



Relevamiento sobre condiciones de atención en dispositivos y/o equipos de salud mental y consumos problemáticos comunitarios y de APS - APSS

El presente relevamiento surge a partir de la iniciativa del **Grupo de Trabajo en Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social**. El objetivo es *conocer el impacto que la pandemia y la emergencia sanitaria han tenido en los espacios de atención de salud mental y consumos problemáticos, que desarrollan abordajes comunitarios o desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud.*

Del mismo han participado equipos y profesionales que desarrollan su actividad en distintos niveles de atención del sistema público de CABA, en el marco de instituciones hospitalarias, Centros de Salud, CEMARs y dispositivos específicos de salud mental y adicciones.

Se presentan a continuación algunos resultados y apreciaciones en relación a la información recabada.

- *Asignación de nuevas tareas y refuncionalización de los espacios de atención*

En relación a este primer eje de la encuesta, las respuestas dan cuenta de problemáticas compartidas en relación a la organización del trabajo en salud en el marco de la pandemia de COVID-19.

Una de las cuestiones que se evidencian es la arbitrariedad en la reasignación de tareas. Las disciplinas no médicas tuvieron que orientar horas de su trabajo para otras tareas, muchas de ellas administrativas, sin especificar mecanismos para poder dar continuidad con sus tareas habituales vinculadas al cuidado de la salud. Aquí vemos cómo la orientación de la gestión de la pandemia se enfocó fuertemente en los aspectos biomédicos, desvalorizando otros aspectos de la atención.

Asimismo, el repliegue y cierre de muchas instituciones estatales en los territorios, agudizaron déficits preexistentes en torno al acceso a políticas sociales. La falta de presupuesto para políticas sociales se combinó con la reorganización de las agencias estatales para la atención, generando mayores obstáculos para la población en el acceso a los recursos y a la posibilidad misma de gestionarlos. Muchos trámites se restringieron al uso de tecnología informática y las personas requirieron asistencia para poder realizar sus trámites. Esa demanda fue absorbida por la atención de los efectores de salud, generando aún mayor sobrecarga.

Mientras tanto, estos dispositivos sanitarios, que seguían siendo en territorio los más accesibles para la población en tiempos de repliegue de las agencias estatales, atravesaron en su gran mayoría una “pérdida de lugar” tanto físico como simbólico. La reasignación de tareas que no encuadran en las incumbencias profesionales, la refuncionalización de los espacios de atención para cuestiones específicamente ligadas al COVID, la falta de previsión y coordinación de las tareas y la informalidad y discrecionalidad que caracterizaron en los distintos niveles la gestión institucional de la pandemia, redundaron en serias afectaciones a los procesos de trabajo de los equipos de salud mental.

- *Restricciones en la atención derivadas de la asignación de nuevas tareas y refuncionalización de los espacios*

En sintonía con la caracterización que hicieramos en el eje anterior del modo en que se gestionó la pandemia de COVID-19, se verifica en este punto el desplazamiento arrasador de la posibilidad de continuar de alguna manera con las actividades vinculadas a la asistencia sanitaria desde una perspectiva de salud integral. Y en salud mental eso resulta especialmente iatrogénico, por la



característica de los procesos de abordaje terapéutico y de acompañamiento que requieren las personas que atraviesan padecimientos vinculados a la salud mental.

Antes de la pandemia la política en salud mental en la CABA ya contaba con numerosas limitaciones que la vuelven una realidad desesperante (retraso de meses en las admisiones en diferentes dispositivos, insuficiencia de dispositivos de acompañamiento, falta de recurso humano especializado en el primer nivel de atención, etc). Con el advenimiento de la pandemia, se suspendieron las actividades grupales (o se limitaron severamente al pasar a ser virtuales), se suspendieron admisiones, así como los permisos de salida y el ingreso de visitas en los dispositivos de internación, reforzando lamentablemente la lógica manicomial de esas instituciones que están en un proceso difícil, lento y desgarnecido de adecuación a las leyes de Salud Mental.

Asimismo, es para destacar la desjerarquización que se produjo en los pocos dispositivos territoriales con que cuenta la cartera de salud de la Ciudad para atender a usuaries de salud mental. Dichos dispositivos se sostienen por la convicción de sus trabajadores de brindar asistencia desde una perspectiva de derechos, pese a la falta de voluntad política manifiesta del Gobierno de la Ciudad de dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental y a la Ley 448 de la CABA. En este sentido, el intento de reemplazar un dispositivo de atención (que en sus 14 años de existencia no obtuvo una estructura propia que lo valide en el organigrama del Ministerio) por un centro de donación de plasma, es una clara muestra del lugar absolutamente subordinado y residual que ocupa la salud mental en la política sanitaria de la Ciudad de Buenos Aires.

- ***Estado y disponibilidad de espacios de atención y seguimiento de usuaries de salud mental en contexto de pandemia***

En este eje se pudo verificar de manera contundente en todos los efectores la pérdida ya señalada de espacio físico y simbólico para la atención en salud mental y para la atención de las consultas vinculadas al acceso a derechos y a prestaciones sociales. El espacio fue reestructurado, destinando hasta los consultorios habituales para tareas vinculadas al COVID, debiendo los profesionales inventar otros espacios donde atender situaciones que no pudieran brindarse en la virtualidad (salas de espera, veredas, patios). Asimismo, se comenzó a requerir elementos de trabajo que pudieran suplir las carencias de les usuaries para gestionar por internet los turnos para tramitar prestaciones sociales, fundamentalmente teléfonos y acceso a wifi. Dicha falta la suplieron los trabajadores con sus recursos personales y sólo en algunos lugares de trabajo se pudo acceder a recursos provistos desde la institución.

Mención aparte merecen los dispositivos territoriales que fueron destinatarios de distintos procesos de desmantelamiento bajo la excusa del COVID. Los cambios constantes en la coordinación y en las condiciones de trabajo, el desconocimiento de las características propias de la población a la que asisten, la nula claridad en los objetivos de trabajo y la consecuente incapacidad de planificación, generaron serias limitaciones para el seguimiento de usuaries.

En cuanto a la atención virtual y el trabajo remoto, para los casos en que les pacientes pudieron sostenerla, el GCBA no brindó recursos materiales ni aportes económicos para sostener el pago de servicios ni la compra de elementos de trabajo que fueron necesarios (cámara web, adecuación tecnológica de teléfonos y computadoras, internet, micrófonos, auriculares).

La autogestión por parte de les trabajadores de los recursos necesarios, la reestructuración de los espacios de atención, la falta de previsibilidad y las limitaciones de acceso a conectividad de gran



parte de la población usuaria, se constituyeron en obstáculos fundamentales para la continuidad de los procesos de atención en salud mental.

- ***Condiciones materiales de trabajo, acceso a EPP y cumplimiento de protocolos***

En los inicios de la pandemia la situación fue muy difícil para los trabajadores de la salud en general, y para las trabajadoras sociales y los trabajadores de la salud mental en particular. Los trabajadores de la salud partimos de un proceso de histórica precarización de nuestras condiciones materiales de trabajo, y las expectativas en los mecanismos de cuidado que pudieran desplegar los funcionarios que gestionan las instituciones sanitarias, fueron en general muy bajas, dada una larga trayectoria de descuidos y destratos.

El acceso a los Equipos de Protección Personal necesarios para sostener los procesos de trabajo en las instituciones sanitarias, constituyeron un gran punto de conflicto. Inicialmente, la autogestión fue la respuesta construida por los trabajadores ante la insuficiencia y la mala calidad de los recursos otorgados desde el GCBA. Con el correr del tiempo, y frente al reclamo sostenido de los trabajadores, medidas gremiales, fuertes campañas mediáticas y en redes sociales, el acceso a los EPP se fue garantizando.

La aplicación de los protocolos elaborados desde el Ministerio de Salud tuvo alcances diferentes según el espacio de trabajo. Se observa de manera transversal que las condiciones edilicias existentes en los dispositivos generan serias limitaciones para poder cumplimentar medidas de higiene y distanciamiento social. Asimismo, se evidencia que el cumplimiento de los protocolos por “contacto estrecho” en los lugares de trabajo fue el menos respetado por parte de las autoridades.

La pandemia evidencia la necesidad de una planificación, reestructuración, y construcción de lugares propicios para la atención como responsabilidad impostergable por parte del Ministerio Salud.

- ***Acceso a medicación y articulaciones para derivación e internación por Salud Mental***

En este eje se verificaron multiplicidad de situaciones concretas que configuran un recrudecimiento de los obstáculos que, en gran medida, veníamos observando con anterioridad a la pandemia para la continuidad de los tratamientos por salud mental.

En algunos dispositivos se restringió el acceso a la medicación sólo a pacientes que estuvieran previamente en tratamiento en ese efector; en otros existieron diversas trabas en el acceso a la medicación, debiendo construirse artesanalmente circuitos de acceso para les usuaries. Son pocos los dispositivos que plantearon la disponibilidad sin dificultades en el acceso a la medicación para sus pacientes, principalmente del primer nivel de atención.

La readecuación de los procesos de trabajo en los servicios de salud mental, en paralelo a la escasez de recurso humano en los efectores del primer nivel de atención, dificultó aún más el acceso a los tratamientos ambulatorios y las posibilidades de articulación. En términos generales, podemos mencionar el incremento de seguimientos realizados por los equipos de guardia ante la imposibilidad de acceder a turnos de admisión en dispositivos ambulatorios.

Las vacantes para el acceso a dispositivos convivenciales también se vieron reducidas ante las adecuaciones que debieron realizar para preservar a trabajadores y usuaries frente al COVID. Sobre una base de dispositivos que ya era insuficiente antes de la pandemia, la situación se tornó desesperante. Algo similar se verificó en relación a las camas de internación por salud mental,

siendo ya limitado el recurso disponible, y habiéndose visto reducidas por su reconversión en camas para la internación de pacientes con COVID en varios efectores.

La única posibilidad de articulación que hallaron en general los trabajadores del primer nivel de atención fueron los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental de las guardias hospitalarias.

El repliegue de muchos dispositivos, sumado a la falta de recursos disponibles y de información oficial en relación a los mismos, y la reducción de las intervenciones y estrategias de cuidado que eviten las internaciones por salud mental, generaron serios obstáculos para la atención y el acompañamiento de los usuarios y agudizaron la necesidad de recurrir a circuitos informales para dar respuestas desde los equipos profesionales.

- ***Impacto subjetivo sobre el equipo o los profesionales que lo integran***

En relación al impacto subjetivo de estas condiciones de trabajo e intervención que venimos describiendo, es esclarecedor e impactante la lectura de las palabras volcadas por los compañeros en el relevamiento: *agotamiento, angustia, miedo al contagio, estrés, dificultades en la comunicación, malestar, frustración, enojo, impotencia, bronca, desgaste, desgano, desaliento, tensiones entre trabajadores, incertidumbre incrementada por cambios permanentes.*

La incertidumbre, que en un principio podría asociarse a un sentimiento normal en contexto de pandemia, se vincula con cambios permanentes en los procesos de trabajo. Lo cual hace referencia a los modos en que se gestionó la pandemia en nuestros lugares de trabajo. La informalidad con que circularon las directivas, la discrecionalidad de las mismas, el impacto rotundo en la organización del proceso de trabajo y en las condiciones de trabajo sin consulta previa, como decisiones inapelables, atravesando los cuerpos y las subjetividades de los trabajadores implicados. Órdenes que, por otra parte, se modificaron permanentemente, no dando nunca lugar a un espacio de estabilidad.

Es por eso que interpretamos que se generó un aumento de la violencia institucional hacia trabajadores y usuarios. Violencia institucional que siempre está presente en la organización y en la gestión de nuestras instituciones de salud. Y que en concreto, en este contexto, se vislumbra a partir de estas modificaciones constantes y unilaterales del proceso de trabajo, y de la subordinación de las profesiones no médicas en la valoración de la atención sanitaria.

También en el descuido y el maltrato generalizado que nos atraviesa a los trabajadores de la salud, que en un año como el que estamos viviendo, vimos negados nuestros derechos laborales básicos: el acceso a la negociación paritaria, las negativas de licencias para preservar la salud de los compañeros que integran grupos de riesgo frente al COVID o para aliviar la doble jornada de quienes tienen niños o personas dependientes a cargo, ni el acceso a las licencias pautadas por nuestro convenio colectivo de trabajo para reponernos del desgaste acelerado que generaron todas estas condiciones de trabajo tan desestabilizantes.

El desborde de los encuadres, la sobrecarga, la “soledad institucional”, las limitaciones propias de los seguimientos telefónicos y virtuales para los objetivos de la intervención profesional, y las dificultades de la población para acceder a la atención remota generan impactos negativos para los trabajadores.

Otro punto que surge del relevamiento es la pérdida de espacios grupales de reflexión y supervisión. Por la dinámica de tabicamiento o la sobrecarga propia de que la virtualidad y la superposición de las jornadas de trabajo doméstico y extradoméstico, entre otros factores.

Este escenario vuelve necesario el refuerzo de los vínculos de compañerismo para hacer frente a la situación de manera colectiva.



Algunas conclusiones generales

De la información aportada por el relevamiento, se evidencia como situación transversal a todos los equipos de trabajo en Salud Mental una *sobrecarga por tener que asumir tareas ligadas al COVID a la par de sostener tareas previas, en un contexto de repliegue e incluso cierre de muchas otras instituciones estatales.*

Como patrón general, se puede observar un refuerzo de la lógica manicomial. Aquellos dispositivos que funcionan en los hospitales monovalentes vieron alteradas sus capacidades para proponer encuentros y actividades grupales y de sociabilidad, volviéndose hacia dentro y reforzándose las “fronteras” con el afuera. A la par, el repliegue y la limitación de los dispositivos comunitarios y territoriales de abordaje en Salud Mental y la utilización de sus instalaciones para otros objetivos sanitarios, implicó un nuevo obstáculo para los usuarios.

Se entiende que este proceso es consecuencia de las limitaciones previas que surgen de la falta de implementación de una política sanitaria acorde a la normativa vigente en materia de Salud Mental. Nos referimos a las constantes dilaciones en la real implementación de las leyes N° 26.657 y N° 448. De esta realidad se desprende que en un contexto de emergencia sanitaria, no existan dispositivos acordes a las necesidades y derechos de las personas con padecimiento psíquico.

Este escenario se vio agudizado ante las definiciones tomadas desde el Ministerio de Salud del GCBA, que prescindió (o intentó hacerlo) de los dispositivos comunitarios y territoriales.

Observamos que aquellos dispositivos con mayor grado de precarización previa fueron los que se desarticulaban más rápidamente. En cambio, los equipos con mayor trayectoria y referencia construida, lograron imponer ciertas condiciones para el sostenimiento de la tarea cotidiana.

La combinación de estos factores redundó en un incremento de los obstáculos preexistentes para la atención en Salud Mental, tanto para trabajadores como para usuarios. Los trabajadores requirieron más que nunca de acudir a articulaciones artesanales e informales para lograr desplegar sus intervenciones, en un contexto de falta de recursos y descuido constante a las condiciones laborales. Por su parte, los usuarios sufrieron limitaciones para el acceso y el sostenimiento de sus acompañamientos. Se evidenció un recrudecimiento de las situaciones de violencia institucional y laboral en todas sus modalidades.

El abordaje de la pandemia por parte de los responsables de la administración sanitaria local, reforzó sin dudas la mirada biologicista imperante en las instituciones de salud. El desplazamiento de la Salud Integral y la focalización permanente en la asistencia, tuvieron serias consecuencias en los procesos de atención y cuidado en materia de Salud Mental.

Aquellos espacios de atención de salud mental y consumos problemáticos, que desarrollan abordajes comunitarios o desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud, fueron especialmente afectados por esta situación.

El refuerzo de una orientación reduccionista de la política sanitaria en el marco del contexto de pandemia, implica la necesidad de redoblar esfuerzos colectivos para recuperar y reconstruir los espacios de atención de la salud mental desde una perspectiva respetuosa de los derechos de trabajadores y usuarios.