



Documento diagnóstico 2017-ATE

El cierre de los monovalentes

El problema de transformar las instituciones monovalentes es un problema sin perspectiva sino se realiza en el marco de una estrategia de salud mental comunitaria, colectiva y territorial, como plantea la ley 26657 y las experiencias de aquellos lugares que lograron ser eficaces y duraderas.

Así como consideramos poco serio y engañoso plantear transformaciones de efectores en espacios sustitutivos sin contemplar cuáles serán los abordajes concretos para las personas que padecen sufrimiento psíquico y sin pensarlas en real articulación con la red asistencial y con datos poblacionales. Asistimos a propuestas parciales del CRSM "Agudo Avila" que van trascendiendo fragmentariamente, pero se plantean sin articulación con el resto de la red pública de atención,- el otro efector monovalente de la Provincia, hospitales generales, con los referentes de atención primaria-, es decir sin contemplar la red de servicios y por lo tanto sin un plan provincial.

Más allá de los modos de nombrar y de los anuncios burocráticos, solicitamos explicitación de la capacidad de abordaje y de los recursos.

Asistimos al cierre de "camas" que saludaríamos si fuera en el marco de una transferencia de recursos a lo comunitario, con ampliación de lo público estatal en los territorios. En cambio, este efecto que puede venderse como cierre de manicomio redundante en desasistencia o transinstitucionalización, resolviendo la asistencia de adultos y jóvenes en manicomios privados con fondos públicos. Es alarmante en este sentido el cierre de 19 camas en el CRSM en el último periodo sin abrir ningún centro de salud mental 24 horas en la comunidad. Esto necesariamente implica traslados de la población a la CPO, sin considerar su referencia geográfica, entre otras cuestiones. Asimismo abona las derivaciones a lo privado.

En este sentido expresamos nuestra posición de rechazo a la estrategia llamada engañosamente "cobertura universal de salud"(CUS), que el presidente Macri mediante el DNU 908/2016 propone, por considerar que la misma implica la restricción-contradictoriamente- de la universalidad de la atención por parte del sector público.

Nuestra constitución nacional (CN, Art. 75, inc. 22) y los preceptos contenidos en Tratados Internacionales con jerarquía constitucional se contradicen con el Decreto 908/2016(CUS). La estrategia de la CUS, pretende recortar el derecho constitucional a la salud y permite un avance del mercado sobre la salud pública.

Solicitamos la NO adhesión del gobierno provincial a la CUS, por considerarla una estrategia engañosa, que esconde la mercantilización de la salud.

Asimismo solicitamos la explicitación respecto de las internaciones en clínicas privadas con fondos de la salud pública incluyendo también las que se realizan de este modo con Profe.

Acerca de la Red

Como trabajadores comprometidos con prácticas éticas clínicas, intentamos hacer consistir la red, y la mayoría de las veces lo logramos gracias a nuestros lazos. Una vez más reclamamos la explicitación de la red de servicios, trascendiendo la mera enumeración de dispositivos, estableciendo circuitos y articulaciones, capacidades de abordaje y tratamientos de las personas; propuestas sustitutivas en el territorio con capacidad de alojamiento 24 horas, redefinición de servicios que contemplen la población y sus particularidades.

Hospitales Generales

La internación por problemáticas de salud mental en los hospitales generales se realiza en condiciones muy dificultadas. Los espacios son insuficientes e inapropiados. A la vez requeridos para otras problemáticas de salud (Guardias desbordadas).

La escasa capacitación de los equipos, así como la falta de espacios de retrabajo de las prácticas y los procesos; las condiciones edilicias, la precariedad de los trabajadores; y fundamentalmente la ausencia de lineamientos y circuitos del proceso asistencial deja a los equipos de los efectores generales en encerronas que complican la lógica de dicho proceso. Decimos que de ninguna manera la internación en los hospitales generales, en estas condiciones es suficiente y que permanecerá en la precariedad si los equipos de los hospitales generales continúan sin contar con servicios comunitarios de salud mental en los territorios con los que puedan articular el proceso asistencial una vez transitada la crisis subjetiva.

Es necesaria la atención sustitutiva en lo comunitario para avanzar realmente en que la única respuesta sea una internación en la centralidad del hospital. Los equipos comprometidos de los hospitales generales se encuentran con situaciones precarizadas y además lidian con la dificultad de que, al no existir centros de asistencia comunitarios



específicos en salud mental en el territorio, quedan limitados en el acompañamiento a los procesos asistenciales entre la internación y la exigencia a los equipos de APS que merecen por sus condiciones un capítulo aparte.

Planteos de un abordaje de salud integral nos parecen interesantes siempre que en nombre de estos no se achique el Estado y las propuestas específicas de salud mental. Si este problema no se aborda complejamente logramos mayor desasistencia, como es en la actualidad (cantidad de personas que no acceden). La complejidad está dada por contemplar a la población en sus particularidades.

Exigimos el organigrama existente de recursos y capacidad de abordajes para las crisis subjetivas, así como para los tratamientos de larga duración, lo existente y lo planificado.

Exigimos la explicitación de la red provincial de servicios de atención vinculados a la problemática de salud mental. (Este hecho que se agrava con las derivaciones a clínicas privadas ante la falta de respuesta de espacios públicos.)

Consideramos que los hospitales generales no pueden ser los únicos que den respuesta a la atención de salud mental. Exigimos la planificación provincial respecto del artículo 11 de la Ley Nacional, así como el artículo 18 de la provincial. Insistimos no listas de dispositivos sino planificación seria con capacidad de abordaje de población.

Equipos de cárceles y Juntas especiales

A sabiendas de la complejidad y de la incidencia de la articulación de las problemáticas de salud mental con el campo de lo judicial, nos alarma la ausencia de lineamientos de trabajo en red, así como el deterioro de los equipos. Respecto de esto, nuestro diagnóstico es alarmante: asistimos a un silencioso y paulatino achicamiento del Estado que se expresa en equipos reducidos en detrimento de lo interdisciplinario: no se reemplazan cargos, la población carcelaria creció notoriamente en los últimos años, con penales nuevos y ampliaciones, pero este incremento no fue acompañado del fortalecimiento de los equipos con más personal. No se mantiene lo armado oportunamente, no se reflotan ni se rediscuten los acuerdos interministeriales que le dieron origen al dispositivo, los espacios se sostienen únicamente con el trabajo de los equipos en las condiciones precarias -enunciadas oportunamente en el Informe de 2015 y presentado a la Dirección- sumando a la tarea cotidiana de asistencia instancias de autogestión y organización interna con el resto de los actores que participan necesariamente (servicio penitenciario, defensoría, juez de ejecución). Consideramos que es sumamente necesario poner a discusión la política de salud mental en el contexto de encierro, no sólo por su complejidad sino por estar atravesando un contexto general de endurecimiento de las políticas punitivas con discusiones que se dan en otros niveles del Estado, y en las cuales es importante incorporar el aporte de los equipos que vienen trabajando todos estos años. Es por ello fundamental habilitar canales desde la gestión que posibiliten dichos aportes, hay dispositivos constituidos en condiciones administrativas precarias, se observa un claro corrimiento de la política de salud ante la avanzada de la lógica de seguridad.

Acompañantes Terapéuticos:

El pasado mes de agosto de 2016, luego de dos años de protagonismo, participación y lucha por mejoras laborales, así como por condiciones y lógicas de trabajo a la altura de las transformaciones producidas en Salud Mental, se efectivizó el Pase a Planta Permanente de 33 Acompañantes Terapéuticos, dependientes de la Dirección Provincial de Salud Mental. Dicha conquista tan significativa, no elimina el hecho de que aún subsisten múltiples problemáticas que no han encontrado resolución y por lo tanto, no pueden seguir siendo postergadas:

Se trata, por un lado, de la grave situación de precarización laboral de los/as compañeros/as que no han pasado a planta y que aún continúan prestando servicios como monotributistas bajo condiciones ya conocidas: falta de regularidad en los cobros y honorarios que permanecen congelados desde el mes de mayo de 2016 a un valor de \$83 la hora. Reclamamos el progresivo pase a planta de todos/as los/as monotributistas.

Por otra parte, la pésima organización del trabajo de los/as recientes ingresados/as a planta, obstaculiza las posibilidades de construcción de un dispositivo posibilitador de prácticas dignas, y en plena articulación a políticas de Salud Mental enmarcadas en los Derechos Humanos. Exigimos la conformación efectiva de un Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico dentro de la Dirección de Salud Mental, que permita la plena integración del AT a los equipos interdisciplinarios cuya estrategia terapéutica considere pertinente; la elaboración de protocolos de convocatoria a los AT, que contemplen criterios clínicos y promueva el trabajo interdisciplinario e intersectorial; la creación de un Escalafón con criterios de antigüedad y permanencia, con miras a cubrir suplencias.



ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO



PERSONERÍA JURÍDICA Y GREMIAL N° 2

SECCIONAL ROSARIO

San Lorenzo 1879 - 2000 Rosario - Tel/Fax: 425-7614 / 424 3980 - Correo Electrónico: aterosario@aterosario.org.ar - Web: www.aterosario.org.ar

Acerca de lo sustitutivo:

También denunciamos la falta de reemplazos y cargos en los dispositivos llamados sustitutivos, así como las condiciones administrativas, presupuestarias de estos explicitadas. Lo que redundaría en que los llamados dispositivos sustitutivos lidien con magros y artesanales presupuestos que no permiten sino su deterioro.

Se ha anunciado y festejado las "resoluciones" que dan existencia de algunos espacios sustitutivos sin acompañar tal anuncio de la creación de la estructura administrativa de los mismos. Meras anunciaciones que además de precariedades para trabajadores y usuarios, deja en algunos casos dependiendo lo sustitutivo (casas, y otros espacios) de lo Monovalente. Con las dificultades propias del funcionamiento. El múltiple y confuso anclaje administrativo deja a estos a merced de complicaciones que dilatan el mantenimiento edilicio, la adquisición de insumos y la independencia presupuestaria delo sustitutivo en general.

Los abordajes territoriales... una vacancia:

Cuando hablamos de lo territorial hablamos de la construcción de referencias en los diferentes territorios (distritos, nodos, subregiones, como quiera dividírselos). De ninguna manera es posible con una sola institución sino hablamos de red de servicios. Se suele recaer en la responsabilización de los equipos de APS y sigue vacante la planificación de lo sustitutivo y el abordaje territorial específico en salud mental para que estos equipos tengan con que armar red y tratamientos.

Advirtiendo la imperiosa necesidad del armado de lo sustitutivo por territorios esclareciendo la responsabilidad de las estructuras del estado en estos. Cuestiones que no pueden plantearse sin una política intersectorial: Salud Mental con lo laboral, lo habitacional, infancia, con políticas de abordaje del consumo problemático.

En la actualidad son pocos los dispositivos y propuesta para el abordaje de las problemáticas de salud mental a nivel territorial y comunitario. El Dispositivo territorial para el abordaje de situaciones socio-subjetivas complejas es sostenido por sus trabajadores, pero con la ausencia de directivos que acompañen en las necesarias tareas de gestión y articulación interinstitucional a la hora del abordaje de la complejidad, con circuitos de comunicación interrumpidos. Debido a la falta de revisión de lineamientos y evaluación de la demanda gran parte de las estrategias de atención se terminan reduciendo a la sola asistencia de psiquiatría y medicalización, con la paradójica situación de ser los psiquiatras los que se encuentran en peor condición laboral, bajo contratos precarios, con meses de retraso en los pagos de sus salarios o montos que no se equiparan a los sueldos de planta; situación que propicia el permanente desgaste y recambio de trabajadores, interrumpiéndose procesos de trabajo y afectando directamente a los usuarios.

Exigimos la pronta regularización de sus trabajadores, capacitaciones, políticas de articulación intersectorial, y la urgente implementación de modalidades de registros de las prácticas realizadas para repensar y construir los lineamientos y presupuestos de los dispositivos en base a datos concretos y terminar con propuestas vacías que desatienden las necesidades y urgencias poblacionales. Planificación de centros de atención territoriales para abordar las problemáticas psico-sociales (nuevas instituciones públicas).

Política de "recursos humanos": la precariedad administrativa y sus consecuencias asistenciales.

Asistimos a tiempos excesivamente dilatados para la resolución de situaciones precarizadas, para el cobro del salario de los compañeros que toman suplencias, a situaciones mixtas de cargos y contratos que no se resuelven. Estos no son casos aislados, se explica en una política de personal del Estado y en particular en salud que se enuncia como "recursos humanos", se habla de calidad vinculada la "productividad", exponiendo conceptos que muestran en qué términos es pensada la salud, lejos de ubicarla como un bien social.

La política del área de personal del ministerio de salud parece tener una propuesta estratégica que no se enmarca en los principios de la ley 26657: fortalecer los territorios, sino más bien se fortalece la centralidad, sin que por esto estén en los hospitales las condiciones laborales resueltas en este aspecto.

Los dispositivos o servicios sustitutivos que prevén nuestra ley provincial y nacional de salud mental siguen pendientes administrativa e institucionalmente. Solo cuentan con una resolución ministerial que no ha dado lugar a la institucionalidad que promete. No existe ningún proyecto de formalización de los mismos. Tal formalización implementada implicaría el reconocimiento de las funciones, estructura orgánica funcional, presupuesto formalizado. Prevendría respecto de que cada cambio de gestión o coordinación pueda disponer de los cargos desarmando lo armado sin consecuencias más que para usuarios y trabajadores.



ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO



PERSONERÍA JURÍDICA Y GREMIAL N° 2

SECCIONAL ROSARIO

San Lorenzo 1879 - 2000 Rosario - Tel/Fax: 425-7614 / 424 3980 - Correo Electrónico: aterosario@aterosario.org.ar - Web: www.aterosario.org.ar

En nombre de este reconocimiento que se viene reclamando aparece ahora un descuento en los salarios que según la explicación de la oficina central de personal se pone a cuenta de equivocaciones y ítems que ya no corresponden, en los salarios de compañeros de hospitales monovalentes, así como de dispositivos sustitutos. Sin notificaciones, ni explicaciones, se ajustan maquilladamente ítems del salario que no se entienden, ni se explican. Sello de la política salarial de la provincia.

En este marco de precariedades el salario del mes de marzo de las/los trabajadores comprendidos en el agrupamiento asistente profesional (8525), así como otros del agrupamiento administrativo en función de talleristas, de diversos equipos de salud mental han sufrido rebajas salariales.

Exigimos la urgente recomposición salarial, así como una política administrativa clara, reconocimiento de las funciones y estructura orgánica funcional en los diversos sectores.

Retomamos una vez más nuestros planteos y diagnóstico, que realizamos sistemáticamente comprometidos con las condiciones de trabajo y de asistencia,

Exigiendo la construcción de un plan provincial de Salud Mental contemplando todas las áreas planteadas en este documento : lo comunitario y la atención primaria, la asistencia en hospitales generales , dispositivos sustitutos en relación a lo poblacional y lo territorial, la problemática y espacios asistenciales para adolescencia e infancia, problemáticas del consumo, transformación de los monovalentes, articulación intersectorial, etc. ; que se articule de manera integral con la red asistencial y con la coherencia interna que un sistema de salud que se precie de integral, y público requiere.

ATE Rosario abril 2017