nivel de atención y con situaciones de “sufrimiento subjetivo” agudo:

Entrevista profesional 1: *“No contamos con la medicación en el centro. Pero este es, en algunos casos, para que provean una receta. Y en otros casos, que tal vez es una medicación para un tratamiento continuo, hay que articular eso, sí. Con el Pichon Riviere o con el hospital, que son los efectores que tienen el servicio en psiquiatría y demás. Esto para que lo evalúen y para que accedan a la medicación”*

Entrevista profesional 3: *“No, la medicación psiquiátrica en el centro de salud mental o en el hospital.”*

Entrevista profesional 6: *“el sufrimiento subjetivo grave, ¿no? Y, cuando se presentan situaciones que vienen con una historia de tratamiento, de idas y vueltas. Normalmente, lo que hacemos es que si se trató ya en algún lugar, rastrear esa historia, para que no se haga otra vez y en otro lugar. Tratamos de acompañar ese recorrido. En general, con eso.*

Y, después, a veces, más con lo agudo, cuando una persona está atravesando una crisis y se intenta articular ahí.”

Es importante tener en cuenta que estos discursos provienen de profesionales de la salud mental. Sobre las derivaciones por situaciones de salud mental realizadas por profesionales de otras disciplinas significativo lo dicho en otra de las entrevistas:

Entrevista profesional 3: *"el clínico, la pediatra, la nutricionista derivan. La pediatra, situaciones con adolescentes, que ya están con cuestiones de lesiones o trastornos alimenticios o alguna cuestión así. O consumo. Y, después, la nutricionista o los clínicos, si ven a alguien muy angustiado. Este, por ahí, personas con enfermedades crónicas o que están pasando por una situación en que se angustian. Hay veces que porque lloro una vez, porque se angustiaron... hacen la derivación"*

Si bien esta referencia aparece en una sola de las entrevistas es interesante cierta construcción que se repite respecto a la dificultad de algunos profesionales en abordaje del padecimiento subjetivo y que puede relacionarse con esa “desobediencia” de las situaciones complejas que requieren un dispositivo particular de atención, como se mencionó anteriormente. Acá la necesidad de un abordaje diferente parece más vinculado a limitaciones de los profesionales (incluso por falta de otros con quien consultar) que a los problemas o las necesidades de las personas que consultan.

Las derivaciones por situaciones de salud mental son mayormente realizadas al Centro de Salud mental municipal, el Pichón Riviere, pero como es un centro de atención ambulatorio cuando hay necesidad de internación se buscan otros efectores:

Entrevista profesional 1: *“Con el Hospital Thompson, (...) no lo logramos. Yo, al principio, frente algunas situaciones, me manejaba por correo con el Jefe del Servicio, pero la verdad es que es muy dificultoso. Muy dificultoso. Y, después, nosotros, en el territorio, tenemos dos hospitales provinciales, que son el Belgrano y el Eva Perón. El Eva Perón queda relativamente cerca del centro de salud y, sobre todo el tema de la cuestión de la guardia y la emergencia, es un lugar al que tenemos presente y referenciamos cuando estamos acompañando alguna situación que está ahí atravesando momentos agudos y demás. Referenciamos con Eva Perón para que puedan hacer las consultas. Y, en principio, está la guardia armada, atiende los 7 días y yo he resuelto situaciones con la guardia del Eva Perón. Te diría que el segundo nivel que más funciona con el seguimiento y acompañamiento de estas cuestiones es el Pichón Riviere.”*

Entrevista profesional 3: *“Con el hospital, con el Thompson – y yo, en mi caso, con el centro de salud mental, el Pichon Riviere. Pero sí, con el Thompson es con quien más vinculamos”.*

Según refiere una de las entrevistadas, las derivaciones para internación por salud mental son más dificultosas que aquellas que se hacen al Centro de Salud Mental municipal:

Entrevista profesional 3: *“Y después en los casos que necesitamos internaciones por salud mental ha sido bastante complicada acá, bastante complicada. O sea, ese es un punto sensible. Además de que no hay camas para varones, en el municipio solo hay camas de internación para mujeres. Eso es una particularidad. Y sino bueno, a Capital, darle al*

paciente la dirección del hospital Alvear y bueno confiar en que eso suceda, que llegue hasta ahí.”

Con el Centro Pichon Riviere esas derivaciones, para consultas, parecen estar facilitadas, pero resulta interesante lo que aparece en una de las entrevistas al respecto:

Entrevista profesional 1: *“En la articulación con el segundo nivel, yo diría que con el Pichon Riviere, que es un centro municipal, tenemos una relación fluida, aceiteada. En líneas generales, tenemos una muy buena articulación. Lo que más cuesta es conversar sobre la persona, el paciente, con el colega que le hace el seguimiento de psiquiatría allá. Tal vez es esa la dificultad mayor. No tenemos dificultad para asignar los turnos, para hacer el seguimiento. Pero la posibilidad de conversar y articular alguna cuestión del tratamiento es más difícil.”*

No parece haber procesos de trabajo vinculados a la referencia y contrareferencia si no derivaciones en situaciones particulares que por algún motivo se evalúa que requieren mayor complejidad en el abordaje.

Por otro lado, en una sola de las entrevistas aparece una mención a derivaciones que se realizan desde otros niveles de complejidad hacia el CAPS:

Entrevista profesional 3: *“Si, no es un hospital psiquiátrico sino un Centro de Salud Mental, pasa que tiene bastante atención de psiquiatría. Los recursos de psiquiatría del municipio están ahí. Ahí articulábamos cuando necesitábamos atención en psiquiatría o cuando ellos tenían algún paciente que querían derivarlo a la zona de residencia.”*

Las guardias de los hospitales a veces nos derivaban pacientes, guardias de salud mental pero eran más ellos a nosotros que nosotros a ellos, llegaban esas derivaciones”.

Estos discursos parecen dar cuenta nuevamente de la ausencia de redes de servicios de salud formalizadas y que contemplen el tránsito de las personas por el sistema de salud.

2.1.5. Salir a la comunidad, ¿entrar al Centro?

Las referencias a la participación comunitaria aparecen en varios de los documentos relacionados con la Atención Primaria de la Salud, como una de sus características principales. También hay numerosos artículos que indagan sobre las distintas formas de participación de las comunidades en el sistema de salud.

De acuerdo a lo relevado en las entrevistas en este Centro en particular, dicha participación no está vinculada a los procesos de planificación, organización y funcionamiento del CAPS, si no más bien a las actividades que el CAPS realiza por fuera del espacio físico del Centro y, en una ocasión, a la concurrencia de la población a las actividades que se ofrecen desde el CAPS.

Respecto a las actividades extramuros, se mencionan las postas sanitarias realizadas en casas particulares de vecinos del barrio:

Entrevista profesional 5: *“Salir a la comunidad. Y esto es, específicamente, ir a la casa de alguien que vive en el barrio y que, a veces, incluso, se elige en donde chequeamos que hay situaciones más álgidas o que te hacen prender luces rojas. Entonces, se arma lo que se llama “exámenes grupales”. Entonces, se promociona la venida o la ida de la*

gente del centro. Entonces, en ese ambiente más relajado que es dentro de la casa de alguien de la comunidad, que vayan surgiendo cuestiones que, si hacen falta, van al centro de salud". **Entrevista profesional 2:** *"Por ahí, cuando se hacen estas postas sanitarias y ahí hay alguna. Pero es más la propuesta nuestra y, por ahí, alguno se engancha. Si, no, cuesta eso. Y, por ahí, lo que ahora estamos intentando hacer es, no sé, por ejemplo, con el grupo de padres organizar algo para cierre de año de la Juegoteca. Entonces, que los padres también organicen. Que sean parte. Pero no, viene más del centro de salud que propone, más que la comunidad que propone."*

En una de las entrevistas la referencia a la participación de la comunidad se vincula con la participación de la población en las actividades que el CAPS planifica y ofrece, pero se menciona para marcar una diferencia respecto a la participación comunitaria que no ocurre, aquella más vinculada a un proceso activo de toma de decisiones:

Entrevista profesional 3: *"Participación para mí no hay. Pero, para, ¿participación desde qué lugar? Porque participación de que vienen a las actividades y eso sí. De eso si hay bastante. Ahora, participación en lo que hace al proyecto de atención primaria y eso, no. Hubo como varios intentos. Yo hice talleres de comunitarios y esas cosas y, en esa época, cuando uno está estudiando y eso, quisimos hacer como alguna instancia en la que la comunidad participe de los proyectos y los temas. Hubo un intento y quedo en la nada. Creo que se le dio de baja."*

Respecto a una participación que exceda la presencia en actividades que el Centro ofrece, parece verse dificultada. Varios de los entrevistados lo

mencionan como algo que falta, que no se ha logrado. Hay un reconocimiento a esa falta que da cuenta del interés por generar procesos de participación más activos de la comunidad:

Entrevista profesional 1: *“Si hay reuniones puntuales de intercambio por temas. Pero espacios regulares, formalizados, no. Hace poco hicimos, yo te decía, una reunión en que nosotros convocamos a las organizaciones. Convocamos un montón de organizaciones, pero ahí se puso en agenda el tema que nosotros queríamos, que era el tema de vacunas. Falta esto de ver qué problemas hay, cómo está funcionando el centro de salud, falta eso. No, no están esos espacios.”*

Entrevista profesional 4: *“Si, que participen activamente, ósea, no una participación en la organización. Sino, más bien, una participación más, lo hacemos más como receptor. Nos falta que participen más”*

Entrevista profesional 6: *“No, no se, para mí el concepto de participación es complejo. Habría que ver qué tipo de participación estamos hablando. Participación en las decisiones, como el grado más alto de participación comunitaria, eso no, por lo menos en mi experiencia eso no existió... Ahora, participación en el sentido de que la comunidad fije las prioridades de atención, todo eso, no, yo no lo vi por lo menos”*

2.2. Salud mental ¿en el primer nivel de atención?

2.2.1. Problemas de salud (mental) de la población

En las distintas entrevistas realizadas en un primer momento, no resultó sencillo que apareciera la identificación de los problemas de salud que

principalmente tiene la población que concurre al centro, a pesar incluso de haberlo preguntado explícitamente. Sí aparecieron referencias claras a este tema en las entrevistas realizadas en el segundo tiempo, como algo que se vio modificado a partir de la pandemia. Considerando las primeras entrevistas, en aquellas que se mencionaron problemas de salud aparecen identificadas las enfermedades crónicas como aquellos problemas que siempre se atendieron en el CAPS:

Entrevista profesional 1: *“Y, después, están las enfermedades crónicas no transmisibles, que es otra de las grandes problemáticas con las que más trabajamos. Que, principalmente, es hipertensión y diabetes, fundamentalmente.”* **Entrevista profesional 6:** *“Enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, eso es muy prevalente”* **Entrevista profesional 2:** *“En algún momento había cuatro líneas; adolescencia, hipertensión y no me acuerdo las otras, no.”*

En sintonía con los postulados históricos respecto a la APS y con la prevalencia que estas enfermedades tienen en la población, aparece esta referencia a las enfermedades crónicas como uno de los principales problemas a abordar. Sin embargo también se mencionan otros que de alguna manera irrumpen, o bien por tratarse de enfermedades estacionales:

Entrevista profesional 1: *“Y, después, trabajamos con, de acuerdo la edad, claramente, por ejemplo, en los niños, cuando es invierno, trabajamos mucho con todo lo que son infecciones respiratorias agudas.”*

O bien por problemas que aparecen como emergentes en un momento determinado:

Entrevista profesional 5: *“Esto de revisar las cuestiones de la familia tiene que ver con tuberculosis, sífilis, el rebrote de sífilis que hay actualmente, con desnutrición. He vuelto a ver chicos con bajo peso, que bueno, tiene que ver con la situación económica y social que estamos atravesando”*

Entrevista profesional 2: *“El tema de la prevención. También hay de sífilis, porque hay muchos casos de sífilis.”*

Pero además de mencionarse el aumento de casos de sífilis, lo que más llama la atención de los entrevistados es la aparición de situaciones de violencia y de consumo de sustancias como un problema frecuente, presente en el barrio y que se ha vuelto más visible transformándose a veces (no siempre) en un motivo de consulta:

Entrevista profesional 6: *“Violencias, abuso sexual, consumo problemático yo te diría que no nos llegaba tanto si bien nosotros, al menos de salud mental no pusimos un freno o una barrera con eso, ni decir nosotros eso no lo atendemos, ni mucho menos, no llegaba tanto pero yo creo que más por una dinámica-.... No porque no exista eso en la comunidad sino por la dinámica de que es más difícil que lleguen a la consulta. Pero sí escuché en el barrio temas de consumo problemático, narcotráfico, tráfico en pequeña escala también eso hay, hay.”* **Entrevista profesional 4:** *“También, hay varias situaciones de adultos con consumo y de adolescentes. Consumo problemático. En relación a mujeres adultas, hay muchos casos de violencia. Yo veo que, últimamente, como que las mujeres adultas están notando más cuando están en una situación de violencia. Me da esa impresión.”* **Entrevista profesional 6:** *“yo creo que eso, tema violencia y violencias de todo tipo y enfermedades crónicas.”*

Esta referencia que aparece ante la pregunta por los problemas de salud de la población que se atiende en el CAPS vuelve a aparecer cuando la pregunta es respecto a los problemas de salud mental de esa población. Nuevamente la mención a los consumos problemáticos y las violencias aparecen en la mayoría de los discursos de los profesionales:

Entrevista profesional 1: *“Hay situaciones de consumo problemático. Situaciones de violencia. Y ahí sí, en ese dispositivo que mencionaba antes, aparece la violencia contra la mujer.”* **Entrevista profesional 3:** *“Situaciones de abuso; eso está habiendo mucho. Situaciones de abuso, violencia.”* **Entrevista profesional 6:** *“Y a esto que te hablaba antes en relación a consumos problemáticos, violencias, salud sexual y reproductiva, por lo menos eso es lo que se intenta abordar.”* **Entrevista profesional 2:** *“Y mucha cuestión de violencia. Eso siempre. Se ve, a veces, nombrada. Otras no nombrada. A veces, uno observa las situaciones, las dinámicas, y ve situaciones de violencia. Situaciones de consumo también. Que, a veces, no aparecen como demandas de la persona. Pero si del entorno o familiares.”*

Sin embargo, respecto a los problemas de salud mental de la población aparece también la dimensión del abandono, los problemas del desarrollo y los problemas de conducta, en todos los casos como problemas que padecen niños, niñas y adolescentes:

Entrevista profesional 1: *“casi todas las demandas que recibimos están atravesadas por situaciones de abuso sexual infantil. Muchísimo. De maltrato. Yo diría otro tema muy recurrente es la desresponsabilización de los adultos en el cuidado de los niños.”* **Entrevista profesional 2:** *“No sé si situaciones de maltrato a chicos, sino muchas de destrato, de*

descuido, de cierto abandono. Niños que cumplen roles de adultos desde muy chicos. Y, por ahí, son muy infantilizados en algunas cuestiones y son re adultos en otras. O adolescentes que son como muy y deciden y hacen cosas muy de adultos.” **Entrevista profesional 4:** *“Y algunas otras cosa; el desarrollo de los chicos, retrasos que, porque muchas veces hay pautas en el desarrollo que no se, no están alcanzadas por algunos nenes. Es bastante común.”* **Entrevista profesional 5:** *“Para mí, chicos con problemas de conducta, problemas de aprendizaje, que cuando vos preguntas un poco más, bueno, problemas de violencias en las familias.”* **Entrevista profesional 3:** *“En niños, lo que más se ve es, si, trastornos de conducta, trastornos de aprendizaje, problemas de aprendizaje. Pero más, si, trastornos de conducta escolares. Más lo que tiene que ver con los cambios propios de la adolescencia y trastornos de conducta a nivel escolar y eso.”*

Vale la pena mencionar que el abuso y el maltrato son identificados como problemas de salud mental por profesionales no médicos, mientras que los problemas del desarrollo y la conducta son principalmente mencionados por profesionales médicos. Estos últimos además, son los únicos problemas de salud mental identificados por los profesionales médicos del CAPS. Esto permite pensar que conviven distintas concepciones sobre los problemas de salud mental: desde una mirada más biomédica desde los profesionales médicos e incorporando otras dimensiones desde aquellos profesionales no médicos.

Finalmente, aparecen dos referencias, a problemas de salud mental de los adultos que concurren al CAPS. En ese grupo poblacional se identifican como problemas la violencia, la depresión y la ansiedad:

Entrevista profesional 3: *“Y en adultos, mucha depresión, mucho trastorno de ansiedad. Más que nada eso.”* **Entrevista profesional 6:** *“De todas maneras la ansiedad y la depresión también son problemáticas de salud mental para buena parte de la población, muchas consultas llegan por ese lado, los llamados ataques de pánico, las personas llegan hablando de ataques de pánico y eso suele ser bastante prevalente.”*

2.2.2. Cortos ante el padecimiento

Durante las entrevistas se preguntó a cada uno de los profesionales qué entendían por padecimiento y cómo se aborda, si es que se hacía, desde el CAPS. Al analizar estas entrevistas se encuentran diversos discursos sobre este concepto:

Entrevista profesional 5: *“Todo lo contrario al bienestar se me ocurre que sería esto del padecimiento. Pero un sufrimiento intenso. Una cosa donde no tienes alegría para vivir, no tienes ganas de vivir, no disfrutas la vida. No sé, todo eso se me ocurre.”* **Entrevista profesional 2:** *“Múltiples situaciones que van llevando a que... al sufrimiento, al no poder estar bien, no poder desarrollarse en muchos ámbitos. Parece que son múltiples causas, ¿no? Muchos factores que hacen que la persona, o un grupo, no estén bien, digamos, pero como que múltiples dimensiones.”* **Entrevista profesional 4:** *“Algo que genera una incomodidad en una persona. Así sea de sí misma o genere incomodidad en otras personas también. Y, quizás al sentimiento de displacer, o sea, de... De no poder desarrollar algún aspecto de la vida.”* **Entrevista profesional 5:** *“Y, por ejemplo, que se yo, tener una familia en la que no estés bien. Que no puedas resolver tus caminos hacia la felicidad. La violencia. El consumo problemático. ¿Por qué necesitas creer que algo te va a dar*

una solución y no vos mismo? Ese tipo.” **Entrevista profesional 3:** *“Darse cuenta de un sufrimiento. Y, a veces, hasta sin darse cuenta de las causas de ese sufrimiento, que de algún lado viene, pero no saben de dónde (...) Los que están padeciendo vienen con esa demanda, porque se dan cuenta que están sufriendo, que algo tienen. Un dolor o algo, no saben definirlo, pero es algo interno y lo sienten. Lo sienten y eso afecta en toda su vida.”* **Entrevista profesional 6:** *“Yo creo que el padecimiento es todo malestar que presente una persona y que esto puede tener que ver con lo orgánico, el cuerpo orgánico o no. No sé. Lo definiría así.”*

Sin embargo, y a pesar de la heterogeneidad de discursos asociados al padecimiento, parece haber cierta concordancia respecto a qué profesionales pueden abordarlo en función de los saberes o los conocimientos que tienen:

Entrevista profesional 2: *“Que se yo; el clínico, la pediatra, la nutricionista derivan. Y, por ahí, la pediatra, situaciones con adolescentes, que ya están con cuestiones de, por ahí, lesiones, o trastornos alimenticios o alguna cuestión así. O consumo. Y, después, la nutricionista o los clínicos, si ven a alguien muy angustiado. Este, por ahí, personas con enfermedades crónicas o que están pasando por una situación en qué se angustian. Hay veces que porque lloro una vez, porque se angustiaron... derivan”* **Entrevista profesional 4:** *“El equipo en general, el equipo interdisciplinario. Porque abordarlo de una sola disciplina, por lo general, los médicos nos quedamos cortos (...) si es algo que no veo algún síntoma así que me alarme, lo atendemos. Sí, generalmente, lo hacemos. No en forma formal, sino más informal, más del sentido común diría yo. Y, por lo general, cuando yo veo que una persona tiene un pensamiento que es*

irreductible, digamos. O cualquier otro síntoma de alarma lo digo, lo vemos con el psicólogo. O veo que hay una, cuando un duelo se prolonga más de lo normal. O cuando una persona tiene pensamientos que se quiere morir o que se quiere matar.”

Esto cobra mayor sentido con otras referencias que surgen de las entrevistas a profesionales no médicos y parecen dar cuenta de cierto malestar con los profesionales médicos (salvo con los médicos generalistas) por derivar situaciones que aparentemente no lo ameritaban:

Entrevista profesional 2: “Pero las generalistas nomas, y vinculadas a algo de su formación. *Después, otros derivan.”*

Al analizar estas entrevistas pareciera que en el caso de la medicina general hay un mayor involucramiento en el abordaje de los padecimientos, mientras que para el resto de las especialidades médicas pareciera que los mismos no les competen.

En una de las entrevistas, aparece la psicología como aquella disciplina a la que sí le competen los padecimientos subjetivos, vinculado a la capacidad de escucha y de compadecerse de la situación del otro:

Entrevista profesional 2: “*Sí, creo que interviene más la psicología. Y en la práctica, acá no solamente psicología interviene. Y no siempre gente que es profesional, sino gente que escucha. Gente que sabe, que escucha, que está. Y no son profesionales muchas veces. Las promotoras. A veces, alguna enfermera. Que se compadecen de ese padecimiento y pone el oído. Y, por ahí, no tienen nada que ver y, bueno, ayuda (...) a veces, las derivaciones, yo considero que no son necesarias. Es esa cosa de que lloran, esa misma idea, por*

ahí, de que lloran y “no puedo contener yo porque soy clínico. Tienen que contener las psicólogas”

En este sentido resulta interesante mencionar la existencia de espacios de reunión específicas de “salud mental” y quienes participan en ellas:

Entrevista profesional 3: *“Hay reuniones de salud mental todos los meses, en las que participan psicólogos. Y, a veces, viene alguna trabajadora social que es del programa. Bueno, las trabajadoras sociales se reúnen ellas por su lado. Pertenecerían al programa, pero tienen sus propias reuniones. Pero ellas, viste, participan de todos los programas, no es que pertenecen exclusivamente al de salud mental”.*

En función de esto cobra sentido analizar los discursos de los profesionales respecto al rol del psicólogo. Aparecen en varias de ellas que los psicólogos no están abocados solo a lo asistencial, si no que participan también de actividades de promoción y prevención:

Entrevista profesional 3: *“Trabajo en la parte clínica, en atención de pacientes de todas las edades. Y en promoción de salud también. En todo lo que son promoción y prevención de la salud. Lo que se hace también son consejerías, eso te van a decir, de VIH y esas cosas. Que eso está bueno, porque es otra mirada. Acá no las hacen los médicos. Las consejerías las hacemos la gente de salud mental.”* **Entrevista profesional 6:** *“realizaba tareas de atención, de asistencia digamos, a niños, adolescentes, adultos, y también algunos espacios de tratamientos grupales con niños, adolescentes y adultos, y también tareas de promoción de la salud, de prevención, como talleres en escuelas, juegoteca.”*

Entrevista profesional 2: *“Trabajamos con talleres para padres. Muchos trabajan con los niños en la Juegoteca. Pero con ella (la psicóloga) hacemos el taller para padres. Este, en otro momento hacíamos talleres de sexualidad. Después, por ahí, alguna entrevista puntual. Y, después, bueno, tenemos este espacio que somos varios, que ahí están médicas, estoy yo, obstétrica y demás. Y ahí trabajamos sobre situaciones familiares complejas. Entonces, de ahí, por ahí, sale alguna otra intervención.”* **Entrevista profesional 1:** *“A mí me parece que si están formados para laburar en el primer nivel, vale la pena incluirlos en el equipo nuclear. Si van a hacer la función de un seguimiento clínico y demás, no. Pero para armar dispositivos comunitarios, me parece que podrían entrar perfectamente.”*

Sin embargo, aparecen algunas referencias que dan cuenta de otra situación, donde los psicólogos parecen estar más abocados a lo asistencial y con poco tiempo para desarrollar otras tareas:

Entrevista profesional 5: *“los psicólogos están sobre pasados con las consultas que tienen. Entonces, bueno, uno va dando respuestas como puede. Pero en el plano, especialmente en Psicología, en salud mental, me quedo siempre como un poco frustrada.”* **Entrevista profesional 1:** *“A ver, yo creo que una cosa es lo que debería ser y otra cosa es lo que es. Si la atención en salud mental estuviera garantizada en un segundo y tercer nivel tal vez en un primer nivel los profesionales de salud mental podríamos abocarnos más a tareas de prevención y promoción y en todo caso de detección temprana de algunas problemáticas y derivación a un segundo o tercer nivel. Como esto no es así la verdad que la atención de salud mental en el municipio está en buena parte por el primer nivel, hay psicólogos en todos los centros*

de salud y en la enorme mayoría hay más de uno. La atención es una pata fuerte del trabajo.” Entrevista profesional 3: “yo creo que el Modelo Médico Hegemónico es el que prevalece y me parece que lo que más está priorizado, en todos los aspectos es la atención...”

A partir del análisis es posible suponer que los psicólogos en este CAPS no están abocados únicamente a tareas asistenciales, aunque posiblemente la atención individual de los padecimientos es lo que insume la mayor parte del tiempo. Incluso, más de lo que todos quisieran y consideran necesario y valioso como aporte de la psicología en el primer nivel de atención.

2.3. Segundo tiempo: La pandemia en el Centro

A inicios del 2020 se realizó una segunda tanda de entrevistas. La primera de ellas había sucedido en 2019. Esta diferencia temporal entre las primeras y segundas entrevistas estuvo mediada por la pandemia por COVID-19, cuyos efectos resultan insoslayables y aparecieron marcadamente en los discursos de los entrevistados.

A partir del análisis de las entrevistas es posible identificar cambios producidos en el funcionamiento del Centro de Salud así como en las tareas desarrolladas por sus trabajadores.

2.3.1. Reorganización del trabajo: Se desdibujaron los roles

En gran parte de las entrevistas realizadas luego de la pandemia, los profesionales dan cuenta de las modificaciones que se produjeron en el trabajo cotidiano en aquel momento. Algunas de estas modificaciones tienen

que ver con las tareas realizadas, lo cual fue mencionado por la totalidad de los profesionales:

Entrevista profesional 6: *“Con la pandemia toda la primera etapa estuvo muy orientada a la atención de casos sospechosos de COVID y bueno se mantuvo, hasta donde yo sé, se mantuvo la atención de lo más urgente... El área de psicología una de las psicólogas quedó muy involucrada en todo el tema de atención de COVID, tuvo que participar de triage de pacientes febriles, haciendo los seguimientos. Yo en algún momento también estuve haciendo seguimiento de pacientes COVID positivos que estaban en su domicilio por atención telefónica. Y yo estuve haciendo la atención a distancia de pacientes que ya estaban en tratamiento y pacientes que llegaban al centro de salud o que llegaban a través de la Municipalidad, en algunos casos pacientes que estaban con angustia o depresión por el tema de la pandemia.”*

Entrevista profesional 5: *“Mirá, en el Centro de salud creo que se desdibujaron los roles, porque, eran todos trabajadores de la salud, todos podían tomar la fiebre, todos podían escuchar qué le pasaba al paciente, cual era el motivo por el que se acercaba al Centro de salud, todos llamaban, o sea hacían las llamadas, era, me causaba mucha gracia porque en el discurso a la psicóloga la escuché hablando como si fuera una médica y a mí me causaba gracia, sé que estaba trabajando, punto, y con muy buena predisposición. Pero desdibujado. Eran todos profesionales de salud contra el COVID.”*

Entrevista profesional 4: *“Varios profesionales estuvieron haciendo el tema de los seguimientos, trabajo social, odontología, psicología, varios estuvieron haciendo el seguimiento telefónico de los pacientes COVID – también cumpliendo funciones en la mesa de entrada, como que todos cambiamos un poco el rol que veníamos haciendo. Nos*

volvimos como todos asistenciales” **Entrevista profesional 3**
Y mi actividad en realidad durante este año y medio se centró en todo lo que tiene que ver con el COVID y bueno, colaborar en las otras disciplinas, con la parte médica en lo que tiene que ver con COVID, con seguimientos de COVID, con triage, con todo lo que tiene que ver con... fue todo centrado en el COVID, así que nada que ver de lo que veníamos haciendo, durante este año y medio” **Entrevista profesional 2:** *“Hubo todo en el momento de la pandemia como un parate donde digamos, todos hacíamos todo. Donde un poco la función, el rol específico de cada uno se fue desdibujando. Ahora está como volviendo a retomarse y ya desde hace algún tiempo”*

También aparecen algunas menciones a cambios en la dinámica del equipo y en los vínculos entre los distintos profesionales:

Entrevista profesional 3: *“La atención también se vio restringida, así que bueno, tampoco hubo mucho intercambio con otras disciplinas ni nada porque bueno, se vio totalmente restringido y modificado lo que hacíamos... Porque el año pasado tuvimos que dividirnos; fue más que nada, en realidad, ahí lo padecimos mucho porque nos dividimos como equipo en dos burbujas y era muy solitario el trabajo. La verdad que era.... La verdad que lo sufrimos bastante porque no nos veíamos. Estuvimos meses sin vernos un equipo con otro; y por ahí equipos que trabajábamos muy juntos, gente que trabajaba muy junta de áreas parecidas y no nos vimos durante meses, entonces ahí, se discontinuó todo.”* **Entrevista profesional 2:** *“Y después había vínculos como mucho más cotidianos, había una red, que se yo, había muchas cosas más cotidianas que eso se cortó.”* **Entrevista profesional 6:** *“Además bueno la pandemia afectó bastante en el barrio del centro de salud y los recursos estaban puestos*

en esos. Muchos compañeros estuvimos dispensados por temas de salud y también se achicó bastante la planta de trabajadores que podían asistir.” **Entrevista profesional 5:** “Claro, fue una experiencia muy fuerte, muy fuerte para todos, para todos, para los profesionales, la estructura sanitaria. Y para la comunidad también.” **Entrevista profesional 4:** “Sí, también, también. Por un lado, el miedo y por otro lado que se disminuyó la sensibilidad. Más que nada por esto de los cambios que hubo en los equipos, hasta hace poco había bastante gente dispensada que también tenían factores de riesgo, dentro del equipo, quiero decir. Entonces, como que todo en su conjunto, disminuyó la sensibilidad del Centro de Salud.”

2.3.2. De lo colectivo a lo individual y de afuera hacia adentro

En varias de las entrevistas se mencionan cambios vinculados a las actividades que se desarrollaban en el Centro, con especial énfasis en aquellas actividades o dispositivos grupales:

Entrevista profesional 5 (en relación a la juegoteca): “Sí, sí, y es una pena, una actividad muy linda, bueno pero no se podía. Se intentó hacer por Zoom, se intentó, juegos, eso lo hacían las chicas, una psicóloga y una trabajadora social y el psicólogo este que renunció intentaban hacerlo. Pero el problema que tenían es que en realidad podías trabajar con pocos chicos porque no había acceso a la conectividad, entonces era difícil, era difícil, y por eso directamente lo suspendieron.” **Entrevista profesional 2:** “Después actividades puntuales que se hacían afuera que recién ahora se están volviendo a hacer, como lo es vacunación, postas sanitarias, y esas cuestiones. Eso recién ahora está

empezando a retomarse y que se yo, había otros espacios de controles grupales de salud, que todo eso se dejó, todavía no pudo retomarse ni nada.” **Entrevista profesional 3:** *“No pudimos retomar – bueno, yo trabajaba en el tema de los controles grupales de niños, junto con las generalistas y eso, todo este año, no creo que se pueda hacer. Eso se discontinuó, todo el año pasado y este. Había controles grupales que las dos generalistas y yo participaba también porque era las madres junto con los niños, y eran las charlas... era muy lindo. Y eso se discontinuó, los controles grupales, por razones muy obvias; y eso, por ahí, el año que viene.”* **Entrevista profesional 6:** *“Sí, (la juegoteca) la hacíamos por Zoom, enviábamos el link, trabajábamos actividades lúdicas que se pudieran hacer a distancia. No sé, nos las hemos ingeniado para sostener juegos a distancias y los chicos se engancharon. Sí bajamos la cantidad de participantes, de tener por ahí quince chicos ponele a seis, siete, también esto-... Bueno se hace como una cuestión de discriminación involuntaria digamos pero quienes tienen menos recursos y a veces eso implica más necesidades terminaron quedando afuera pero como pasó con las escuelas también muchas veces ¿no?”*

Del análisis de las entrevistas surge también que algunos profesionales mencionan como relevante el cambio en el vínculo con la comunidad por la imposibilidad de realizar actividades por fuera del CAPS:

Entrevista profesional 4: *“Y... De una manera, como que cambió la propuesta. Como que no... Yo siento que disminuyó un poco la relación de la comunidad con el centro de salud, sobre todo, no sé...”* **Entrevista profesional 3:** *“En realidad, con la pandemia hubo un montón de cambios durante estos años, tanto el año pasado como este. Así que se vieron*

totalmente afectadas todas las.... lo que hacíamos, porque esto es un centro de atención primaria y todo lo que tiene que ver con las salidas a la comunidad y todo eso, directamente desaparecieron durante el 2020 y recién ahora las estamos retomando. Nosotros salíamos a hacer talleres en las escuelas, las escuelas estuvieron cerradas así que obviamente no hubo. Así que todo lo que tenía que ver con salidas y talleres en la comunidad, nada, 0, no hubo nada de eso.” **Entrevista profesional 2:** *“Y, esto se volvió todo mucho más a lo individual, digamos. A lo individual y a lo que llegaba. Esto era como mucho más pasivo desde nuestro lado y lo otro era mucho más activo, generamos este proyecto, invitamos esta gente y demás. Sí. Como que esto, pasamos de una cuestión... de algo activo, de facilitar el acceso, que la gente buscara y demás – y nosotros salir a una cosa como más expulsiva. Hasta lo físico, que, no sé, si antes el Centro estaba abierto y la gente entraba, ahora no. Digamos, esperan afuera. Lo cual a mi al principio me chocaba mucho. A ver, entiendo, no tenemos ni una ventana, es medio una cueva donde estamos y demás; las condiciones no son las mejores ni cerca, entonces esto hace... pero bueno, como que cambió mucho. Lo que uno decía como que facilitamos el acceso, que la gente entre, que sea parte, que salimos a buscar y demás, nos quedamos ahí y al que llegara... Mucho no. Choca también esto. Ahora estamos intentando volver a lo otro o algo intermedio, pero bueno...”*

Del mismo modo, en algunas de las entrevistas se identifican cambios producidos en el vínculo con otras instituciones:

Entrevista profesional 2: *“Y también menos articulación con menos instituciones porque también era más difícil, todos estaban trabajando virtualmente, era digamos, como otros*

encuentros, otra dinámica diferente. Y sí, porque no fue lo mismo las articulaciones y demás, no fue lo mismo. Hubo proyectos... teníamos un proyecto ahí con una institución que es un centro juvenil, y teníamos un proyecto que estábamos desarrollando que se cortó que ahora hay que ver, todavía no hablamos de eso... .de retomar....Bueno, no era lo mismo porque tenías que llamar por teléfono, dejar el mensaje y esperar a que te llamaran. Bueno, un poco esas cuestiones y por ahora, estamos retomando por las escuelas, en otras instituciones, pero bastante se cortó” **Entrevista profesional 3:** *“Con el hospital, con el Thompson – y yo, en mi caso, con el centro de salud mental, el Pichon Riviere. Estaban totalmente abocados a la pandemia y por ejemplo no había salud mental, no había atención casi en psiquiatría y conseguir era complicadísimo. Si tenías que derivar, ellos estaban recontra abocados a COVID, digamos, entonces... Todo, se modificó todo.”* **Entrevista profesional 6:** *“Yo seguí trabajando por teléfono, por Whatsapp con escuelas que me han derivado pacientes. Con el servicio local no articulé más.”*

2.3.3. Se sostuvo lo que se pudo

Del análisis de las entrevistas se desprende que la necesaria prioridad de atención que tuvo el COVID desplazó las estrategias que se venían desarrollando respecto a otros problemas de salud priorizados y a los controles de salud de niños y adultos:

Entrevista profesional 5: *“En realidad yo creo que todo pasó por el antejo del COVID. Entonces la única demanda fue COVID. Me dolía la uña, podía ser COVID, porque cambiaba, porque como nosotros también aprendíamos qué podía ser COVID, entonces nosotros también, tampoco sabíamos ni teníamos todas las respuestas, porque era algo nuevo para,*

para el médico era algo nuevo. Y la gente solamente estaba absorbida por ese tema, entonces en realidad el motivo de consulta tenía que ver con eso.” **Entrevista profesional 3:** *“No, sí, mínimo contacto hubo porque los pacientes siempre... tienen mi celular y me mandaban mensajes y bueno, había contacto. Pero no tratamiento... los que tenían tratamiento me han seguido contactando e incluso algunos ahora han vuelto y así, pero contacto mínimo no tratamiento. No hubo seguimiento en los tratamientos.”* **Entrevista profesional 6:** *“Se sostuvo lo que se pudo. Sí tratamos de priorizar las consultas, muchas consultas por ansiedad y cuestiones depresivas que llegaban con la pandemia, tratamos de darles un espacio a los que pudieron sostener el espacio a distancia y a los que no intentar derivarlos pero no había mucha disponibilidad en otros lugares de atención presencial.”*

Sin embargo, también se menciona en algunas entrevistas que algunas actividades que previamente se realizaban en el CAPS continuaron durante la pandemia:

Entrevista profesional 3: *“La vacunación, eso se priorizó toda la pandemia. La vacunación, todo lo que tenga que ver con salud sexual y reproductiva también, IVE... por ejemplo todo lo que tiene que ver con el programa de diabetes, eso se sostuvo también. Y embarazo – embarazadas también se sostuvo toda la pandemia. Y controles a niños hasta un año también se sostuvo. Recién ahora se está abriendo a niños más grandes, de 3 para arriba, pero bueno lo que más se sostuvo fue vacunación recién nacidos y hasta el año, y embarazadas, fue lo que más se sostuvo.”* **Entrevista profesional 2:** *“Y este, por ahí lo que se vio mucho -pero por ahí era porque era algo que se seguía– era bueno, todo el tema de salud sexual, interrupción del embarazo, digamos,*

este, anticoncepción, todo eso sí, continuó" **Entrevista profesional 5:** *"Otra cosa que sí hicieron es vacunación, porque también, este, hubo mucha gente que se atrasó con las vacunas entonces sé que eligieron puntos estratégicos como la esquina de la plaza. Eso sí, eso estuvieron haciendo, trabajos en distintos lugares porque eso lo ví. Pero después el resto, no."*

En particular la juegoteca fue el único espacio grupal que intentó sostenerse de manera virtual. Esto se logró durante un tiempo, pero luego tampoco pudo continuarse:

Entrevista profesional 6: *"Si sostuvimos esta juegoteca de modo virtual, que durante un tiempo fue importante y funcionó y después en un momento se agotó, apareció esa cuestión-... Después de un año entero de hacerlo nos pareció que no tenía sentido retomarlo. Y después por esta cuestión de falta de recursos profesionales bueno, tuvimos todos que sumar tareas que no tenían que ver con nuestra incumbencia profesionales. Como hacer el seguimiento de los pacientes y los contactos estrechos de los pacientes COVID positivo, participar del triage, ese tipo de cosas. Eso. La verdad es que durante un año y medio se sostuvo lo que se pudo."*

Entrevista profesional 5: *"Se intentó hacer por Zoom, se intentó, juegos, eso lo hacían las chicas, una psicóloga y una trabajadora social y el psicólogo este que renunció intentaban hacerlo. Pero el problema que tenían es que en realidad podías trabajar con pocos chicos porque no había acceso a la conectividad, entonces era difícil, era difícil, y por eso directamente lo suspendieron."* **Entrevista profesional 4:** *"La juegoteca sí la hicieron virtual, yo no participaba, pero sí, si se continuó el año pasado de forma virtual. Porque ahora el tema de la conectividad como que se volvió algo, como un... un*

problema más a tener en cuenta a la hora de la sociabilidad, ¿no?”

2.3.4. Los daños ¿colaterales? De la pandemia

De los discursos de los profesionales surge que el aislamiento implementado para hacer frente a la pandemia, así como la suspensión de la mayoría de las actividades habituales del CAPS vinculadas al cuidado se relacionan con una intensificación de algunos problemas de salud, sobre todo las enfermedades crónicas:

Entrevista profesional 4: *“Yo creo que hubo un retroceso, creo que los que tenían patologías crónicas empeoraron bastante su condición, su historial de enfermedad, como que... siento que – por lo menos, lo que yo veo desde el punto de vista asistencial ahora, siento que la gente está como, decirlo de alguna manera, más enferma. Porque hubo como que disminuyó de alguna manera la sensibilidad del sistema de salud, o notó también mucho miedo en la gente que decían “no, no me quiero acercarse”; sobre todo eso el año pasado, antes de la vacunación. Como que estaban con miedo diciendo “no, no me quiero acercarse” o no querían venir, o “me dijeron que no viniera, y entonces me dio miedo ir al hospital, me dio miedo ir a la salita”; veo por parte de la gente bastante temor a acercarse... la gente con enfermedades crónicas, sí, disminuyó las consultas – más que era la gente que tenía más riesgo en el caso de contagio, me da la sensación de que se quedaron mucho en sus casas o consultaban ya cuando estaban descompensados, que ya no podían estar más en las casas.”* **Entrevista profesional 3:** *“Quizás la gente como que dejó de venir un poco a la consulta por las enfermedades crónicas, las no transmisibles, ¿entendes? Como que eso, mermó. Ahora recién en los últimos meses están empezando*

a consultar más.” **Entrevista profesional 2:** *“Y lo que pasa es que había... Hubo todo un primer momento de restricción entonces todas las enfermedades crónicas y demás que es un motivo importante de consulta, digamos, como que venían con un rechazo previo, que no, no se está atendiendo. El primer tiempo, ahora ya sí. Entonces ahora vuelve todo el tema de las enfermedades crónicas, vuelven a estar.”*

También surge del análisis de las entrevistas la aparición de problemas de salud nuevos o en una magnitud mayor a la anterior que los torna más relevantes o los hace más visibles para los entrevistados. Estos están vinculados a problemas de salud mental:

Entrevista profesional 4: *“Y hubo más consultas por ansiedad, sobre todo en chicos. Yo tuve algunos chicos que no tenían antecedentes de ansiedad y vinieron a consultar con síntomas físicos, o de ansiedad. También de tristeza, depresión, insomnio. Todo eso también, siento que aumentó. Cuando concurrían a clases aparecían situaciones que detectaba la institución escolar y se contactaban con nosotros para abordarlos en conjunto. Y de alguna manera, cuando la escuela estuvo cerrada como que no existía ese contacto de los chicos con el colegio.”* **Entrevista profesional 3:** *“Desde ya, en este último año, sin dudas se ve tanto en niños, en adolescentes y en adultos, siempre relacionado a la pandemia, sin dudas. Aparecieron muchísimo trastorno de ansiedad, depresión, un montón de cosas que por ahí se veían – pero no tanto como ahora. Y creo que sí, la pandemia, los daños colaterales de la pandemia – sin dudas afectaron. Muchísimo. Al no poder abordarlas, creo que recrudesció todo. Por ejemplo, con niños trabajábamos grupalmente; ya no podíamos. Presencial no podíamos tampoco porque el centro de salud no cuenta con la infraestructura durante la pandemia*

para trabajar presencial, entonces todo como que se vio dificultado – más allá de la demanda que había se recrudeció por no poder hacer un abordaje. Y encima más, en todos los centros de salud tampoco atendían presencial. Fue complicado, fue muy complicado. Y todo recrudeció porque justamente no fue tratado en su momento como debería haber sido.” **Entrevista profesional 2:** *“Sí uno ve un deterioro, digamos, en algunas personas, uno las veía antes y las ve ahora y en cuanto a salud mental hay un cambio importante... como para peor, digamos, de más encierro, por ahí. Después el tema de la violencia y demás – el espacio que acá tenemos en San Martín que atiende a las mujeres que están con situaciones de violencia y demás, también la atención era telefónica y esto para muchos no es posible. Y entonces, claro esto después va llevando como sus efectos negativos ¿no? De acumulación en el tiempo. Sí.”* **Entrevista profesional 5:** *“Y, fue un momento difícil en donde además se agudizaron cuestiones que, esto sí lo comentaron en algún momento de determinados pacientes. Como que las cuestiones, el encierro, las cuestiones de violencia doméstica, eso les preocupaba muchísimo. Esto de que quedaban, los pacientes con conflictos quedaban encerrados y bueno quedaban encerrados con toda su problemática”*

Capítulo V. Conclusión

Vamos a señalar aquí aquellos principales hallazgos y reflexiones que se derivan de los análisis realizados en el conjunto del trabajo. Reflexiones centradas, principalmente, en las articulaciones entre salud mental y APS y los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19.

Sobre el primero de los puntos, fue de interés para esta tesis conocer los modos en que es entendida la salud mental por los distintos profesionales, el modo particular en que se aborda la subjetividad y la forma en que se incorpora el componente salud mental en las prácticas de salud del primer nivel de atención. Respecto al segundo de los puntos, y habiendo estado atravesada esta tesis por un acontecimiento sanitario inédito, se buscó analizar las características particulares que adoptó el primer nivel de atención durante y luego de la pandemia por COVID-19 entendiendo que la magnitud del acontecimiento lo volvía insoslayable.

1. Primer Tiempo

Esta tesis se propuso analizar las articulaciones entre Salud Mental y Atención Primaria de la Salud (APS) desde los discursos de los profesionales de un Centro de Atención Primaria del Municipio de San Martín. La perspectiva metodológica cualitativa y el abordaje discursivo permitieron acceder a dimensiones subjetivas y simbólicas del trabajo cotidiano.

El marco teórico permitió comprender que la articulación entre APS y Salud Mental puede adquirir características particulares que van desde la centralidad en la atención del sufrimiento psíquico en el primer nivel de atención hasta la incorporación del componente subjetivo en el abordaje del proceso salud-enfermedad-cuidado.

El análisis de las concepciones de salud mental que emergen de los discursos de los profesionales entrevistados permite observar tensiones, continuidades y rupturas respecto de las perspectivas teóricas revisadas en el marco conceptual. En términos generales, los discursos ponen en evidencia la coexistencia de concepciones más vinculadas al modelo biomédico, con otras que implican una mirada más compleja incorporando la subjetividad y los entramados sociales al pensar la salud mental. Estas concepciones se entrelazan en las prácticas cotidianas y configuran un campo heterogéneo, atravesado por las condiciones institucionales y contextuales en las que los equipos desarrollan su tarea.

En primer lugar, la visión biomédica persiste como referencia central en algunos discursos, especialmente en aquellos profesionales con formación médica (y a excepción de los médicos generalistas). La salud mental se concibe aquí como la ausencia de síntomas o malestar lo que se traduce en un enfoque centrado en la identificación del padecimiento y la derivación a especialistas. Esta concepción, si bien permite un reconocimiento temprano del sufrimiento psíquico y busca garantizar una respuesta desde el sistema de salud, tiende a reducir la complejidad del mismo y, en consecuencia, puede invisibilizar dimensiones que exceden lo médico y que intervienen en la producción de malestar. Desde la mirada de los profesionales no médicos, los médicos derivan porque no saben qué hacer con la angustia: Si bien esta referencia aparece en una sola de las entrevistas es interesante cierta construcción que se repite respecto a la dificultad de algunos profesionales en el abordaje del padecimiento subjetivo y que puede relacionarse con esa “desobediencia” de las situaciones complejas que se supone requieren un dispositivo particular de atención. Acá la necesidad de un abordaje diferente parece más vinculado a limitaciones de los profesionales, incluso por falta de otros con quien consultar, por falta de especialistas psiquiatras o por falta de medicación, que a los problemas o las necesidades de las personas que consultan.

Por otro lado, aparece en varios de los discursos y parece ser la perspectiva que prima en el CAPS, un enfoque de la salud mental que excede lo biomédico y que incorpora la idea de proceso. Este enfoque resalta la importancia de la escucha, como herramienta privilegiada para el abordaje del sufrimiento subjetivo, más allá de las disciplinas, como algo que excede lo orgánico y que se vincula con varios factores, entre ellos la posibilidad del sujeto que padece de reconocerlo y afrontarlo. Desde esta mirada, el padecimiento no se entiende únicamente como un problema individual, sino como expresión de situaciones de violencia, desigualdad o exclusión. Esta concepción reconoce la determinación social del sufrimiento y la necesidad de abordajes integrales. Sin embargo, estas no llegan a concretarse como forma sistemática de trabajo desde el CAPS, si no ante casos puntuales e incluso desde esta perspectiva, el abordaje del padecimiento parece potestad de las psicólogas, sobre todo para el resto del equipo de salud. Como se mencionó anteriormente, surge en varias de las entrevistas que debido a la percepción de los médicos de no contar con herramientas para abordar estas situaciones y, salvo en el caso de los médicos generalistas, suelen ser situaciones que se derivan.

Según surge de las entrevistas el rol de las psicólogas es muy valorado y se promueve su incorporación en actividades de prevención y promoción además de en tareas asistenciales. Sin embargo, parece quedar poco tiempo para todo lo que no es asistencia. Las causas de esto son atribuidas a la falta de especialistas en el segundo y tercer nivel por lo que la atención en salud mental queda a cargo en mayor medida del primer nivel de atención. Cabe destacar que la conformación del equipo de este CAPS sigue la lógica tradicional del Primer Nivel de Atención, con profesionales de especialidades básicas y con la incorporación de promotoras de salud, muy valoradas en su rol en prevención de enfermedades y nexos con el CAPS pero con un aporte no percibido y desaprovechado respecto a la salud mental. Las promotoras funcionan de alguna manera como nexo entre el territorio y el CAPS y su trabajo es percibido como una herramienta que mejora la accesibilidad al sistema de salud a través del primer nivel de atención. De alguna manera,

facilitan el primer nivel de contacto de las personas y la comunidad con el Centro, participan de dispositivos junto a profesionales del equipo y acercan lo que “sucede afuera” al centro de salud.

La tensión entre diferentes concepciones de salud mental, convive en la práctica cotidiana, dando lugar a intervenciones heterogéneas y a veces contradictorias. No obstante, puede afirmarse que la mayoría de los entrevistados reconoce la necesidad de superar el paradigma biomédico en salud y en salud mental, aunque persisten obstáculos institucionales que dificultan la consolidación de un modelo integral. Entre esos obstáculos, los profesionales mencionan la falta de recursos (fundamentalmente de profesionales), la sobrecarga asistencial y la fragmentación del sistema de salud, factores que muchas veces los empujan a priorizar respuestas rápidas y medicalizadas en detrimento de otras estrategias. Asimismo, se observa que las concepciones de salud mental no siempre se traducen en prácticas consonantes: aunque se valora el trabajo en red, en la práctica la articulación interinstitucional resulta escasa y la derivación a dispositivos especializados o de mayor complejidad suele ser una práctica frecuente sin que esto implique un trabajo articulado de referencia y contrareferencia entre niveles.

Resulta relevante analizar también la incorporación de la dimensión subjetiva en las prácticas de cuidado que se realizan desde el CAPS. Si bien no siempre ocurre, hay ejemplos claros en algunos dispositivos donde esto sucede. Podríamos pensar en los controles de salud grupales y la juegoteca como dispositivos donde se introducen prácticas de salud mental en acciones generales de salud a fin de incorporar la dimensión subjetiva, la promoción y prevención. Estos dispositivos podrían ser ejemplos de acciones de promoción de la salud mental, aunque no parecen estar conceptualizados de este modo. Queda el interrogante entonces, sobre si esto es un objetivo buscado a través de estos dispositivos o si resulta de la incorporación de profesionales con una mirada compleja del proceso salud-enfermedad-cuidado.

En síntesis, el análisis muestra que las concepciones de salud mental de los profesionales entrevistados se configuran en un terreno de disputas entre modelos que los excede. El paradigma biomédico en salud mental conserva un peso significativo, pero se identifican avances hacia perspectivas más integrales, en las que la subjetividad, los vínculos sociales y comunitarios y las condiciones de vida adquieren centralidad. Esta perspectiva parece primar en este CAPS, aunque aparecen dificultades a la hora de traducirlo en prácticas cotidianas de abordaje del padecimiento. Comprender estas tensiones resulta fundamental para pensar estrategias para superarlas.

2. Segundo tiempo

Uno de los aportes más significativos de esta tesis es haber captado las características particulares que adoptó el primer nivel de atención durante y luego de la pandemia por COVID-19, tanto en las prácticas profesionales como en la dinámica institucional y comunitaria. A partir del análisis de los discursos de las entrevistas realizadas antes y después de la pandemia, se identificaron transformaciones profundas.

El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre el Primer Nivel de Atención fue profundo y multidimensional, generando transformaciones en los modos de organización del trabajo, en los vínculos entre los profesionales y con la comunidad, así como en las prioridades sanitarias que se establecieron en el territorio. Los discursos recogidos en el CAPS estudiado permiten dar cuenta de una experiencia atravesada por la incertidumbre, la sobrecarga y el desdibujamiento de roles, pero también por la capacidad de sostener el acceso, reinventar dispositivos y resignificar la función del primer nivel en un contexto crítico.

A los fines del análisis ese impacto va a ser descripto en cinco dimensiones. La primera de ellas es la necesaria reconfiguración de roles profesionales y del equipo del CAPS.

Uno de los cambios más evidentes señalados por los profesionales entrevistados fue la reorganización del trabajo en el CAPS. La irrupción de la pandemia desdibujó los límites entre las funciones específicas de cada disciplina: médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros asumieron indistintamente tareas vinculadas al triage, al seguimiento telefónico, a la asistencia y a la difusión de medidas de cuidado. Esta polifuncionalidad, si bien generó sobrecarga, tensión y desidentificación con la disciplina arrada como “desdibujamientos de los roles”, también permitió desplegar una lógica más horizontal en el equipo, donde el compromiso colectivo primó.

Muchos entrevistados relataron que, en la urgencia, se relegaron funciones vinculadas a la promoción y prevención, e incluso abordajes y dispositivos específicos quedaron subsumidos bajo demandas inmediatas de control de la enfermedad. La sensación de “haber dejado cosas importantes de lado” aparece reiteradamente en los discursos, reflejando el conflicto entre lo urgente y lo necesario. Equipos que trabajaban juntos dejaron de verse y el trabajo se volvió más solitario, primando en las entrevistas sensaciones vinculadas al miedo y al registro indeleble de haber atravesado una experiencia “muy fuerte”.

Otra de las dimensiones donde se ve un claro impacto de la pandemia es en la vinculación con la comunidad y en las redes interinstitucionales. La pandemia obligó a redefinir los vínculos entre el CAPS y la comunidad. Durante los primeros meses, las restricciones a la circulación y el aislamiento social limitaron la presencia territorial y las visitas domiciliarias, debilitando la función histórica y característica del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema de salud, cercano y accesible. El Centro se tuvo que

replegar sobre sí mismo. Las actividades que se hacían fuera de la institución como los talleres en las escuelas o las postas sanitarias tuvieron que discontinuarse, pero además adquirió un rol más pasivo de esperar la demanda y ya no de generar la oferta y promover el acceso. El contacto con la población, salvo en situaciones estrictamente vinculadas al COVID, se vio mediatizado entonces por vías telefónicas o virtuales, en lo que podría definirse como un segundo desdibujamiento, no ya en relación a los roles profesionales si no a las características inherentes al primer nivel de atención.

La pandemia también le dio características particulares a los dispositivos grupales y la dimensión colectiva de los abordajes. Los dispositivos grupales —controles de salud, juegoteca, dispositivo de abordaje de situaciones complejas, todos altamente valorados por los profesionales— fueron de los más afectados. La imposibilidad de reunirse presencialmente interrumpió prácticas centrales para el abordaje comunitario y de la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-cuidado. Algunos equipos intentaron sostenerlos en modalidad virtual, aunque las limitaciones de conectividad y la falta de recursos tecnológicos hicieron que el alcance fuera reducido. Esto implicó un pasaje forzoso de lo colectivo a lo individual. Este pasaje produjo efectos. Las entrevistas reflejan que, en la medida en que se perdió la dimensión grupal, se debilitó también la potencia de la APS como espacio de construcción comunitaria. El regreso paulatino a la presencialidad después de los momentos más críticos de la pandemia implicó el desafío de reconstruir esos dispositivos y recuperar la dimensión colectiva del cuidado, que no había logrado consolidarse al momento de realizar las entrevistas.

Finalmente, se observa un impacto de la pandemia en la priorización de problemas de salud por parte del CAPS y en los problemas de salud de la población. La primera de las dimensiones, a la que podríamos llamar de “agenda sanitaria” da cuenta de un desplazamiento donde el seguimiento de casos de COVID-19 y la gestión de derivaciones hospitalarias ocuparon un lugar central, desplazando otros problemas hasta el momento priorizados como las enfermedades crónicas. La prevención y el seguimiento de las

mismas, los controles de salud de niños y embarazadas, así como la continuidad de tratamientos de salud mental o de consumos problemáticos, quedaron en muchos casos relegados. Si bien se continuaron algunas de las estrategias principales del primer nivel de atención como la vacunación, la interrupción de embarazos, la anticoncepción, y los controles de salud solo de menores de un año se observa una ruptura de la longitudinalidad por la irrupción de la urgencia.

La última de las dimensiones a analizar tiene que ver con un cambio en los problemas de salud por los que la población consulta. Como se mencionó, las enfermedades crónicas dejaron de tener seguimiento por el perfil que adquirió el CAPS y por el temor de la gente a acercarse a la consulta. Como contracara, aparecen o toman mayor visibilidad problemas de salud mental, sobre todo situaciones de ansiedad, violencia y depresión.

En entrevistas realizadas anteriormente a la pandemia, se mencionan estos problemas de salud mental y se remarca que no siempre aparecían como demanda de atención. Otros problemas como el abuso y el maltrato infantil fueron identificados como problemas de salud mental únicamente por profesionales no médicos, mientras que los problemas del desarrollo y la conducta eran principalmente mencionados por profesionales médicos. Estos últimos además, son los únicos problemas de salud mental identificados por los profesionales médicos del CAPS.

Sin embargo, aparece muy notablemente en los discursos de los profesionales la sensación de irrupción de los problemas de salud mental a partir de la pandemia como consecuencia de esta situación sanitaria y del necesario aislamiento social. Estas problemáticas complejizaron el trabajo del CAPS, que debía sostener respuestas rápidas en un contexto de recursos limitados y de creciente demanda. A la vez, surge de los discursos que se visibilizaron de manera más clara las desigualdades sociales: el impacto de la pandemia, en términos subjetivos, fue distinto para aquellas personas en

situación de vulnerabilidad donde las condiciones de hacinamiento y pobreza potenciaron los efectos del aislamiento que se manifestó en violencia, ansiedad y depresión.

3. Recomendaciones

Diversas corrientes de pensamiento así como organismos internacionales de salud vienen planteando desde hace varios años, la necesidad de incorporar la dimensión subjetiva al proceso salud-enfermedad-cuidado, siendo el primer nivel de atención un espacio privilegiado para que esto ocurra. Esta tesis muestra un camino recorrido en ese sentido, aunque también las contradicciones de modelos y prácticas que continúan desplegándose.

Alguno de los aportes de esta tesis para la elaboración de políticas públicas es la evidente necesidad de avanzar en políticas de educación permanente que fortalezcan las competencias en salud mental de todos los actores del primer nivel de atención, más allá de los profesionales especializados. También resulta visible, la necesidad de consolidar redes de atención, donde la salud mental sea una línea de cuidado priorizada fomentando la coordinación intersectorial y la referencia y contrareferencia.

Respecto al impacto de la pandemia, la dimensión que el mismo tuvo sobre los trabajadores de la salud del primer nivel de atención debería incorporarse a dispositivos de cuidado de quienes cuidan, más orientados en general a trabajadores hospitalarios y de áreas críticas.

Finalmente, se recomienda replicar otras investigaciones que puedan indagar la reconfiguración de los roles profesionales en APS y salud mental post-pandemia, explorando el grado de desgaste profesional, las estrategias de cuidado de los equipos y los cambios en la formación requerida así como si, en la actualidad aquellos roles profesionales y características principales

del primer nivel de atención que se habían desdibujado pudieron volver redefinirse recuperando su identidad.

También puede resultar de interés realizar investigaciones sobre redes institucionales y dispositivos comunitarios en la pospandemia de manera más extendida para indagar de qué manera se consolidaron o debilitaron los lazos con otras instituciones durante y después de la emergencia sanitaria.

Por último, podría ser de interés el desarrollo de investigaciones que estudien el surgimiento de nuevas prioridades en salud mental que de cuenta de qué problemáticas de salud mental adquirieron mayor visibilidad tras la pandemia explorando las posibles barreras y las oportunidades para garantizar el acceso a la atención en el primer nivel de atención en contextos de alta demanda.

Capítulo VI. Referencias bibliográficas

- Almeida C (2000). Delimitación del Campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. Texto base para discusión. En Cuadernos para Discusión No1, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Rio de Janeiro: CIID/Fundación Oswaldo Cruz.
- Almeida C, Báscolo E (2006). Use of Research Results in Policy Decision Making, Formulation and Implementation: a Review of the Literature. *Cad. De Saúde Pública*, 22, pp. 7-19.
- Almeida Filho, N y Silva Paim, J (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médicos sociales*. 75: 5-30
- Ameri L, Giubergia D, Luzuriaga J, Mársico F, Specogna M, Pifano M, García E, Kreplak N, Comes Y (2021). Analisis de las inequidades por Covid-19 en la Provincia de Buenos Aires: trabajando para "no dejar a nadie atrás", en *Margen*, Enero 2021.
- Amezcua, M. y Gálvez Toro, A (2002) Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública* 76 (5), 423-436
- Alvesson, M. y Skoldberg, K. (2000). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi: Sage.
- Angelini CR, Caccia-Bava MCG (2015) "A gente sente que precisa e pode...": os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2015 Jul-Set; 10(36):1-9 [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1033](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1033)
- Ardila S, De Paepe P, Luciani Conde L, Stolkiner A (2012). La implementación local de la Atención Primaria en la Argentina: Estudio de caso en el Municipio de Lanús, Provincia de Buenos Aires. *Revista Saúde em Debate*, 36 (94).

- Ase I (2017). Cobertura Universal en Salud: entre los derechos y el mercado. Ponencia en las Jornadas Nacionales de Salud Mental y Derechos Humanos, FEPPA-CPPC, Córdoba 24-26 de agosto de 2017
- Ase, I, Burijovich, J. (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva [en línea]. 2009, 5(1), 27-47[fecha de Consulta 15 de Septiembre de 2019]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111117003>
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES) (2018). Declaración Pública. XV Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva “Saber y poder popular en la conquista del derecho a la salud y la vida. Transformación social para el vivir bien” La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia, 26 de octubre de 2018. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0431.pdf>
- Augsburger C. (2002) De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médico Sociales 2002; 81: 61-76.
- Bachelard, Gaston (1996) A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro. Contraponto, 1996.
- Bang CL. (2015) Los profesionales de salud y salud mental en prácticas comunitarias: descubriendo una experiencia participativa de promoción de salud mental en red. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2015; 32(supl 1):S134-S142.
- Barbosa Campos, Cavalcante Bezerra, Bessa Jorge (2018) Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(suppl 5):2228-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>
- Bardin L. (2011) Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- Bakhtin, M. (1981) Problemas da poética de Dostoiévski. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Becker, H. (1996). The epistemology of qualitative research. En Jessor, R., Colby, A. y Schweder, R. (Eds.) *Essays on Ethnography and Human Development*. Chicago:University of Chicago Press.
- Belmartino, S (2005) Una década de reforma de la atención médica en la Argentina. *Revista Salud Colectiva*. Vol 1 N° 2. May/Aug 2005
- Belmartino, S (2002) Equity issues in health care reform in Argentina. *Cad. Saude Publica*. 2002; 18 (4): 1067-1076
- Belmartino, S (1999) Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina: ¿Quién será el árbitro? Lugar editorial, 1999
- Beltran-Aroca CM, González-Tirado M y Girela-López E (2020) Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2) en Medicina de Familia. *SEMERGEN* 47 (2021) 122---130
- Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. (2014) “I went to the health unit and the doctor sent me here”: process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):61-74.
- Bisang, R. y O. Cetrángolo (1997). “Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina” Serie Reformas de Política Pública 47 CEPAL.
- Bonfim, I.G. et al (2013) Matrix support in mental health in primary health care: a review of scientific papers and official documents. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.287-300, abr./jun. 2013.
- Bourdieu, Pierre. (2011) *O poder simbólico*. 15. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.
- Calmels, Julieta (2022) *Salud mental y pandemia: dispositivo de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires / Julieta Calmels; Sebastián Holc; María Julieta Medici*. - 1a ed. - La Plata: EDULP.
- Camacho-Arce C, Caballero-Baldivieso D, Venegas-Arzabe F. (2009) Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(6):511–7.
- Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;

71(Suppl 5):2101-8. [Thematic Issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>

- Carciofi, R. Cetrángolo, O. y Larrañaga, O. (1996) “El rol del estado en Educación Básica y atención primaria en Salud en América Latina y el Caribe”. Serie Reformas de Política Pública del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales, CEPAL, Santiago de Chile.
- Castel, Robert, (1997), Las Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del salariado, Buenos Aires, Paidós
- Ceriani, L.; Obiols, J.; Stolkiner, A. (2010) Potencialidades y obstáculos en la construcción de un nuevo actor social: Las organizaciones de usuarios. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y práctica profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Ediciones de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires
- Ceriani, Obiols, Michalewicz, Stolkiner (2009) Obstáculo para el desarrollo de políticas públicas transformadoras en salud mental: El caso de la ley 25.421. Revista investigaciones en psicología, 2009,14, 3: 7-19
- CELS/MDRI (2007). Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos, un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. (2004). “Las relaciones provinciales entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, institucionales y conflictos persistentes”, Serie gestión pública No 47, CEPAL, Santiago de Chile.
- Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social”, 10, 20, 27-40.
- Chiara, M., Crojethovic, M. y Ariovich, A. (2017). El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional. Salud Colectiva, 13(4), 663–676. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1312>

- Comes Y. (1999) Atención Primaria de la Salud y Sistemas Locales de Salud. Ficha de la Cátedra II de Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Correia V.R., Barros S., Almeida Colvero L. (2011) Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6): 1501-6
- Cueto Marcos (2004) : “The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care” American Journal of Public Health | November 2004, Vol 94, No. 11
- De Maeseneer J, Moosa S, Pongsupap Y, Kaufman, A (2008). Primary health care in a changing world. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 58. 806-9
- Dimenstein M, Neves R, Paulon S, et al (2010) La difícil y necesaria integración entre la atención básica y la salud mental en Brasil. Psicología desde el Caribe, núm. 26, julio-diciembre, 2010, pp. 178-197, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. (2004) Prevalence, Severity, and Unmet Needs for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. JAMA.2004;291(21):2581-2590.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2011). Introducción general En Norman Denzin y Yvonna Lincoln (comps.), Manual de investigación cualitativa. Volúmen I, El campo de la investigación cualitativa. pp. 43-101.España: Gedisa.
- Desjarlais R.,Eisenberg L, Good B. y Kleinman A (1997) : “Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en poblaciones de bajos ingresos” OPS/OMS.
- De Sousa Campos G W. Gestión en Salud (2001) En defensa de la Vida. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001
- Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. (2014) Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):131-6.

- Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 297/2020. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Dos Anjos Muniz Soares y Mesaque Martins A (2017) Intersectorialidade e Interdisciplinariedade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 41, n. 2, p. 508-523 abr./jun. 2017
- Enríquez, A. y Sáenz, C. (2021) “Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA”, serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, N° 189 (LC/TS.2021/38;LC/MEX/TS.2021/5), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Feijoo, María (2001) Nuevo país, nueva pobreza. Fondo de la Cultura Económica: Buenos Aires
- Frateschi, M. y Cardoso C. (2016) Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. Psico (Porto Alegre), 2016; 47(2), 159-168
- Freidin B, Wilner A, Krause M y Ballesteros M (2021) Población & Sociedad [en línea], ISSN 1852-8562, Vol. 28 (2), 2021, pp. 138-167. DOI: <http://dx.doi.org/10.19137/pys-2021-280208>. Puesto en línea en diciembre de 2021.
- FSS. Informe N° 38. Un cambio que deteriora los servicios de salud. Enero 2019. Disponible en <https://soberaniasanitaria.org.ar/un-cambio-que-deteriora-los-servicios-de-salud/>
- Galende Emiliano (1990) Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Gerlero S, Augsburger A, Duarte M, Gómez R, Yanco D (2011). Salud Mental y Atención Primaria. Accesibilidad, Integralidad y Continuidad de Cuidados en Centros de Salud en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, 2 (9), pp. 24-29.
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2025). Sala de Situación. Monitoreo de la Evolución del COVID en la Provincia de Buenos Aires, <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/sala-de-situacion>. Extraído en septiembre de 2025

- Gollán, Daniel (2018) Una desvalorización que comenzó en 2016, en Revista Soberanía Sanitaria. Edición Especial. Año 2. Septiembre de 2018. Disponible en <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro5.pdf>
- Gonçalves R, Pedrosa L, Oliveira M, Silva Q, Abreu R, Pinho P (2013) Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (10), 49-56
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2025). Sala de Situación. Monitoreo de la Evolucion del COVID en la Provincia de Buenos Aires, <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/sala-de-situacion>. Extraído en septiembre de 2025
- Grodos D, Mercenier P (2000). Health system research: a clearer methodology for more effective action. Studies in Health Services Organization and Policy, 15
- Guber, Rosana, Milstein, Diana y Schiavone, Lidia (2014) “La reflexividad o el análisis de datos. Tres antropólogas de campo” en: GUBER, R. (Comp.) Prácticas etnográficas. Ejercicios de reflexividad de antropólogas de campo, Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila.
- Guber, Rosana (2001) La Etnografía: método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Editorial Norma
- Hornillos C., Rodríguez E., González F., Fernández A. (2009) Presencia física de profesionales de Salud Mental en un Centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, n.o 104, pp. 355-370.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: resultados provisionales/1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2023.
- Jara-Navarro, MI (2015). La Investigación en Salud Pública desde las Ciencias de la Complejidad. En Jaime Llambías Wolf (Ed) La Enfermedad

de los Sistemas de Salud- Miradas Críticas y Alternativas. Toronto: York University Bookstore

- Katz Jorge (1990) Puja distributiva y funcionamiento del sector salud. Revista Medicina y sociedad. Vol 13, N°4. Julio/Agosto de 1990.
- Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, et. al. (2005). "Los trastornos mentales en América latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública". Revista Panamericana de Salud Pública, 18 (4/5), 229-240.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Sarraceno B (2004): "The treatment gap in the mental health care" Bulletin of the World Health Organization; 82:858-866.
- Labonté R, Schrecker T, Packer C, Runnels V (2009) Globalization and Health: Pathways, Evidence and Policy. Routledge. New York.
- Laurell AC (2014). Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. Saúde em Debate, 38 (103), pp. 853-871.
- Laurell A. C. (1994). "La Salud: de Derecho Social a Mercancía". En Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud . México: UAM Xochimilco - Fund F. Ebert.
- Ley 26.657 (2010) Derecho a la Protección de la Salud Mental. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 25.421 (2001) Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental. Sancionada: Abril 4 de 2001. Promulgada Parcialmente: Abril 26 de 2001. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/66858/norma.htm>
- Lopez, Susan (2025) "El Sistema de Salud Argentino. Breve recorrido histórico político desde mitad del siglo XIX hasta la actualidad". En Para pensar la salud colectiva. Algunas categorías y temas, Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP)

- Marshall C, Rossman G. (1989) Designing Qualitative Research. London: Sage Publications.
- Martinez-Hernaez, Angel Y Correa-Urquiza Martín (2017) Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. Salud colect. [online]. 2017, vol.13, n.2, pp.267-278. ISSN 1669-2381. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1168>.
- Minayo M.C. de Souza (1997). El Desafío del Conocimiento: Investigación Cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar.
- Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázaval M. (2018) Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. Rev Panam de Salud Pública. 2018;42:e136
- Moreno M, Diaz Arana F (2014). Proyecto para la creación del Programa de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Salud, Municipio de San Martín.
- Municipalidad de San Martín (2014). Guía de Recursos Salud Mental y Adicciones (Ley 26657).
- Muniz Soares, D. y Mesaque Martins, A. (2017) Intersetorialidade e interdisciplinaridade na atenção primária: conceito e sua aplicabilidade no cuidado em saúde mental. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 41, n. 2, p. 508-523. abr./jun. 2017
- Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Chaves Neto G, Almeida SA, Almeida LR (2017) O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. Esc Anna Nery 2017; 21(3): 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040
- Onocko-Campos R., Pereira Furtado J. (2006) Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública 2006; 22(5):1053-1062.
- Organización Mundial de la Salud (2025) Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas, disponible en <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/pages/paho-argentina-covid-19-response>. Extraído en septiembre de 2025

- Organización Mundial de la Salud (2022) Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud. Desde Alma-Ata hacia la Cobertura de Sanitaria Universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná, Kazajstán. 25 y 26 de octubre de 2018
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (2007) Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición. Washington, OPS, 2007. ISBN 92 75 32699 1.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Invertir en Salud Mental. Disponible en https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002) Programa Mundial de Acción en Salud Mental, Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (2001) Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (1990) La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de Caracas Conferencia Reestructuración de la Atención psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela 11-14 de noviembre de 1990
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Atención primaria de la salud. Alma-Ata 1978. Serie "Salud para todos" n° 1. Suiza
- Organización Mundial de la Salud (OMS)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (1978) Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946) Constitución de la OMS adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008) Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2008. Washington DC, USA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998): "Argentina", en: "Condiciones de Salud en las Américas" (CSA), Vol. II, Washington DC, 1998
- Ortiz Lobo A, Bernstein J. (2015) Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35): 1-9. Disponible en [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055)
- PAHO/WHO (2020). Response to COVID-19 Outbreak. In the Region of the Americas. Version 3. Recuperado de: <https://www.paho.org/en/file/71377/download?token=y9VUYtpo>.
- Parra MA. (2016) Articulaciones entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(1): 30-37. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a04
- Parra, MA (2012). Estrategias de intervención de los psicólogos en el contexto de la atención primaria de la salud: interfaces entre la salud mental y la atención primaria de la salud. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Pessoa, Bessa Jorge, Andrade Lourinho y Fontenele Catrib (2018) Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. Rev. Salud Pública. 20 (6): 692-698, 2018
- Pimentel Minóia N. y Minozzo F. (2015) Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicologia: ciência e profissão, 2015, 35(4), 1340-1349

- Portal de datos abiertos del AMI (2022)
<https://datos.pami.org.ar/dataset/padron-de-afiliados/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011) El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011. ISBN 978-987-1560-32-5
- Reale Caçapava, de Almeida Colvero, Veiga Martines, Machado, Aranha e Silva, de Vargas, Ferreira de Oliveira, Barros (2009) Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp 2):1256-60 www.ee.usp.br/reeusp/
- Red Bonaeren de Atención y Cuidado (2025)
<https://sistemas.ms.gba.gov.ar/redatencion/>
- Reis da Silva, Geslaney; Teixeira Reis, Helca Francioli; Dos-Santos, Edirlei Machado; Almeida Souza, Marcos Paulo; Lessa Azevedo, Renata (2016) Saúde mental na atenção primária à saúde: percepções da equipe de saúde da família. Cogitare Enfermagem, vol. 21, núm. 2, 2016. Universidade Federal do Paraná. Curitiba - Paraná, Brasil
- Ricoeur, Paul (2003): El conflicto de las interpretaciones. Ensayos de hermenéutica. Fondo de la Cultura Económica - Argentina.
- Ricoeur, P. (1987) Teoria da interpretação. Lisboa: Ed. Porto, 1987.
- Rosen, G. (1993) History of Public Health. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AMN, Gomes GC (2019) Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. Escola Anna Nery 23(2) 2019
- Rovere M. (2018) La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. Saúde debate, v. 42, número especial 1, p. 315-327, Río de Janeiro. Setembro 2018
- Rovere, M. (2016). El sistema de salud de la Argentina como campo: tensiones, estrategias y opacidades. Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 6(12), 24–41. Universidad de Buenos Aires.

- Rovere M. (2015) La salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en las construcción de un sistema injusto en Gollán D. et al ¿Qué hacer en salud?: Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria. 1° ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Colihue, 2015. ISBN 978-987-684-306-5
- Rovere M. (2012) Atención Primaria de la Salud en debate. Rev. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set. 2012
- Ruiz Olabuenaga, I. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Samaja, J. (2004). Epistemología de la salud. Buenos Aires: Lugar.
- Samaja, J. (2002) La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. Educ Med Salud. 1992;26(1):14-26.
- Satué de Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R y Abal Ferrer F (2022) Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. / Gac Sanit. 2022;36(S1):S30–S35
- Scharager Goldenberg J, Molina Aguayo ML (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(3):149–59.
- Silveira, C. B., Costa, L. S. P. y Jorge, M. S. B. (2018). Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (19), 61-70. doi: 10.19131/rpesm.0203
- Souza J, Almeida LY, Luis MAV, Nievas AF, Veloso TMC, Barbosa SP, Giacon BCC, et al. (2017) Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):935-41. [Thematic Edition “Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society”] DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0492
- Spink, M.J. (Org.) (2004) Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- Stake, R. (1995). The Arts of Case Study. Londres: Sage.

- Stake R. (1994) Case studies. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. Handbook of Qualitative Research. California: Sage; 1994. Págs 516-529
- Stagnaro, J.C.; Cía, A.; Vázquez, N.; Vommaro, H.; Nemirovsky, M.; Serfaty, E.; Sustas, S.E.; Medina Mora, M.E.; Benjet, C.; Aguilar-Gaxiola; Kessler, R. (2018) Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2018, Vol. XXIX: 275-299
- Stolkiner, A. (2025). Salud pública y consumos problemáticos. En A. Del Do et al. (Comps.), Consumos problemáticos y derechos humanos: perspectivas comunitarias. Teseo.
- Stolkiner, A. (2024). Lo comunitario en la encrucijada del presente: riesgos y potencia. Revista Salud y Comunidad, (17), ago.-dic. Universidad Nacional de Lanús. <https://revistas.unla.edu.ar/saludmentalycomunidad/article/view/5592/2638>
- Stolkiner (2018) Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. Revista Soberanía Sanitaria. 2(4):34-38
- Stolkiner, A. (2017). El enfoque interdisciplinario en el campo de la salud/salud mental y la perspectiva de derechos. En B. Fernández Castrillo (Comp.), Salud mental, comunidad y derechos humanos (pp. 189-210). Psicolibros Universitarios. ISBN 978-9974-704-16-9. <https://es.scribd.com/document/501525963/El-enfoque-interdisciplinario-en-el-campo-de-la-Salud-Mental-y-la-perspectiva-de-derechos>
- Stolkiner (2012) Nuevos actores en el campo de la salud mental. Revista Intersecciones Psi. 2 (4), 27-31
- Stolkiner A, Ardila S (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva Latinoamericanas. Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría, 23 (101), pp. 52-56.
- Stolkiner A, Comes Y, Garbus P (2011). Alcances y Potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en la Argentina. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 16 (6), pp. 2808-2816.

- Stolkiner A. (2009) El Sector Salud en la Argentina: ¿Qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis de 2001? Ponencia, XV Conference of International Association on Health Policy. XXVIII Jornadas de debate sobre Sanidad Pública: Salud y crisis global. Madrid, España; 24 al 26 de Septiembre de 2009
- Stolkiner A, Solitario R (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira, D (Comp) Atención Primaria en Salud: Enfoques Interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós.
- Stolkiner A, Comes Y y otros (2006) Reforma, crisis y recomposición del Sector Salud en Argentina en la última década: La perspectiva de los usuarios y la accesibilidad a los servicios. 11° Congreso Mundial de Salud Pública, 8° Congreso Brasileño de Salud Colectiva, Río de Janeiro, 2006
- Stolkiner, A (2001) : "Subjetividades de época y prácticas de Salud Mental" Revista: Actualidad Psicológica. ISSN: 0325-2590. Año 26. Nro. 293. Buenos Aires, 2001
- Stolkiner A. (2000). "El proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina". En Taller de Reformas Comparadas. Realizado en VIII Congreso de ALAMES y XI de la IAHP, La Habana, Cuba.
- Strauss, A.L., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tejada de Rivero DA. (2003) Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. OPS. 2003;8(2)3-7
- Tejada de Rivero DA. (2013) Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(2):283-7.
- Testa, M (1988). Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.
- Testa M. (1997). Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar
- Torres (2004). Mitos y realidades de las Obras Sociales. Ediciones ISALUD.
- Txema Coll B, Palacio Lapuente J, Añel Rodríguez R, Gens Barbera M, Jurado Balbuena JJ y Perelló Bratescu A (2021) Organización de la

Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Atencion Primaria* 53 (2021) 102209. Elsevier

- Valles, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vargas Terrez, B. E. y Villamil Salcedo, V. (2016) La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Revista Salud Mental* 2016;39 (1):3-9.
- Vázquez, A. (2023). Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e96.
- Vázquez, A. (2019). Consumos problemáticos y políticas de sufrimiento. En XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-111/704.pdf>
- Vázquez, A y Stolkiner, A (2009). Atención primaria de la salud y uso de drogas: accesibilidad a servicios de salud de usuarios de drogas y drogadependientes. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional de Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Villanueva-Carrasco R, Domínguez R, Salazar M, Cuba-Fuentes M. (2020) Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An Fac med.* 2020;81(3):337-41. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i3.18952>.
- Walsh, J.; Warren, K. (1979) Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 301, n. 18, p. 967—974, 1979
- Weiss R. (1994) *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies*. Nueva York: The Free Press.

- World Health Organization (WHO)/WONCA (2008). Integrating mental health into primary care- A global perspective. Disponible en http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- Yin, R. (1994): Case Study Research: Design and Methods. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Capítulo VII. Anexos



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2025-Centenario de la Refinería YPF La Plata: Emblema de la Soberanía Energética Argentina

Informe Técnico

Número: IF-2025-38608047-GDEBA-CECMSALGP

LA PLATA, BUENOS AIRES
Viernes 24 de Octubre de 2025

Referencia: Evaluacion tesis Lic Ceriani

EVALUACION ETICA: TESIS DE MAESTRIA

Estudio: Salud Mental y Atención Primaria de la Salud. Discursos de profesionales del primer nivel de atención

Investigadora: Lic Leticia Ceriani

Institución interviniente Universidad Nacional de Rosario

Centros: Instituciones de Salud del Partido de San Martín, Provincia de Buenos Aires

ANTECEDENTES

El estudio se trata de una tesis de la Maestría en Salud Pública la Universidad Nacional

El objetivo general es indagar las articulaciones entre salud mental y APS y los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19 a través de los discursos de profesionales. El ámbito elegido es el Municipio de San Martín, particularmente el CAPS N.º 9.

Se aclara que el estudio ya se encuentra realizado y a pedido de la Universidad Nacional de Rosario, por intermedio de la tesista, se requiere la evaluación de los aspectos éticos del mismo

Se trata de una investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud. Se identifica con técnicas cualitativas de producción de datos. Es un estudio descriptivo que no incluye prueba de hipótesis en el sentido estricto del término.

Se tomaron como unidades de análisis discursos de profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria de la Salud seleccionado, del municipio de San Martín, provincia de Buenos Aires.

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio puede calificarse como de riesgo mínimo, identificándose al mismo con el posible uso de datos identificatorios en las entrevistas. Sin embargo, de la transcripción de las mismas no surgen datos personales que puedan generar riesgos a las personas entrevistadas, es decir la base de datos especialmente descrita en el apartado de resultados se expone de manera anónima de tal manera que la tesista ha anulado la posibilidad de riesgos.

Asimismo, el estudio no expuso a personas a riesgos extraordinarios, no se realizaron intervenciones en salud que hayan generado la exposición a riesgos mayores

De esta manera la ecuación riesgos-beneficios ha sido adecuada, identificando los beneficios con la producción de conocimiento académico vinculado a la salud mental y la atención primaria

CONCLUSIONES

En base a lo expuesto, el estudio analizado no presenta dilemas éticos en su realización.

Asimismo, por tratarse de un estudio con finalidades académicas, el estudio esta fuera de los alcances de la Ley 15.462, no requiriendo por ende el registro ante la Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud de la Provincia de Buenos Aires

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, o=AR, ou=MINISTERIO DE GOBIERNO BS.AS.,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUII 30715124234
Date: 2025.10.24 10:32:36 -0300

Carlos Pablo Burger
Coordinador
Comite de Ética Central
Ministerio de Salud

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, o=AR, ou=MINISTERIO DE
GOBIERNO BS.AS., ou=SUBSECRETARIA DE
GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUII 30715124234
Date: 2025.10.24 10:32:37 -0300

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Estimado/a,

Usted está siendo invitado(a) para participar del estudio “Salud mental y Atención Primaria de la Salud. Discursos de profesionales del primer nivel de atención” que se enmarca en el proyecto de Tesis de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario. El objetivo general de este estudio es indagar las articulaciones entre salud mental y APS y los cambios producidos a partir de la pandemia por COVID-19 a través de los discursos de profesionales de efectores seleccionados del primer nivel de atención del Municipio de San Martín, Provincia de Buenos Aires.

Su participación en esta investigación consistirá en responder a una entrevista semi-estructurada con informaciones que se relacionan a la temática mencionada más arriba. Atendiendo que la metodología utilizada es la cualitativa, solicitamos su autorización para que la entrevista sea grabada.

Su participación no es obligatoria y en cualquier momento usted puede desistir de participar y retirar su consentimiento. Sin embargo, sus aportes en esta investigación contribuirán para ampliar el conocimiento sobre la situación del tema que se aborda.

Las informaciones obtenidas a través de esta investigación por medio de las entrevistas serán mantenidas en estricta confidencialidad.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 60 minutos.

Desde ya agradezco la oportunidad de estar en contacto con usted.

Lic. Leticia Ceriani

Declaro que he recibido información sobre la Investigación, comprendo los objetivos de la misma y manifiesto que estoy de acuerdo en participar de manera voluntaria de la entrevista que será grabada.

Nombre y Apellido del/la participante

Firma _____

Fecha ____/____/____

Grilla tónica primeras entrevistas

Descripción del Centro: Lo que se hace y cómo lo hacen

- ¿Cuáles son las actividades que se realizan desde el Centro?
- ¿Cuál de ellas cree que son prioritarias desde el punto de vista de la comunidad?
¿Cuáles considera prioritarias desde el punto de vista de la gestión?
- Nota algún cambio respecto a estas actividades en los últimos dos años? A qué lo atribuye?
- ¿Hay relación con otros organismos e instituciones de salud?
¿Con cuales?
¿En qué situaciones se dan esas articulaciones?
- ¿Hay relación con organismos o instituciones de otros sectores distintos al de la salud?
¿Con cuáles?
¿En qué situaciones se dan esas articulaciones?
- Nota algún cambio respecto a estas articulaciones en los últimos dos años? A qué lo atribuye?
- ¿Cuáles son las situaciones de salud que se atienden? Han cambiado en los últimos dos años?
- ¿Cómo cree usted que se abordan estas situaciones desde el Centro (con qué estrategias/saberes/disciplinas)?
¿Podría dar un ejemplo?
- ¿Qué acciones vinculadas a la salud mental se realizan en este Centro? Han cambiado en los últimos dos años?
- ¿Se realizan tareas de prevención de trastornos mentales/padecimiento subjetivo? ¿Quiénes las realizan?
¿En qué consisten?
- ¿Qué actividades de promoción de la salud mental considera que se realizan?
¿A quiénes están dirigidas?
¿Quiénes participan?
- ¿Cuentan con medicación para tratamiento de enfermedades mentales/padecimiento subjetivo en el servicio?
¿Cuáles?
¿Quién la administra?
- ¿Realizan actividades vinculadas al desarrollo infantil? ¿Cuáles? Han cambiado en los últimos dos años?
- ¿Realizan actividades vinculadas a la prevención o el tratamiento de enfermedades crónicas?
¿Qué enfermedades?
¿Qué actividades?
- Han cambiado en los últimos dos años?

Descripción del Centro: El equipo de salud

- ¿Cómo se compone el equipo de salud del centro?
- ¿Cree ustedes que haría falta incorporar alguna otra disciplina?
- ¿Cuál considera usted que es el rol de los profesionales de salud mental? Han cambiado en los últimos dos años?
- ¿Hay agentes sanitarios o personas con saberes no disciplinarios que formen parte del equipo de salud?
¿Qué actividades realizan?
- De haber agentes sanitarios: ¿realizan alguna actividad vinculada a salud mental?
¿Cuál?
¿Por qué?
- ¿Quiénes llevan a cabo la atención de las enfermedades mentales/padecimientos psíquicos?
- ¿Por qué trabaja en el primer nivel de atención?

Descripción del Centro: Vínculo con la comunidad

- ¿Qué instancias de participación comunitaria se producen?
¿Con qué finalidad?
¿Qué valora usted de esa participación?
- ¿La población conoce cuáles son los problemas de salud más frecuentes en esta comunidad?
- Han cambiado en los últimos dos años?

Prácticas de atención en la salud/salud mental

- ¿A qué demandas de salud cree que responde su práctica?
- ¿Cuáles son los padecimientos que atiende?
- ¿Cómo definiría a la práctica clínica?
- ¿En qué situaciones interviene usted?
- ¿Se incorporan conocimientos provenientes del campo de la salud mental a la asistencia sanitaria general?
¿Quiénes los incorporan?
¿Cuáles?
¿Para qué?
- ¿Usted considera que su incorporación produce/produciría modificaciones en el servicio?
¿En qué?
- ¿Qué entiende usted por padecimiento?
- ¿Que profesional/es intervienen/deberían intervenir ante una situación de padecimiento?
- ¿Cuáles le parece que son las cuestiones que la comunidad considera problemáticas respecto a la salud mental?
¿De dónde surge esa consideración?

- ¿Hay una decisión explícita respecto a qué padecimiento subjetivos se atienden en el servicio y cuáles deben ser derivados a niveles de mayor complejidad?
¿E implícita?
- ¿Cuáles son los problemas de salud que ud. considera que requieren derivación a otro nivel de complejidad?
¿Por qué?
¿Cómo se realiza esa derivación?
¿Hay contrareferencia desde el nivel de mayor complejidad?
- Nota algún cambio en su rol en los últimos dos años? A qué lo atribuye?

Grilla tónica segundas entrevistas

- Cambios percibidos en el rol del profesional dentro del equipo
¿Percibió cambios en su rol durante el último año? ¿cuáles? ¿A qué las atribuye? ¿y con el cambio de gestión a nivel provincial y/o municipal? ¿cuáles?
- Cambios percibidos en el rol de otros profesionales del equipo
¿Percibió cambios en el rol del resto de los trabajadores del centro durante el último año? ¿cuáles? ¿A qué las atribuye? ¿y con el cambio de gestión a nivel provincial y/o municipal? ¿cuáles?
- Interdisciplina
¿como es la relación con otros integrantes del equipo?
¿en que actividades es convocado/a usted?
¿qué cuestiones se abordan conjuntamente? Puede dar un ejemplo
¿Como cree usted que es valorada su profesión por parte del resto del equipo del centro?
- Cambios percibidos en las actividades del centro
¿Percibió cambios en las actividades desarrolladas por el centro durante el último año? ¿cuáles? ¿A qué las atribuye? ¿y con el cambio de gestión a nivel provincial y/o municipal? ¿cuáles?
- Cambios percibidos en las propuestas del centro hacia la comunidad
¿Percibió cambios en las actividades propuestas desde el centro hacia la comunidad durante el último año? ¿cuáles? ¿A qué las atribuye? ¿y con el cambio de gestión a nivel provincial y/o municipal? ¿cuáles?

- Cambios percibidos en los problemas de salud por los que consulta la población
¿Percibe que hubo cambios en los problemas de salud por los que la gente consulta durante el último año? ¿Cuáles? ¿A qué atribuye esos cambios?
Si los hubo, ¿implicaron alguna modificación por parte del centro?
- Cambios percibidos en los problemas de salud mental por los que consulta la población
¿Percibe que hubo cambios en los problemas de salud por los que la gente consulta durante el último año? ¿Cuáles? ¿A qué atribuye esos cambios?
Si los hubo, ¿implicaron alguna modificación por parte del centro?
- Actividades del centro en las que interviene
¿En qué actividades del centro participa? ¿Siempre fue igual?
¿Participa en alguna actividad que antes no lo hacía? ¿desde cuándo? ¿A qué atribuye esta participación a partir de ese momento?
- Actividades que ofrece el centro priorizadas por la comunidad
¿Cuáles cree usted que son las actividades del centro que prioriza la comunidad? ¿Siempre fue así? Si hubo cambios, ¿a qué lo atribuye?
¿Cree que haya habido cambios el último año? ¿y con el cambio de gestión municipal y/o provincial?
- Actividades que ofrece el centro priorizadas por la gestión
¿Cuáles cree usted que son las actividades del centro que prioriza la gestión del centro? ¿y la municipal? ¿Siempre fue así? Si hubo cambios, ¿a qué los atribuye? ¿Cree que haya habido cambios el último año?
- Vínculo con otros niveles de atención/instituciones
¿Con que otras instituciones de salud se vinculan o trabajan?
¿Siempre fue así? ¿Cree que cambió durante el último año? ¿A qué se lo atribuye?
¿Con que otras instituciones que no sean de salud se vinculan o trabajan? ¿Siempre fue así? ¿Cree que cambió durante el último año? ¿A qué se lo atribuye?
- Rol de los profesionales de salud mental durante la pandemia
¿Cuál considera que fue el rol de los profesionales de salud mental durante la pandemia? ¿Cree que estaban preparados para eso?

- Definición de padecimiento
¿Como definiría usted al padecimiento?

- Me podría contar cómo funciona el Programa de Salud Mental/la
juegoteca/los controles grupales de niños sanos/las reuniones de
equipo. ¿Siempre funcionó igual? ¿Percibe cambios en el ultimo año?
¿A qué se los atribuye?