El relevamiento como herramienta sindical

Un aporte colectivo a las políticas de salud mental en Caba.



A.P.S.S. GCBA

Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha

Silvia Ghiselli | Claudia A. Pugliese | Mariana Serafini

A.P.S.S.
GCBA
Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha



El relevamiento como herramienta sindical

Un aporte colectivo a las políticas de salud mental en Caba.

Silvia Ghiselli | Claudia A. Pugliese | Mariana Serafini

El relevamiento como herramienta sindical : un aporte colectivo a las políticas de salud mental de la CABA / Silvia Ghiselli ... [et al.] ; Compilación de Silvia Ghiselli ; Mariana Serafini ; Claudia A. Pugliese ; Ilustrado por Analu Lezcano ; Prólogo de Jorgelina Di Iorio. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCABA, 2026.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-47645-3-9

1. Salud Mental. 2. Sindicalismo. 3. Políticas Públicas. I. Ghiselli, Silvia II. Ghiselli, Silvia, comp. III. Serafini, Mariana, comp. IV. Pugliese, Claudia A., comp. V. Lezcano, Analu, ilus. VI. Di Iorio, Jorgelina, prolog.
CDD 362

Una publicación de la Asociación de Profesionales de Servicio Social del GCABA.
Av. de Mayo 1343, Piso 2º - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel/Fax 11 4384-1292.
E mail: apssgcba@yahoo.com.ar

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en estas páginas no representan necesariamente la opinión de la Asociación y son exclusiva responsablidad de sus autores.

Autoridades

Comisión Directiva

Secretaría General
Lic. Yamila Ventureira

Secretaría de Comunicación y Difusión
Lic. Claudia Alejandra Pugliese

Secretaría General Adjunta
Lic. Maia Epstein

Secretaría de Actas y Archivo
Lic. Natacha Ariana Levisman

Secretaría de Organización
Lic. Sofía Daiana Musi

Secretaría de Formación, Capacitación y Cultura
Lic. Natalia Castrogiovanni

Secretaría de Asuntos Gremiales y Laborales
Lic. María Fernanda Islas

Secretaría de Acción Social
Lic. Mayra Coatz

Secretaría de Finanzas y Administración
Lic. Marina Laura Solodujin

Revisores de cuenta

Titular
Lic. María Daniela Ramos

Titular
Lic. Carolina Edith Lorenzo

Suplente
Lic. María de los Ángeles Capelli

Suplente
Lic. Cecilia Paola Kleine

Vocalías Titulares

Vocal titular
Lic. Silvia Ghiselli

Vocal titular
Lic. Verónica Leticia Brizuela

Vocal titular
Lic. Camila Cecilia Bajarlía

Vocal titular
Lic. Mariana Serafini

Vocal titular
Lic. Ailín Riveros Saavedra

Vocalías Suplentes

Vocal suplente
Lic. María Eugenia Vittor

Vocal suplente
Lic. Dolores García

Vocal suplente
Lic. María Florencia Bianchi

Vocal suplente
Lic. Yanina Belén Díaz

Grupo de Trabajo de Salud Mental

Analia Alvarez

Roxana Arias

Olga Caballero

Cristian Carlini

Belén Diaz

Marcela Darget

Paula Frias

Dolores Garcia

Silvia Ghiselli

Erica Gunther

Cecilia Kleine

María Inés Larumbe

Carolina Lorenzo

Débora Markel

Malvina Mazzoni

Jorgelina Moreira

Claudia Pugliese

Daniela Recchia

Mariana Serafini

Natalia Spataro

Yamila Ventureira

Carolina Volpi

A.P.S.S. GCBA
Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha

Índice

11. **Prólogo**
Dra. Jorgelina Di Iorio

15. **Introducción**
Silvia Ghiselli, Claudia A. Pugliese, Mariana Serafini

23. **Primer relevamiento de salud mental (Agosto 2020)**
Carolina Lorenzo, Claudia A. Pugliese, Yamila Ventureira.

25. **Hospitales generales y monovalentes. Guardias y salas de internación en contexto de pandemia**

- Estado y disponibilidad de los espacios de atención
- Falta de recursos materiales
- Estado y disponibilidad de los espacios de internación
- Situación en las salas de internación (hospitales generales y monovalentes)
- Dificultades para las externaciones
- Estado y disponibilidad de los espacios de descanso de los equipos interdisciplinarios de guardia
- Elementos de protección personal
- Evaluaciones interdisciplinarias en contexto de guardia
- Reivindicaciones

31. **Segundo relevamiento de salud mental (Septiembre 2021)**
Olga Caballero, Dolores García, Silvia Ghiselli, Cecilia Kleine, Claudia Pugliese.

33. **Diagnóstico de situación de los dispositivos o equipos de salud mental y consumos problemáticos comunitarios y de Atención Primaria en Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en contexto de pandemia**

- Acceso y sostenimiento de tratamientos en salud mental
- Referencia y contrarreferencia
- Vaciamiento de los programas y espacios laborales
- Condicionantes de las políticas sanitarias

39. **Diagnóstico de situación de las Guardias Interdisciplinarias de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en contexto de pandemia**

- Motivos de consulta y continuidad de los tratamientos en contexto de pandemia. Incremento de la demanda y sobrecarga de trabajo en las GISM.
- Caracterización de la demanda
- Reconfiguraciones realizadas al proceso de trabajo por iniciativa de les trabajadores
- Impacto de la gestión de la pandemia en las condiciones laborales de los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental
- Caracterización de la intervención en el marco de las condiciones laborales/ condiciones de atención, recursos e intersectorialidad.
- La situación en los hospitales monovalentes

53. **Reflexiones finales**

55. **Recomendaciones para la política pública**

59. Tercer relevamiento de salud mental (Febrero 2023)
Belén Diaz, Paula Farias, Erika Gunther, Mariana Serafini, Natalia Spataro

61. **Introducción**

65. **Metodología**

- Entonces, ¿para qué hacer encuestas?

67. **Resultados**

- Perfil de encuestades
  - Inserción
  - Contratación
  - Antigüedad en el cargo
- Pluriempleo

  - Espacio de inserción laboral secundario en el subsistema público de salud
  - Antigüedad en el cargo
  - Situación contractual en la segunda inserción laboral
  - Reemplazos de guardia
- Condiciones laborales
  - Equipos de trabajo.
  - Falta de dotación
  - Reclamos
  - Dotación de trabajadores sociales
  - Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
  - Inadecuación edilicia del lugar de trabajo
- Salud laboral
  - Sobrecarga
  - Maltrato y hostigamiento
  - Espacios de reflexión sobre la tarea
  - Formación continua
- Salud comunitaria: La intervención en dispositivos intersectoriales y equipos territoriales
  - Dispositivos convivenciales
  - Dispositivos de inclusión sociolaboral
  - Actividades Recreativas
  - Programas de Asistencia en domicilio/situación de calle
  - Talleres de Rehabilitación en Salud Mental

87. Consideraciones finales

Prólogo

Dra. Jorgelina Di Iorio

Prologar este libro me tomó por sorpresa. No porque el tema me resultara ajeno, sino porque el desafío de escribir estas primeras páginas mirando lo familiar desde afuera y hablando de lo que se conoce por experiencia como si no lo conociéramos no es muy diferente de lo que pienso que les pasó a quienes escribieron los tres documentos que componen este libro. Y quizás valga la pena detenerse un instante en esa sorpresa, antes de dejarla atrás.

El fantasma de la habituación y de la naturalización recorre como riesgo la cotidianeidad en la que se despliegan las prácticas de profesionales en el campo de la salud mental, en la que ciertos datos suenan conocidos, por más preocupantes que sean: otra guardia sin recursos, otro dispositivo que se vacía, otra vez despidos, otra ley que se incumple. Leer estos tres relevamientos, uno detrás del otro, funcionó para mí como un recordatorio de algo que no debe darse nunca por sentado: la necesidad de no perder la capacidad de sorpresa. No la sorpresa ingenua, sino aquella que permite seguir indignándose, seguir viendo lo intolerable como intolerable y no como parte del paisaje, esa sorpresa que te pone en movimiento. Esa es, me parece, una de las tareas que este libro les propone a quienes lo lean: sostener la capacidad de asombro frente a lo que quiere volverse costumbre. Y claro, insistir en desnaturalizarlo, porque los tres trabajos producidos por el Grupo de Trabajo en Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social no son informes neutros: son documentos de lucha.

Leídos en conjunto, estos relevamientos componen algo poco frecuente en el campo de la salud mental: una serie temporal escrita desde el propio cuerpo de trabajadores y trabajadoras que sostienen, día a día, la atención de quienes sufren en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El primero, de agosto de 2020, documenta el estallido de la pandemia sobre un sistema ya precarizado: guardias sin espacios de atención dignos, equipos interdisciplinarios sin insumos básicos, personas usuarias derivadas entre burocracias que multiplican la espera y el malestar. El segundo, elaborado en 2021 y publicado en 2022, muestra que la excepcionalidad no fue tal: la sobrecarga, el vaciamiento de programas comunitarios y la lógica biologicista que rigió la gestión de la pandemia resultan tendencias estructurales de la política sanitaria de la ciudad más rica de nuestro país. El tercero, el más reciente, escrito entre 2023 y 2024

y actualizado hasta mediados de 2025, confirma lo que ya podía intuirse: lejos de revertirse, esas tendencias se profundizaron, ahora bajo un signo político explícito que impulsa el ajuste, el despido, el desfinanciamiento y el sálvese quien pueda como programa de gobierno.

Hay un hilo que atraviesa las tres investigaciones y que merece ser nombrado con toda su fuerza: el sostenido incumplimiento de la Ley de Salud Mental de la Ciudad nro. 448 y los déficits de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental nro. 26.657. A veintiséis años de la sanción de la primera y dieciséis de la segunda, este marco normativo lejos está de aplicarse, no solo porque no cuenta con la decisión política de avanzar hacia una efectiva implementación que se traduzca en ampliación de equipos interdisciplinarios hospitalarios y territoriales, creación de dispositivos intermedios, formalización de estrategias creativas que les trabajadores realizan para sostener la continuidad de los cuidados en salud mental, mejoras salariales, fortalecimiento de dispositivos socio-comunitarios y socio-laborales, sino porque se fortaleció la legitimidad para retroceder en el marco de narrativas custodiales-asilares.

En ese contexto, el Grupo de Trabajo de Salud Mental insiste. Porque no se trata de una falla de gestión ni de una demora administrativa. Se trata, como los tres documentos de este volumen lo señalan con precisión, de una política. Una política que prefiere camas que no existen a redes que podrían fortalecerse; que reduce la interdisciplina a la firma de “dos sellos” en una historia clínica; que convierte las guardias hospitalarias en el único —y por lo tanto saturado— punto de entrada al sistema de salud; que amenaza, todavía hoy, con expulsar el trabajo social de los equipos básicos de salud mental, como si la dimensión social del padecimiento psíquico pudiera desestimarse sin consecuencias.

Estos relevamientos también adoptan una postura que valoro especialmente desde mi propio recorrido de investigación-intervención en el campo de la salud mental: ponen el cuerpo de quienes trabajan en el centro del análisis. La sobrecarga laboral que afecta al 91 % de las personas encuestadas, la violencia laboral naturalizada que atraviesa a más de un tercio de ellas, el pluriempleo como estrategia de supervivencia en un colectivo altamente feminizado. Estos datos, no anecdóticos ni aislados, son sistémicos. Son la contracara necesaria de cualquier diagnóstico sobre la calidad de la atención. No hay producción de salud mental si no hay condiciones de trabajo dignas para quienes la sostienen. Esta es una premisa que estos documentos vuelven a poner, con contundencia, sobre la mesa.

Quiero destacar también la honestidad metodológica de este trabajo. No se trata de una investigación que busca la objetividad distante de la observación externa. Recuperando el concepto de conocimiento situado de Donna Haraway (1995),[1] dicha objetividad no existe, porque la producción de conocimientos tiene coordenadas de producción muy específicas en el mundo social, y es esa localización lo que le concede una “objetividad situada” o una validez ética y política. En este sentido, los conocimientos obtienen una textura doméstica, que adquiere sentido en cruces concretos de demandas, intereses y conflictos. Los tres documentos en su globalidad son un ejercicio de sistematización situada y reflexiva, desde

[1] Haraway, D. J. (1995). Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza. España: Ediciones Cátedra-Universitat de València.

una perspectiva *emic*: hecha por quienes conocen el sistema desde adentro, con todas las tensiones que eso conlleva y que el propio texto asume sin ocultar. Esa decisión, explicitada, entre otras cosas, en la pregunta que se hacen sus autoras –"¿para qué hacer encuestas?"– es en sí misma una toma de posición política y epistemológica: conocer la política pública en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires es, como bien dicen, "un trabajo detectivesco". Frente a la opacidad y la fragmentación deliberada de la información oficial, estos relevamientos construyen un contrasaber colectivo, que no busca sustituir la política pública sino, por el contrario, exigirle que exista, que se planifique, que se discuta con quienes la ejecutan y con quienes la padecen. El colectivo sigue insistiendo.

No es casual que este libro llegue en el momento en que llega. Escribo estas líneas en un contexto en que los discursos que niegan la salud como derecho y que atacan la Ley de Salud Mental encuentran, otra vez, caja de resonancia en las esferas de decisión, tanto a nivel nacional como local, y también entre personas usuarias, familiares, trabajadores y trabajadoras. Cada uno de estos relevamientos funciona como un dique: un registro que impide que el retroceso se naturalice, que la precarización se vuelva paisaje, que el ajuste se cuente como modernización. La memoria escrita, sistemática, con números y con testimonios, es una herramienta de resistencia tan concreta como una movilización en la calle. Y estos tres documentos son, exactamente, eso.

Celebro que la APSS haya decidido reunir estos trabajos en un solo volumen. Leídos como serie, adquieren una fuerza que cada relevamiento por separado no termina de mostrar: la de una organización que no se cansa de mirar, de preguntar, de escribir y de exigir, aun cuando —como ellas mismas reconocen— "la realidad las sobrepasa de manera literal". Siguiendo a Silvia Faraone (2020)[2] que retoma los aportes de Emerson Merhy sobre la micropolítica de los procesos de trabajo, ante los desafíos planteados por la pandemia y por gobiernos que se niegan a cumplir la Ley Nacional de Salud Mental, existen equipos que conocen y coordinan las necesidades colectivas, cuyo accionar se organiza en proteger a quienes tienen sufrimiento psíquico: "profesionales que realizan un trabajo vivo en acto como un componente que apunta a la creatividad permanente en acción, en dimensiones públicas y colectivas de las diversas instancias institucionales que pueden ser pensadas para inventar nuevos procesos de trabajo, y extenderlos hacia direcciones no pensadas".

Invito a leer este libro no como un archivo de lo que ya pasó, sino como una herramienta viva, para pensar y para disputar el presente y el futuro de la salud mental pública en nuestra ciudad. Como una forma de fortalecimiento del trabajo social como disciplina que avanza entre los pliegues, en las fisuras, en los desvíos, entablando parentescos raros y diálogos incómodos. Porque, como bien lo sintetizan sus autoras, la salida siempre es colectiva. Hoy, más que nunca, sigamos insistiendo.

[2] Faraone, S. y Iriart, C. (2020) Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Debate Público, 10, 20, pp. 42-52 https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8324

Introducción

Lic. Silvia Ghiselli, Lic. Claudia A. Pugliese y Lic. Mariana Serafini

Los relevamientos que se compilan en el presente libro fueron realizados en el transcurso de los últimos seis años por el Grupo de Trabajo de Salud Mental (GTSM) de la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS).

El grupo fue creado en el año 2019 ante la necesidad de incorporar a las acciones y abordajes de nuestro gremio la temática de la salud mental, más específicamente, la intervención del trabajo social en los equipos interdisciplinarios de guardia. Lo que comenzó como un proyecto de gestión se materializó en una encuesta a trabajadores integrantes de dichos equipos que, convocades a una jornada de trabajo, constituyeron un grupo de trabajo que fue consolidando su accionar en los distintos contextos.

La potencia de este grupo de trabajo se radicó en la creación y generación de espacios de organización y participación de trabajadores sociales pertenecientes a diversos efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que hasta ese momento no contaban con una visibilización en su gremio.

El contexto de la pandemia y la precarización de las condiciones laborales, de vida y de atención fueron ampliando la conformación de este grupo, al cual se sumaron colegas de dispositivos de atención que desarrollan sus intervenciones en el marco de la salud mental: Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC), Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR), salas de internación de hospitales generales y monovalentes, colegas de programas de atención a usuaries con padecimientos de salud mental como el Programa de Atención Domiciliaria Interdisciplinaria (ADOP/ADOPI) y dispositivos de alojamiento como hogares y residencias, entre otros.

El primer relevamiento surge como una herramienta de reclamo, motivada por la necesidad de hacer pública esta información de manera tal que se visibilicen los lineamientos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) en el abordaje de la pandemia. El documento fue presentado inicialmente a las autoridades correspondientes en el marco de una profunda lucha por la defensa de nuestros derechos en tiempos de pandemia. Reúne toda la

información recabada en el trabajo colectivo que nuestro gremio llevó adelante a través de la articulación del cuerpo de delegades, la comisión directiva y los grupos de trabajo. El segundo y tercer relevamiento se consolidan como herramientas de reclamo y análisis de nuestras condiciones laborales y de las condiciones de atención en las que los equipos de salud llevan diariamente adelante sus acciones e intervenciones. Estos documentos fueron el producto de un arduo trabajo de compañeres trabajadores integrantes del GTSM y fueron profundizando en las variables y características de la información reunida, como también en las metodologías implementadas para la recolección de la información y su posterior análisis.

En constante articulación con el cuerpo de delegades, el GTSM llevó adelante la elaboración, publicación y presentación de estos documentos con el objetivo de sumar acciones concretas en la defensa de la plena implementación de nuestro marco normativo en materia de salud mental.

En contextos políticos cada vez más adversos, con gobiernos locales y nacionales explícitamente antiderechos, ante la permanente amenaza de vaciamiento, cierre y fragmentación de los distintos espacios y dispositivos de trabajo en materia de salud, las acciones del GTSM buscaron centrarse en la interdisciplina, la intersectorialidad, la participación y organización de les trabajadores, la defensa de nuestros derechos y la lucha por el acceso efectivo a condiciones de atención para la población a la altura de nuestros tiempos.

Desde hace dos períodos de gestión (2019-2023 y 2023-2027) formamos parte del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMyA), espacio federal que nos ha permitido articular y construir, de manera permanente, herramientas de lucha durante estos años, llevando allí nuestros mandatos colectivos. Asimismo, hemos establecido nuestra activa participación en espacios construidos con otras asociaciones y distintos dispositivos y agrupaciones de la sociedad civil. De esta manera, hemos trabajado constantemente en la profundización del análisis de la temática.

Compartimos este trabajo colectivo con el fin de seguir aportando nuevas herramientas que fortalezcan nuestra lucha en defensa de la plena implementación de la normativa vigente en salud mental.

El primer relevamiento elaborado por el GTSM fue iniciado en el año 2020. El profundo y constante deterioro de las condiciones de atención y de nuestras condiciones laborales en el ámbito de la atención en salud mental marcó la necesidad de iniciar un proceso de relevamientos que comenzó en un contexto sumamente complejo como lo fue la pandemia.

Este primer documento, herramienta de trabajo y reclamo, es un intento de dar a conocer las condiciones de atención de la población usuaria y las condiciones laborales de les trabajadores en los espacios de la guardia y las salas de internación de salud mental de los hospitales de CABA en un escenario de pandemia.

Su realización y análisis se llevaron a cabo en el contexto de una profunda necesidad de organización de les trabajadores para hacer frente a la desinformación y al desdibujamiento de los abordajes integrales en salud por parte del Ministerio de Salud del GCBA. También se construyó en un momento de profundos reclamos por abordajes intersectoriales en términos de políticas públicas, sin que el Estado brindara respuestas adecuadas o de alguna índole.

No solo se abordaron cuestiones centrales y estructurales en términos del deterioro de las condiciones mencionadas, también se analizó y se presentó la información poniendo claramente de manifiesto el incumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) 26657.

Se trata del documento inicial de este proceso; por lo tanto, se abordan las condiciones de los espacios físicos de los dispositivos, tanto en el marco de la atención, como el de los espacios de trabajo o descanso de los equipos, y está centrado en la atención en guardias y salas de internación de hospitales generales y monovalentes.

Este primer relevamiento destacó la mirada biologicista que prevaleció durante la pandemia y la forma en que este posicionamiento por parte del GCBA afectó de manera directa el sistema de salud en el caso particular de la salud mental y determinados dispositivos.

El segundo relevamiento fue elaborado a partir de un conversatorio virtual realizado en septiembre de 2021 con amplia representación de colegues pertenecientes a guardias interdisciplinarias de hospitales generales de agudos, salas de internación de hospitales generales, hospitales monovalentes y dispositivos ambulatorios, todos dentro del sistema público de atención del GCBA. El desarrollo del documento está centrado en el impacto de la pandemia y pospandemia por COVID-19 en los dispositivos mencionados. Describe y analiza el escenario a partir del diagnóstico de dispositivos de atención ambulatoria y de las Guardias Interdisciplinarias de Salud Mental (GISM). Asimismo, evalúa su impacto en los hospitales monovalentes. Por último, establece recomendaciones para la política pública de salud mental.

Respecto del diagnóstico de dispositivos ambulatorios incluyendo CESAC y CEMAR, caracteriza la forma en que la pandemia afectó los dispositivos de Atención Primaria en Salud (APS), ya que se dispuso el cierre de las admisiones y se plantearon dificultades en el sostenimiento de tratamientos ambulatorios, tales como demora en la atención de dichos tratamientos o su interrupción, falta de turnos, entre otras. Por otro lado, se presentaron obstáculos de distinto tipo para el acceso a la atención en dispositivos territoriales: profesionales de salud mental destinades a la atención de la pandemia, inconvenientes en la atención remota por falta de conexión o de recursos tecnológicos. Se demuestra así que no se priorizó el tratamiento de las problemáticas de salud mental.

En cuanto a la caracterización del trabajo de las GISM durante la pandemia y pospandemia, en este relevamiento se profundizó el análisis del impacto en los equipos del crecimiento de la demanda, determinado por falta de atención de dispositivos públicos y de sistemas de medicina prepaga y obras sociales. Los motivos de consultas estuvieron vinculados a des-

compensación de cuadros de base, abstinencia por consumo de sustancias, conflictivos familiares, discontinuidad de tratamientos, interrupción de planes farmacológicos, impacto de la gestión de la pandemia en las condiciones laborales de los EISM de guardia por falta de recursos humanos disponibles, entre otros. La salud mental siguió quedando relegada en las acciones del GCBA.

El relevamiento además da cuenta de la particular situación que atravesaron los hospitales monovalentes durante la pandemia y pospandemia.

Asimismo, se aborda el trabajo realizado por los equipos de salud mental en contexto de aislamiento por COVID-19: se profundizó la fragmentación y persistieron las acciones aisladas por parte del GCBA, sin mejoramiento en la atención de la población y reforzando la falta de cumplimiento de los objetivos que la legislación vigente establece para el tratamiento de los padecimientos mentales. El dominio de la mirada biologicista se mantuvo y cobró mayor fuerza.

Las condiciones materiales de los hospitales, la falta de adecuación de los efectores generales, la ausencia de dispositivos en APS, la ausencia de canales de comunicación y redes formales, y la inactividad del Consejo General de Salud Mental (COGESAM), son algunos de los datos más relevantes que dan cuenta de los lineamientos de la DGSAM de CABA.

Las exigencias del empleador, la falta de recursos materiales, los salarios a la baja, la ausencia de direccionamiento institucional, el desgaste tanto a nivel laboral como en la vida personal, no fueron contemplados por ninguna institucionalidad.

Como cierre, este documento plantea recomendaciones para la política pública centrados en habilitar mecanismos para la participación activa de les trabajadores de los distintos niveles de atención y de todas las profesiones involucradas, así como de les usuaries, en aquellos aspectos que hacen a la modalidad del abordaje, características de la atención y dispositivos que intervienen en la derivación, tanto de hospitales generales a monovalentes como a efectores ambulatorios y/o programas.

El tercer relevamiento fue iniciado en el año 2023. Tiene el objetivo de profundizar algunos análisis expuestos en los escritos anteriores en lo que concierne a condiciones laborales y al impacto de las políticas públicas en salud mental. Para ello, se elaboró una encuesta que fue respondida por 120 trabajadores del GCBA pertenecientes a distintos efectores (programas, guardias externas, salas de internación, primer nivel de atención) y se volcaron esos datos para su análisis en distintos apartados.

En primer lugar, se caracteriza el perfil de encuestades, su antigüedad en cargos y su inserción laboral. Este último dato expone datos en relación con porcentajes de trabajadores en condición de pluriempleo o con diferentes condiciones contractuales coexistiendo dentro del GCBA, por ejemplo, cargos de planta e inclusión en programas o reemplazos de guardia.

Entre los aspectos centrales del relevamiento, se recuperan las condiciones de trabajo en cuanto a la dotación de personal en los equipos y la dotación de trabajadores sociales en dichos equipos. Por otro lado, se examinan las condiciones edilicias y los insumos disponibles para desarrollar las tareas asignadas, así como las adecuaciones espaciales tanto para llevar adelante los procesos de intervención como para el descanso. Se analizan estos aspectos de manera contextualizada dentro de un modelo de atención propuesto por el GCBA y una perspectiva de los procesos de salud que prioriza los resultados y estadísticas por sobre el proceso. Algunos ejemplos que se brindan son la centralización de turnos por la línea 147 y la implementación de las agendas a profesionales. Tanto la dotación como el ambiente laboral y disposición de recursos se evalúan a la luz de sus consecuencias para los procesos de trabajo en cuanto a la sobrecarga y desgaste laboral. El documento aborda también las situaciones de violencia dentro del ámbito laboral, su origen y carácter. Finalmente, se relevan los programas y dispositivos territoriales, realizando una caracterización de los efectores en funcionamiento y un análisis sobre la política en materia de salud mental comunitaria.

Se concluye el documento con algunas reflexiones relacionadas con la implementación fehaciente de la LNSM 26657, su impacto en los procesos de intervención y las posibilidades de seguir construyendo intervenciones críticas en estos contextos.

Como se mencionó previamente, este relevamiento se inició en el año 2023, fue finalizado en diciembre de 2024, y su actualización y análisis se llevaron a cabo en la primera mitad del 2025. Resulta importante destacar esta circunstancia, para poner de manifiesto tanto el carácter exhaustivo de un análisis que se sostuvo a lo largo de dos años como la labor militante y profundamente comprometida de seguir escribiendo y produciendo contenido de calidad aun en el contexto de las condiciones laborales que revela el documento.

Como GTSM de nuestro gremio, aportamos este trabajo para que se consolide como una herramienta de lucha que analiza e historia nuestras prácticas e intervenciones a la luz de lo que implica el trabajo en el área de salud mental en el GCBA. Este libro es el resultado del trabajo colectivo, de nuestras resistencias y de nuestras estrategias en la permanente defensa por la efectiva aplicación de la normativa vigente en salud mental.

Siglas

ADOP/ADOPI	Programa de Atención Domiciliaria Interdisciplinaria en Salud Mental
APS	Atención Primaria en Salud
APSS	Asociación de Profesionales de Servicio Social
ASIC	Abordaje a Personas con Trastorno Mental Severo en Situación de Calle
ASPO	Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio
AT	Acompañante terapéutico y acompañante terapéutica
AVD	Actividades de la Vida Diaria
BAP	Buenos Aires Presente, desde mayo de 2024 Red de Atención
CCHSMyA	Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones
CEMAR	Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia
CESAC	Centros de Salud y Atención Comunitaria
CDNNyA	Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
COGESAM	Consejo General de Salud Mental
CUD	Certificado Único de Discapacidad
CUS	Cobertura Universal en Salud
DGSAM	Dirección General de Salud Mental
EISM	Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental
EPP	Elementos de Protección Personal
EPS	Educación Permanente en Salud
GCBA	Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
GISM	Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental
GTSM	Grupo de Trabajo de Salud Mental
LNSM	Ley Nacional de Salud Mental
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MIC	Módulo de Integración Comunitaria
ONR	Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental
PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
PNC	Pensión no Contributiva
PRISMA	Programa Interministerial de Salud Mental Argentino
SAME	Sistema de Atención Médica de Emergencias
UFU	Unidades Febriles de Urgencia



Primer relevamiento de salud mental

(Agosto 2020)

Hospitales generales y monovalentes. Guardias y salas de internación en contexto de pandemia.

Este material tiene como objetivo socializar la información recabada en la primera etapa del relevamiento realizado por el cuerpo de delegades del gremio y el Grupo de Trabajo de Salud Mental (GTSM) a fin de dar a conocer las condiciones de atención de la población usuaria así como las condiciones laborales de les trabajadores en los espacios de guardias y salas de internación de salud mental de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante dicho período.

En esta primera etapa del relevamiento participaron trabajadores de nueve hospitales. La sistematización de la información reveló las falencias estructurales del sistema de salud, la precarización de las condiciones laborales en las que se enmarca la atención de les usuaries de salud mental y el incumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) 26.657. La pandemia de COVID-19 agravó la situación.

Desde el inicio de la pandemia prevaleció una mirada biologicista que se expresa en las problemáticas destacadas en el relevamiento y que revela la necesidad imperiosa de la participación tanto de les trabajadores de las disciplinas psicosociales como de les usuaries, en los espacios decisorios, a fin de contar con una mirada integral, no solo en el abordaje del COVID-19, sino también para garantizar las prestaciones y servicios que fueran interrumpidos o acotados al momento de la reorganización de los efectores.

Estado y disponibilidad de los espacios de atención

- Las áreas específicas disponibles para la atención de usuaries utilizadas por los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental (EISM) de guardia son escasas o nulas.
- Los boxes de atención son pequeños, con escasa o nula ventilación y no están acondicionados en función de las necesidades de les usuaries. Se presentan serias dificultades para garantizar la privacidad así como el distanciamiento entre el equipo de salud y les usuaries, sobre todo en contexto de pandemia.
- En ocasiones, las entrevistas se desarrollan en pasillos, salas de espera vacías o espacios al aire libre, fuera de las instalaciones de las guardias. Hay ruidos constantes que, sumados a la necesidad del profesional de elevar la voz por el uso de los Elementos de Protección Personal (EPP), generan una situación compleja durante las entrevistas.
- Se evidencian deficiencias en el sostenimiento de la higiene y limpieza de los espacios comunes.
- El ingreso de familiares o acompañantes durante los procesos de atención e internación está restringido, así como el de acompañantes terapéuticos y acompañantes terapéuticas (AT). Dicha restricción, en el marco de las normativas hospitalarias en contexto de pandemia, vulnera los derechos de les usuaries y genera una limitación en el abordaje de la salud.

Falta de recursos materiales

- Acceso limitado a teléfono de línea por falta de dispositivos en el espacio de trabajo.
- Acceso limitado al uso de computadoras, que dificulta la realización de impresiones, confección de informes y envío de información a través de correo electrónico, entre otras tareas.
- En la mayoría de los hospitales no se dispone de wifi de acceso gratuito, muchas veces el único medio disponible para que les usuaries puedan contactar a sus referentes y familiares. Además, precariza las condiciones laborales de les trabajadores, ya que no se cuenta con una herramienta fundamental para la intervención.

Estado y disponibilidad de los espacios de internación

- Falta de sala de internación en la mayoría de los hospitales generales, en un claro incumplimiento de la política pública en el marco de la LNSM 26.657, a diez años de su sanción.

Esta situación se consolida al día de la fecha como un problema estructural de la política de salud mental en CABA.

- Precarización en las condiciones de espera para la derivación en el box de guardia: espacios reducidos donde se dificulta mantener el distanciamiento social, espacios comunes compartidos con personas afectadas de COVID-19 o con sospecha de COVID —pasillos, baños—, espera en camillas con la luz encendida y ruido propio del funcionamiento de una guardia.
- Escasa o nula disponibilidad de camas en el sistema público y privado que agilice o garantice la derivación.
- Extrema burocratización del sistema de derivación:
  - Límite de cinco días establecido por Coordinación del Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) para la gestión de derivaciones desde hospitales generales.
  - Requisito para derivaciones de hisopado negativo para COVID-19 con una antigüedad no mayor a 48 horas. Como resultado, si no se concreta la derivación, se debe rehisopar al usuarie.
- Necesidad de solicitar la intervención de organismos de protección de derechos a fin de efectivizar las derivaciones.
- Carencia de dispositivos de tratamiento ambulatorio, que no solo influye al momento de evaluar el egreso hospitalario de une usuarie, sino que resulta un factor principal en la agudización de los cuadros de las personas con padecimiento en su salud mental:
  - Dificultades en el acceso a turnos de admisión.
  - Dificultades para garantizar la continuidad de los mismos mediante la atención remota.
  - Dificultades en el acceso a la medicación.

Situación en las salas de internación (hospitales generales y monovalentes)

- Restricción en el ingreso de acompañantes terapéuticos y acompañantes terapéuticas.
- Ausencia de dispositivos para acompañar y complementar los tratamientos.
- Dificultad de les usuaries para acceder al cobro de su pensión y hacer un uso libre de la misma, si bien el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) prevé que las personas puedan salir a efectuar trámites y compras esenciales.
- Ausencia de teléfonos y wifi que garanticen la comunicación con familiares y referentes.
- Suspensión de permisos regulares de salida en contexto de ASPO y las últimas adecuaciones del mismo.

- Dificultades de algunes usuaries para llevar adelante las medidas de cuidado y distanciamiento. En este sentido se destacan la falta de personal necesario en las instituciones y las dificultades para la adaptación de los servicios en medidas de cuidado y distanciamiento social.

Dificultades para las externaciones

- Trabas burocráticas en los procesos de judicialización y dificultades en la articulación con organismos como PAMI, Programa Incluir Salud y otras obras sociales, que imposibilitan llevar a cabo evaluaciones, externaciones y derivaciones.
- Mayor dificultad para efectuar derivaciones a hogares, residencias protegidas o casas de medio camino.
- Obstáculos en contexto de medidas de ASPO para que les usuaries accedan a recursos que posibiliten su externación cuando no cuentan con familiares u otres referentes que puedan asistirles para ello: subsidios habitacionales, inclusión en programas de asistencia económica y alimentaria, Certificados Únicos de Discapacidad (CUD), Pensiones no Contributivas (PNC), etc.

Estado y disponibilidad de los espacios de descanso de los equipos interdisciplinarios de guardia

En la mayoría de los efectores relevados se ha establecido una **reorganización** de los espacios de descanso y de comedor. Sin embargo:

- En la mayoría no se ha contemplado que los mismos cuenten con las dimensiones que garanticen el distanciamiento ni la ventilación o calefacción necesarias.
- Existen problemas edilicios estructurales como humedad, condiciones generales de los sanitarios y amueblamiento inadecuados.
  - No está garantizada la provisión de sábanas, almohadas, mantas, jabones, toallas de papel, papel higiénico, alcohol al 70% y alcohol en gel. Por lo tanto, les trabajadores se ven obligados a procurarse los elementos de cama, higiene y cuidado personal por cuenta propia. Lo mismo ocurre con los ambos a utilizar en cada día de guardia.
  - La limpieza y desinfección de estos espacios se califican como deficientes, teniendo en cuenta la periodicidad con que se realizan y las características del uso de estos espacios en contextos de guardias de 24 horas. Les trabajadores deben proveerse de los elementos necesarios para el acondicionamiento de los espacios, así como para la higiene de los mismos.

Elementos de protección personal

- Al momento de realizarse este relevamiento, les trabajadores de los distintos efectores han informado un abastecimiento con cierta normalidad en la disponibilidad y acceso a los EPP, a diferencia de la situación al inicio de la pandemia.
- Sin embargo, en el caso del personal de guardia, la entrega de barbijos quirúrgicos es, en el mejor de los casos, de hasta tres barbijos por día de guardia. Considerando que su duración es de cuatro horas, corresponderían seis barbijos por cada une de les trabajadores.
- Por otro lado, el abastecimiento de máscaras o antiparras para la protección facial/visual se ha realizado a través de donaciones autogestionadas por les trabajadores, ya que los elementos entregados por los efectores no tenían la calidad requerida.
- Asimismo, no es parejo el acceso a los barbijos N95 en todos los efectores para les integrantes del EISM de guardia ni en las salas de internación de hospitales generales y monovalentes.
- En cuanto al abastecimiento de barbijos para les usuaries de salas de internación, se destaca el abastecimiento a través de la autogestión y las donaciones.
- En algunos efectores se mencionó falta de capacitación para el uso de EPP.

Evaluaciones interdisciplinarias en contexto de guardia

- Persiste la solicitud de evaluaciones interdisciplinarias en salud mental por parte de juzgados, fiscalías, comisarías y alcaidías a través de oficios, a pesar de que, en algunas oportunidades, las evaluaciones requeridas no revisten carácter de urgencia o emergencia que justifique dichas solicitudes en un hospital de referencia para atención de COVID-19, considerando el riesgo que conlleva para la persona a evaluar, el grupo acompañante y el equipo de salud.
- Estos pedidos continúan a pesar de los reclamos previos a la situación de pandemia realizados por el gremio ante el Ministerio de Salud de CABA.

Reivindicaciones

A continuación, se citan los aspectos destacados en el relevamiento en materia de condiciones laborales y atención de les usuaries que requieren pronta resolución:

- Espacios de atención e internación de usuaries de salud mental adecuados a los cuidados requeridos en contexto de pandemia.
- Efectivización de las derivaciones y de las condiciones para las externaciones de usuaries.
- Ingreso a los efectores de acompañantes terapéuticos y acompañantes terapéuticas, garantizándoles la provisión de EPP y adecuada capacitación.
- Acceso a dispositivos de tratamiento ambulatorio por salud mental y acceso a la medicación.
- Condiciones de infraestructura y el recurso humano necesario para la atención y el cuidado de les usuaries y les trabajadores.
- Elementos de higiene y cuidado en los espacios de atención y de descanso de les profesionales: sábanas, frazadas, almohadas (provistas e higienizadas por el hospital), jabón, toallas de papel, papel higiénico, alcohol al 70 % en rociadores, alcohol en gel.
- Limpieza y desinfección frecuente y profunda de las instalaciones acorde a la situación de pandemia.
- Acceso a elementos de trabajo tales como teléfono, computadora, fotocopiadora e impresora, y acceso a wifi.
- Acceso garantizado a los EPP y adecuada capacitación para su uso.

Las consecuencias de las problemáticas expuestas son: desprotección de la población usuaria y agudización de la situación de quienes se encuentran tratando de acceder al sistema, de sostener un tratamiento o cursando internaciones.



Segundo relevamiento de salud mental

(Septiembre 2021)

Olga Caballero, Dolores García, Silvia Ghiselli, Cecilia Kleine, Claudia A. Pugliese.

Diagnóstico de situación de los dispositivos o equipos de salud mental y consumos problemáticos comunitarios y de Atención Primaria de la Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en contexto de pandemia

El presente diagnóstico surge a partir de la iniciativa del Grupo de Trabajo en Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS). Retomando el relevamiento realizado en el año 2020, se plasman tanto las continuidades como los cambios realizados en el año 2021, teniendo en cuenta el relevamiento colectivo que se llevó a cabo en el conversatorio del mes de septiembre.

En el mismo, se evidencia que los dispositivos no hospitalarios de atención ambulatoria de salud mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) han sufrido modificaciones en el marco de la pandemia por COVID-19. Asimismo, en el documento referido a los equipos de Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental (GISM) se informa sobre la sobrecarga de trabajo de la guardia, que asume cada vez más funciones que no le competen, obligada por la precarización y el vaciamiento de la política pública habitacional y social, de protección de derechos, de asistencia a personas privadas de su libertad y también de los dispositivos territoriales de salud mental, tal como detallamos en este escrito. De la misma manera, los equipos profesionales que nos desempeñamos en Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC), Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR), Talleres Protegidos y programas especiales vemos desnaturalizado el objeto de nuestro trabajo a causa de la desorganización y desfinanciamiento de la política pública de salud mental de CABA, y la agudización de todos los problemas que esto conlleva a partir de la gestión de la emergencia sanitaria.

Acceso y sostenimiento de tratamientos en salud mental

La declaración de emergencia sanitaria por COVID-19 implicó que los dispositivos de atención se vieran afectados de manera contundente en su funcionamiento. Muchas de las refuncionalizaciones realizadas impactaron en las ya precarias condiciones laborales, generando obstáculos para el sostenimiento de la atención (tal como se desarrolla en el documento de relevamiento del año 2020).

Si bien durante 2021 fue posible retomar algunas de las tareas y modalidades previas a la pandemia, se evidenció que las precarias condiciones de trabajo incrementaron el desgaste profesional de los equipos, afectando los procesos de atención.

En relación con el inicio de tratamientos por salud mental, se relevaron grandes dificultades. Algunos dispositivos continuaron con el cierre de admisiones, otros presentaron hasta tres meses de demora en su acceso, obstaculizando las derivaciones. También se evidenciaron interrupciones de tratamientos por salud mental en el marco del reordenamiento del sistema instrumentado por las autoridades sanitarias debido a la pandemia. Asimismo, los obstáculos para el inicio y sostenimiento de tratamientos se vincularon a ciertas dificultades que presentan las consultas remotas. En este sentido, las personas que presentaban una mayor vulnerabilidad socio-económica no cuentan con dispositivos tecnológicos que les permitieran sostener un tratamiento a distancia. En otros casos, dadas ciertas particularidades en los padecimientos, se hacía difícil sostener un trabajo remoto.

Una novedad de la pandemia para los dispositivos no hospitalarios en salud mental fue la llegada de derivaciones a través de Salud Mental Responde, línea telefónica dependiente de la Dirección General de Salud Mental (DGSAM) del GCBA. En ocasiones, las derivaciones realizadas no se ajustan a los criterios y objetivos establecidos en los dispositivos, en una clara dinámica de búsqueda de resolución de las demandas sin contemplar las posibilidades de cada espacio terapéutico, priorizando “una respuesta” más que calidad de atención. Esto es parte de una lógica de gestión que precariza todas las políticas públicas vinculadas al bienestar integral de la población y por lo tanto responde de manera precaria y parcial a las demandas que se reciben.

En aquellos casos en que los equipos profesionales de los dispositivos requerimos derivar a otros espacios, la tarea siempre se ha encontrado a cargo del equipo, estableciéndose articulaciones **informales y artesanales** con otros efectores. Se observan mayormente dificultades para efectuar las derivaciones a psiquiatría, lo cual da cuenta de la escasez de este recurso humano.

Observamos que la cuestión de acceso a tratamientos de salud mental afecta transversalmente a todos los dispositivos de salud mental y adicciones de los diferentes niveles de atención que, como se mencionó en el relevamiento de 2020, vieron profundamente

afectado su funcionamiento a partir de la gestión de la pandemia. Esta realidad sobrecarga de demanda a las guardias hospitalarias y a los efectores territoriales como CESAC y CEMAR, que no dan abasto con sus recursos humanos para responder a dicha demanda y sostenerla. Por otra parte, instituciones de otras dependencias continuaban sin garantizar atención presencial, por lo que toda esa demanda que antes podía distribuirse entre distintos dispositivos, es ahora absorbida por CESAC y efectores específicos de salud mental y adicciones de CABA.

Asimismo, debido a las restricciones en la atención en los hospitales monovalentes de salud mental, la población que se atendía allí empezó a solicitar tratamiento por guardia y en los pocos dispositivos ambulatorios existentes. Se ha relevado también discontinuidad en la provisión de ciertos psicofármacos, problemática que algunas personas han resuelto de manera privada, destinando parte de sus magros ingresos a la compra de lo que necesitaban, vulnerándose así nuevamente el derecho a la salud.

En este marco, la precarización en el Programa de Atención Domiciliaria Interdisciplinaria en Salud Mental (ADOP-ADOPI) asume características drásticas, llegando incluso a anunciarse la voluntad política de una reconversión del programa que excluiría a quienes actualmente integran los equipos de atención. Les trabajadores sostienen una importante resistencia, pero las condiciones laborales y contractuales son un condicionante insoslayable que afecta la dotación y con ello la calidad de atención. Tanto es así que la modalidad de contratación de sus trabajadores se realiza a través de guardias aplanadas (salarios bajísimos de $12.000, sin aumentos por paritarias desde hace años), sin acceso a un contrato estable ni a formalidades asociadas a otros derechos laborales, como licencias pagas en caso de enfermedad. El nivel de desgaste profesional ha redundado en renuncias de trabajadores, mermando la dotación, pero también la posibilidad de retener a les profesionales con trayectoria en los equipos. Pero también es un factor determinante la hostilidad continua de maniobras políticas de hostigamiento hacia les trabajadores y hacia el programa en el que se desempeñan: verticalismo en la toma de decisiones, secretismo e información que circula mediante el rumor, fragmentación, y desvalorización del trabajo que se realiza.

Referencia y contrareferencia

Las internaciones **no pueden ser gestionadas directamente por los equipos de salud mental de Atención Primaria de la Salud (APS) y comunitarios, que no son parte de hospitales, ni por intermedio de la DGSAM**. No existen redes formales para ello. Tampoco existe un mecanismo de referenciamiento de estas situaciones a los equipos de guardia (quienes realizan las evaluaciones). Esto se encuentra sujeto a estrategias precarias y artesanales, y a buenas voluntades, que muy frecuentemente fallan.

De esta manera, por todo lo que venimos describiendo, la “red descentralizada progresiva”

es un ejemplo más de una articulación artesanal entre las instituciones: existe en la medida en que les trabajadores le dan vida en sus vínculos informales día a día, puesto que no hay niveles de coordinación ni acuerdos de trabajo y de referencia y contrarreferencia formalizados a nivel ministerial, ni de política pública.

La formulación de la política de salud mental del GCBA es, entonces, el instrumento para obstaculizar activamente el acceso a la atención en salud. Desde el lugar que ocupamos los equipos, vemos que se constituye un filtro vinculado a la falta de camas y a las precarias condiciones de internación (largas esperas en internación por guardia; condiciones y recursos materiales; equipos fluctuantes respondiendo a la dinámica de la urgencia, ausencia de condiciones apropiadas para la contención). Tampoco existen articulaciones formales con otros efectores y sectores de la política pública para que se garantice que usuaries de los dispositivos de salud mental y adicciones puedan acceder a otras áreas ligadas al ejercicio de derechos laborales, educativos y alimentarios, entre otros.

Vaciamiento de los programas y espacios laborales

Ante las condiciones de trabajo insostenibles en los dispositivos, muches de les trabajadores renunciaron, sin que sus cargos fueran repuestos. Si bien en términos formales no se habla de cierre, se apela al desgaste y al vaciamiento. En septiembre de 2021 (momento del relevamiento) solo quedaba un 40 % del personal que trabajaba durante la prepandemia, imposibilitando el sostenimiento de la estrategia de trabajo interdisciplinario, en grave desmedro de la calidad de atención.

Más de la mitad de los centros de salud carece de psiquiatra de planta. No se abrieron concursos luego de producirse renuncias. Los cargos se cubren con reemplazos de guardia, cargos asignados por pandemia, lo que tampoco garantiza continuidad. Se solapan distintas modalidades de cargos precarios. Debido a la recarga de trabajo y de usuaries a cargo para seguimientos, el ejercicio profesional queda solo restringido al área de atención individual, sin tiempo para actividades comunitarias.

Tampoco están garantizadas las condiciones para la atención remota: a casi dos años de iniciada la pandemia, hay dispositivos que siguen sin contar con los recursos tecnológicos necesarios, como acceso a Internet, computadora, telefonía, entre otros, y les trabajadores deben utilizar sus propios recursos. No se tuvo en cuenta la importancia de disponer de celular institucional, sobre todo a partir de la pandemia, ya que muchas personas usuarias utilizan whatsapp como principal herramienta de comunicación a distancia.

Durante el año 2020, hubo una fuerte presión por parte de la gestión del gobierno para que algunos de los dispositivos fueran refuncionalizados –tanto el espacio edilicio como las funciones desarrolladas por les trabajadores– para cumplir con actividades relacionadas con la pandemia. A partir de instancias de resistencia por parte de los equipos y del apoyo de re-

des sociales, los dispositivos continuaron trabajando. La sobrecarga de trabajo que implicó atender a las nuevas tareas intentando sostener las líneas de intervención de los dispositivos generó un fuerte impacto en la capacidad de atención de los equipos.

La gestión intenta mostrar la apertura de dispositivos, pero por el contrario los equipos deben transitar la cotidianidad de una política sanitaria vaciada y sin recursos suficientes. Esta realidad revela que la salud mental no solo no es prioridad para esta gestión, sino que la intencionalidad política está orientada hacia el vaciamiento de los dispositivos de atención.

Condicionantes de las políticas sanitarias

A lo largo de toda la pandemia, se han profundizado lineamientos sanitarios ligados a concepciones biomédicas y reduccionistas de la salud. En este marco, la visibilidad de nuestro ejercicio profesional como trabajadores sociales queda nuevamente subsumida a una herramienta como las agendas organizadas en turnos de atención individual a través del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS), que hace imposible cualquier otro tipo de tarea (articulaciones, planificaciones, atención por demanda espontánea, trabajo comunitario).

Se utiliza la herramienta de la agenda electrónica como fuente para el control y registro de nuestro trabajo, como único parámetro para justificar el pedido de profesionales en los equipos. De esta manera se invisibiliza gran parte de nuestro ejercicio profesional y se deslegitima nuestro rol. El trabajo social ocupa con frecuencia un lugar subalterno en los equipos de salud mental en relación con el número de profesionales de otras disciplinas. La disputa continúa siendo por concepciones integrales de los procesos de salud-enfermedad, abordados desde equipos interdisciplinarios que nos permitan complejizar las lecturas y las respuestas posibles.

El desafío sigue siendo colectivizar el malestar que genera atravesar la política pública en materia de salud mental, apostando a la organización de les trabajadores en pos de mejores condiciones laborales y de atención.

Es por ello que exigimos:

- Cumplimiento efectivo de las leyes de salud mental y adicciones, concretando la creación de una red sustitutiva para el abordaje comunitario, territorial e integral.
- Ampliación de la dotación y de la cantidad de dispositivos con presupuesto y recursos acordes.
- Participación en la elaboración de la política sanitaria y socialización del plan de salud mental del GCBA.
- Condiciones de trabajo y atención que posibiliten el ejercicio profesional para la construcción de abordajes acordes a la demanda en salud mental y adicciones.

Diagnóstico de situación de las Guardias Interdisciplinarias de Salud Mental (GISM) en CABA, en contexto de pandemia

"Nadie nos cuidó. Fuimos armando
modos seguros de laburo en los equipos
y según nuestro parecer...
fue una lucha ardua
por equipos de protección personal (EPP)
para los equipos de salud mental".

(Registro textual del Conversatorio organizado por el GTSM de la APSS).

Durante el año 2021, desde el GTSM de la APSS continuamos con la elaboración de un estado de situación de las condiciones de trabajo y de atención en salud mental de los efectores públicos de CABA, iniciativa surgida el año anterior a partir de la emergencia sanitaria causada por la pandemia por COVID-19. Estos relevamientos –llevados a cabo por trabajadores de los dispositivos públicos de salud mental del GCBA– revelan una política pública que avanza en un sentido muy definido, incluso antes de la presentación del plan de salud mental por parte del Gobierno de la Ciudad.

A continuación, exponemos una apretada síntesis de lo trabajado en relación con las GISM en el marco del conversatorio realizado en el mes de septiembre de 2021. Las condiciones aquí informadas son resultado de un proceso en curso que conjuga, por un lado, una política pública de salud mental que no se adecua a los lineamientos de integralidad e intersectorialidad que impone la Ley; y por otro, el modo biologicista de gestión de la pandemia por COVID-19.

Este documento debe leerse en conjunto con el que corresponde a la situación de los efectores de APS y programas especiales. En conjunto, describen la situación global de la "red" de servicios de salud mental del GCBA. Asimismo, la lectura de los relevamientos realizados en 2020 permitirá poner en perspectiva lo que aquí se expresa, los problemas de larga data en nuestra jurisdicción, que la gestión de la pandemia no hizo más que profundizar.

Motivos de consulta y continuidad de los tratamientos en contexto de pandemia. Incremento de la demanda y sobrecarga de trabajo en las GISM.

En 2020, año de inicio de la emergencia sanitaria, la demanda hacia los EISM durante los primeros meses disminuyó notablemente, debido al Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y a la apelación directa desde las autoridades a evitar la asistencia a efectores sanitarios por cuestiones ajenas al COVID.

En 2021 se observaron cambios importantes. Es así que en las guardias se recibieron demandas de usuaries vinculadas a sintomatologías generadas por aislamiento, abstinencia, cuadros de angustia por pérdida laboral, crisis familiares en contexto de encierro, discontinuidad de tratamientos ambulatorios, demora en el inicio de los mismos a causa de la pandemia. **Muchas personas consultantes fueron sostenidas con seguimiento por guardia, ya que se agudizaron tanto la dificultad de acceso a tratamientos ambulatorios como la imposibilidad de contar con espacios de articulación institucionalizados que facilitaran las derivaciones más urgentes**.

Como venimos denunciando desde el GTSM de la APSS, la política pública en salud mental en CABA se genera en espacios que no contemplan la participación de usuaries y trabajadores; se delinea desde marcos que desdeñan la salud como un derecho vinculado a la concreción de los derechos sociales y humanos en general, tales como el acceso a empleo, vivienda y hábitat saludables, educación, etc. No se asienta en redes asistenciales genuinas ni en articulaciones interministeriales que pongan a disposición políticas integrales. Lejos de ello, durante la pandemia se privilegió un abordaje biologicista, que en salud mental redundó en la desarticulación de los equipos asistenciales para ponerlos a cumplir funciones administrativas, a la par que se destinaban los espacios de atención a tareas vinculadas con la pandemia.

No interpretamos estas dificultades como una vacancia en la gestión, sino por el contrario, como el avance de una política pública de salud mental de carácter residual y paliativo. Así, la gestión de la pandemia priorizó la reorganización de todos sus recursos profesionales a tareas muchas veces administrativas vinculadas al control del COVID-19 y a la gestión institucional, como llenado de planillas, llamados telefónicos, gestión de viandas para personas internadas, reparto de los EPP, estadísticas, planillas de movimiento de ocupación de camas,

etc. De esta manera se empobreció aún más la red institucional en salud mental –si es que es posible hablar de una red– con la que cuentan las personas. En este marco, pretender "ponerse al día" en 2021 con la demanda que no fue atendida en 2020 es un ejercicio ilusorio.

Caracterización de la demanda

Durante la pandemia, las condiciones de vida de las familias se vieron profundamente afectadas en lo económico, en la fragilización social, en el atravesamiento dificultoso de duelos y en la imposibilidad material y emocional de adaptarse a los numerosos cambios que atraviesan el vínculo con el afuera del hogar.

Entre las consultas recibidas durante 2021 en las GISM, se observó un número significativo de situaciones que afectaron a adolescentes y jóvenes y se evidenció un descenso en la edad de les consultantes (a partir de los 12 años). Entre las situaciones mencionadas, se registraron intentos autolíticos, autoagresiones, abusos sexuales, maltrato, que habitualmente son detectadas en el ámbito escolar, y que se incrementaron cuando en ese espacio se retomó la presencialidad.

En relación con la población adulta, como consecuencia de la pérdida de puestos laborales y por ende de la cobertura social en caso de tenerla, se produjo un incremento en la demanda de pacientes "nueves" para el sistema. Estas personas también vieron agudizada su situación de vulnerabilidad social, con deterioro de sus condiciones de vida y de su red socio afectiva, acotando sus posibilidades de afrontar los problemas que se les presentan. Sumado a la reorganización de los servicios por la pandemia –suspensión de la atención o pasaje de consulta presencial a teleconsulta en los servicios ambulatorios (hospitales y CESAC), tratamientos reducidos a la dispensa farmacológica por guardia– condujo a ingresos por guardia de muchas personas en el marco de crisis y agudizaciones de sus cuadros de base.

Párrafo aparte merece la llegada a las GISM de personas que, si bien cuentan con sistemas de medicina prepaga, realizan consultas en el subsistema público ante la falta de respuesta del subsistema privado. Defendemos el acceso irrestricto a la salud pública para toda la población y es por eso que consideramos que no se puede dejar de mencionar los límites de la lógica mercantil en salud. En el actual ordenamiento del sistema de salud, que incluye empresas y al Estado como último garante ante los incumplimientos de los sistemas prepagos, somos les profesionales que trabajamos en los efectores públicos quienes ponemos el cuerpo y la mente al servicio de esa garantía, en una sobrecarga laboral que no tiene correlatos en condiciones laborales ni en reconocimiento salarial.

Otra demanda para los EISM fue la de contención a familiares de personas fallecidas por COVID, demanda, que en ocasiones era motivada en parte por las necesidades subjetivas propias de les compañeres médiques, que se veían desbordades por la recurrencia de tener que comunicar este tipo de noticias.

La solicitud de evaluaciones por parte de juzgados, fiscalías, comisarías y alcaidías, como se mencionó en el relevamiento anterior (2020), exceden las incumbencias de las GISM. En el mismo sentido se pretende en la actualidad que las GISM realicen la evaluación de personas que deben ser asistidas en el marco del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)[1]. Resulta evidente que les trabajadores de salud mental del sistema público de salud de CABA somos la respuesta no solo para las demandas propias del sistema de salud –público, privado y de la seguridad social–, sino también para las provenientes de otros sectores de la política pública que deberían tener sus propios equipos, ya que intervienen en situaciones de padecimiento mental desde otra lógica y con otros objetivos.

Asimismo, en contexto de pandemia se generalizó el mecanismo de firma de actas **sin la presencia en el hospital** de les abogades del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNNyA). De esta manera, dicha tarea pasó a ser responsabilidad de los EISM, quienes debemos cubrir el déficit de recursos humanos en dicho organismo, consecuencia de la política de ajuste y precarización laboral que implementa el GCBA en todas las áreas y ministerios, y que afectan tanto la atención a la población como las condiciones laborales de les trabajadores.

Les profesionales de la salud mental tenemos capacidad para reconfigurar nuestra tarea en una situación de catástrofe, y venimos desempeñándonos en condiciones de precariedad, tanto en términos de recursos como de las condiciones laborales en las que se desarrolla la intervención. Pero este contexto profundizó y puso más en evidencia la falta de una respuesta integral del sistema a los problemas de salud de la población en general e impactó desfavorablemente en los propios equipos de salud.

Reconfiguraciones realizadas al proceso de trabajo por iniciativa de les trabajadores

Siguiendo las modificaciones que se iban presentando en relación con las demandas que se recibían por guardia en cada momento durante estos dos años de pandemia, los EISM fueron implementando estrategias espontáneas para abordar las problemáticas emergentes. Es así que, ante la necesidad de garantizar una continuidad de cuidados, los equipos se vieron obligados a **aumentar los seguimientos de pacientes por guardia** hasta que pudieran obtener turno en un dispositivo de atención adecuado a edad y padecimiento. Esta estrategia ya se implementaba con anterioridad a la pandemia como consecuencia de la escasez de recursos en salud mental del sistema de atención del GCBA. A partir de la pandemia se generalizó, constituyéndose, de alguna manera, en una prestación más de los equipos de guardia. Entendemos que es importante no naturalizar esta situación y seguir bregando por la ampliación de turnos ambulatorios en Hospitales, CESAC y CEMAR, para brindar a la población una respuesta adecuada, eficiente y de calidad.

[1] Programa para personas privadas de libertad, enfocado en la atención, protección y tratamiento de la salud mental.

Por iniciativa propia de les trabajadores de los EISM y de los servicios hospitalarios de trabajo social en general, se fueron generando articulaciones específicas para dar respuesta a situaciones o grupos de población que no estaban contempladas en los protocolos para la atención de pacientes con sospecha o confirmación de COVID. Entre ellas podemos mencionar: personas en situación de calle (a fines de 2021 ya no se cuenta con dispositivos habilitados para su atención); familias en condiciones de hacinamiento sin posibilidad de realizar aislamiento de alguno de sus miembros; familias monoparentales donde le adulte a cargo debe ser hospitalizade sin contar con una red externa de cuidado para les niñes; familias con necesidades básicas insatisfechas y trabajo precario que resultó en pérdida de ingresos en condiciones de aislamiento, entre otras. Estas articulaciones se tradujeron en espacios de trabajo específicos con las Unidades Febriles de Urgencia (UFU), con dispositivos generados en el marco de la pandemia, con los CESAC de cada área programática, y con les referentes barriales y organizaciones sociales presentes en cada barrio.

En algunas áreas programáticas, las organizaciones sociales, cuyo rol fue protagónico fuera del hospital en la atención de las necesidades básicas de las familias, también se acercaron activamente a las guardias para articular con los equipos de salud en el acompañamiento de las consultas, internaciones y necesidades posteriores a la atención sanitaria. Fueron articulaciones fundamentales para afrontar problemas acuciantes que la política pública no atendió.

Otra de las articulaciones logradas en algunos efectores por los EISM fue el trabajo conjunto con algunos servicios del hospital para constituir equipos que proporcionaran cuidados integrales a las personas que atravesaban internaciones por COVID. Desde nivel central se propuso el Programa Estar, para acompañar los procesos de duelo, en la situación excepcional de pandemia por una enfermedad desconocida, y en algunos efectores, les profesionales lo reconfiguraron desde las particularidades institucionales, sus saberes y los de la población asistida, en algunos casos ampliando los objetivos originales del programa, contemplando todo el proceso previo como el acompañamiento familiar durante la internación, acompañamiento en el final de la vida, reconocimiento de fallecidos, respeto de directivas anticipadas, etc. Así, a través de este tipo de experiencias, desde una perspectiva de salud integral al interior del hospital, trascendiendo la guardia, en articulación con otros actores, se legitimó el trabajo de los EISM, desvalorizado al inicio de la pandemia.

Asimismo, en algunos hospitales, desde la interpelación de los equipos de guardia a los diferentes servicios de cada efector, se fueron logrando acuerdos de trabajo que posibilitaron la continuidad de tratamiento con posterioridad al ingreso por guardia para situaciones muy apremiantes. En algunas situaciones también se fue logrando formalizar articulaciones con otras instituciones. **Pero en todos los casos hablamos de iniciativas puntuales que dependían de la capacidad de agencia de les trabajadores, de condiciones institucionales propicias, de contactos informales y vínculos de confianza previos, es decir, del capital social en gran medida. Hablamos entonces de experiencias de salud integral logradas de modo fragmentario y autogestivo, aun a pesar de los lineamientos de la política pública**. Son logros importantes para les usuaries y también para les trabajadores,

en la medida en que pone en acto el saber profesional y las habilidades de gestión y articulación, generando resultados positivos. Pero no eximen del desgaste y la frustración por el contexto general de desidia en relación con la salud integral en el que debemos desempeñarnos.

En general, tanto los servicios de internación como los de guardia modificaron el espacio físico para atender la pandemia, dando preferencia a la creación de camas de alta complejidad. Estas adecuaciones edilicias tuvieron impacto negativo para las personas que consultaban por otro tipo de cuestiones vinculadas a la salud. En particular, la salud mental fue abiertamente relegada en estos cambios, afectando a usuaries y a trabajadores. En algunos hospitales, la pérdida de consultorios de EISM debido a la reestructuración para la atención por COVID condujo a que se llegara a atender consultas en pasillos, o fuera del establecimiento, en la entrada de ambulancias, sin condiciones de privacidad básicas; y, en caso de que les pacientes requirieran internación, la espera de esa derivación a camas de internación era prolongada y en condiciones no aptas para les pacientes. La derivación debía realizarse a hospitales monovalentes, ya que solo tres hospitales generales cuentan con internación en salud mental, que por lo general se cubre con las personas que consultan en sus guardias. De hecho, se desarrollaron conflictos gremiales en varios efectores por este motivo, ya que se vieron afectadas las condiciones de trabajo y atención, así como las condiciones de seguridad y confort durante los momentos de descanso de les trabajadores.

Lo planteado en el párrafo anterior se ubica en el contexto del incumplimiento de las Leyes de salud mental que el GCBA lleva adelante de manera sistemática, con una política vacía de una proyección y planificación acordes con el espíritu de la Ley. Entre los hechos relacionados con este incumplimiento se puede mencionar la falta de salas de internación en los hospitales generales, una situación que no encontró una solución correcta durante la pandemia. Desde la DGSAM se creó un dispositivo, denominado Red de Derivación, cuyo fin era descomprimir a los hospitales generales de pacientes del área de salud mental, haciendo derivaciones “con mayor rapidez” hacia los hospitales monovalentes. Si bien en el marco de la pandemia esta medida puede llegar a tener algún sentido, no cabe duda de que solo soluciona una cuestión de giro cama. Tampoco se realizaron gestiones para solucionar las negativas de las obras sociales y prepagas para el traslado de sus afiliades. La pandemia claramente empeoró el funcionamiento de dichos mecanismos, que ya era deficiente.

Como se mencionó en el relevamiento anterior, ni bien iniciada la pandemia el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) comenzó a apartarse de la gestión de las derivaciones por salud mental, estableciendo un máximo de permanencia de cinco días para la pertinencia de su intervención. Ante esto, la mencionada Red de Derivación tomó el lugar del SAME para las derivaciones desde el momento de la indicación de internación. No obstante, los mecanismos de esta red se toparon con el límite estructural de la falta de “camas”. En este contexto, las condiciones de atención en las guardias alcanzaron nuevamente esperas de hasta más de un mes para una derivación por salud mental como antes de la pandemia, pero con el agregado de restricciones a la circulación y de reiterados hisopados a la espera de que apareciera una “cama”.

Desde dicha red, dependiente de la DGSAM, se propició la generación de la función de "coordinador/a" de los EISM. Dicho rol no se enmarca en ninguna estructura y su remuneración queda a criterio de las decisiones de cada efector. Es importante aclarar que, por una parte, en aquellos efectores en los que se pudo crear dicha función, se generaron articulaciones y una mayor fluidez en la comunicación, en la tarea de los equipos de guardia, y en sus vinculaciones intra– e interinstitucionales. En este sentido y de acuerdo con lo relevado en el conversatorio, se destaca **el esfuerzo de les trabajadores para ocupar estos espacios, que vienen a cubrir el lugar de una gestión ausente**. Por otra parte, es necesario establecer que no hubo ningún tipo de comunicación por las vías formales para que estas propuestas a las lógicas de trabajo pudieran concretarse en todos los equipos de los hospitales. Una vez más, entendemos que desde la DGSAM prevalece la lógica de la fragmentación, que se asienta sobre la ausencia de planificación y armado de una verdadera red de salud mental que cumpla con los lineamientos de la Ley.

Como consecuencia de las acciones basadas en dicha lógica, los climas de trabajo se deterioran debido a la tensión que genera que "la guardia se llene de pacientes de salud mental", sin tomar en cuenta que esto habla de las condiciones de padecimiento de la población y de la ausencia de respuestas de una política sanitaria que ubica a la salud mental en un lugar residual.

Impacto de la gestión de la pandemia en las condiciones laborales de los EISM

La cultura organizacional del sector público está permeada por el Modelo Médico Hegemónico (MMH) con la consiguiente relegación institucional hacia la especialidad que debemos afrontar les trabajadores de la salud mental en las guardias hospitalarias. Como ejemplo, baste mencionar que hay jefaturas de guardia que desconocen la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) y la legislación de protección de derechos vigente. Esta situación se intensificó durante la pandemia y afectó la atención a la población. En un primer momento, cuando se solicitaba activamente a la población que evitara concurrir a consultas sanitarias, incluso por guardia, la atención por salud mental fue invisibilizada, los equipos nos encontrábamos con escasa demanda y con intentos, por parte de las jefaturas, de asignarnos tareas ajenas a nuestras incumbencias profesionales.

Sumado a lo precedente, la falta de planificación por parte del GCBA en la atención de la salud mental se tradujo, entre otras situaciones, en la necesidad de reclamar EPP al inicio de la pandemia, la sobrecarga de trabajo para les trabajadores, la imposibilidad de acceder a licencias, arbitrariedades en la reconfiguración del proceso de trabajo y una pésima pauta salarial verticalista. Todos estos factores resultaron en un profundo agotamiento y en condiciones de vulnerabilidad laboral.

En este marco, les profesionales de la salud mental fueron construyendo dispositivos específicos para enfrentar problemáticas que se presentaban en la guardia o en la internación y no eran contempladas por los protocolos de corte biologicista y asocial. Las características de las estrategias implementadas estuvieron definidas por la particular inserción de cada EISM en el equipo general de guardia y en la institución, y por los vínculos que cada equipo tuviera con los efectores del área programática y con organizaciones sociales de la zona. Es decir que los equipos autogestionaron genuinamente esas respuestas, a pesar del manifiesto desinterés del GCBA por la atención a les usuaries de servicios de salud mental.

Otro factor que impactó en las condiciones laborales de los EISM fue la falta de concursos y nombramientos para completar sus dotaciones que, en muchos casos no cuentan con todos los profesionales nombrados (cargos titulares). Asimismo, en la mayoría de los hospitales no se dispone del número de cargos de suplentes para cubrir la ausencia de los titulares. Durante la pandemia hubo una necesidad generalizada de cubrir cargos, ya fuera debido a licencias por enfermedad aguda, por aislamientos o por presencia de factores de riesgo de profesionales exceptuados de realizar tareas presenciales (licencias prolongadas).

Esto implicó, por un lado, que algunos equipos de guardia debieran trabajar sin el plantel completo frente a una demanda que, como se describió previamente, iba en aumento. Por otro, que los cargos vacantes fueran cubiertos por profesionales suplentes o por reemplazos, es decir, por profesionales titulares de otras guardias o de otros servicios de salud. Estos esfuerzos de les trabajadores con cargo de suplencia de guardia que asumieron la cobertura de su día asignado, así como la de otros días carentes de cobertura no fueron reconocidos posteriormente en la paritaria.

Estas situaciones son muestra de que atención de la salud mental durante la pandemia fue sostenida por trabajadores precarizados que debieron realizar tareas extra; sobrecargados, desgastados, expuestos a riesgos de salud física y mental, sin posibilidad de acceder a licencias para descanso (se suspendieron las licencias durante todo 2020) y sin un reconocimiento salarial acorde al esfuerzo realizado. Asimismo, lo que el GCBA y la Nación presentaron como bonos, además de ser cifras paupérrimas, sufrieron descuentos. En otras ocasiones no fueron pagados teniendo en cuenta la modalidad de contratación –titular o suplente– y hasta tuvieron descuentos por licencias médicas, incluso por COVID.

En el contexto de sobrecarga descripto, algunas dificultades estructurales y anteriores a la pandemia no solo se reiteraron, también se agudizaron, por ejemplo, las vinculadas a la falta de acceso a los recursos necesarios –tanto materiales como edilicios– para la realización de las tareas de los EISM. Se debe intercambiar documentación (informes, evaluaciones, resúmenes de historias clínicas para derivación, etc.) con diferentes organismos (Poder Judicial, organismos de defensa de derechos, otros efectores de salud, etc.), completar historias clínicas tanto impresas como digitalizadas, etc. Para ello es necesario contar con acceso a Internet, a dispositivos electrónicos (computadora, impresora), papel, tóner, etc. En muchos casos, estos recursos no existen o los propios profesionales costean la compra de insumos

o la contratación de servicios de Internet con su desvalorizado salario, o bien emplean sus propios dispositivos electrónicos usando el abono personal.

Por otra parte, son numerosas las guardias que no cuentan con espacio destinado para los EISM, lo que repercute directamente en la calidad de la atención de la población usuaria: falta de privacidad, seguridad del espacio, instalaciones cómodas, etc. A partir de la reconfiguración de los espacios dentro de los hospitales debido a la pandemia, se acentuaron las condiciones desfavorables para la atención, que llegó a realizarse en patios, pasillos o en el exterior de los edificios. Asimismo, los espacios de permanencia y descanso de los profesionales al interior de los hospitales no contemplaban los mínimos requisitos, con salas de estar y dormitorios hacinados y sin ventilación.

Entre las condiciones laborales desfavorables persiste la falta de directriz institucional a lo largo de estos dos años de pandemia, que sigue vigente. La improvisación fue y sigue siendo una constante. La constitución de los comités de crisis, integrados esencialmente por médicos y médicas, también tuvo un impacto directo en nuestras condiciones de trabajo, ya que la salud mental no fue parte de estos espacios. La consiguiente invisibilización de nuestra tarea claramente nos expuso en mayor medida a los distintos riesgos de la pandemia.

Caracterización de la intervención en el marco de las condiciones laborales/condiciones de atención, recursos e intersectorialidad.

La realización del conversatorio nos dio la posibilidad de encuentro entre trabajadores de distintos efectores que, unido a la circulación de la palabra, posibilitó la discusión de nuestras condiciones de intervención en el marco de la política pública que hoy establece el GCBA. En este sentido, consideramos de gran relevancia presentar los siguientes enunciados en una caracterización que continúa describiendo las condiciones generales en el abordaje de la salud mental en pandemia, y las grandes dificultades de enmarcar estas intervenciones en lineamientos de salud integral.

- Dificultades de articulación con las defensorías zonales. Se desconoce si hubo seguimiento de les usuaries derivades para su atención.
- Dificultad para articular con dispositivos adecuados para atención de usuarias/os. En la mayoría de los casos, más que carencia de dispositivos adecuados, podemos plantear la inexistencia de dispositivos.
- Con el advenimiento de la pandemia se interrumpió la presencia de los organismos de protección de derechos en la guardia. Esto dificulta el trabajo de articulación, dado que en la complejidad de las situaciones no es lo mismo articular exclusivamente por teléfono que contar con espacios presenciales de reunión.
- La Guardia de Abogades del CDNNyA dejó de requerir la presencia de las personas a

cargo de niños, niñas y adolescentes para firmar las actas. Además de estar redactadas en tono jurídico que no representa a les profesionales de la salud mental, estas actas, contienen, en ocasiones, decisiones con las que los EISM no acuerdan. Dicha decisión se relaciona con la precarización laboral que se vive en ese organismo administrativo de protección de derechos.

- La falta de respuesta del programa Buenos Aires Presente (BAP) –hoy Red de Atención– se suma a la obligación de aislamiento al ingreso a los paradores y de mayores restricciones para los accesos a hogares. Es evidente que esto revela una política habitacional inadecuada e insuficiente, con consecuencias para la salud integral de la población y para los efectores de salud, que ven dificultada la externación de les usuaries una vez que cuentan con el alta.
- Suspensión en la atención de programas sociales, falta de vacantes en dispositivos asistenciales (paradores-hogares), implementación de requisitos restrictivos para otorgar ingreso (aislamientos, obligatoriedad de presentar DNI, etc.).
- Falta de presencia de organismos externos para defender los derechos de los pacientes y sus condiciones de estadía en la guardia.
- El usuario de salud mental no es bien recibido en la guardia, "molesta". Hay una mirada muy biologicista de los padecimientos, aunque con la emergencia en salud mental posterior a la primera ola de la pandemia, algunos equipos de guardia comenzaron a reformular la mirada sobre los padecimientos mentales y a tener otra permeabilidad.
- A fines de la primera ola de COVID e inicio de la segunda, las guardias se encontraban colapsadas. Algunos pacientes que ingresan a guardia cuentan con obra social, pero estas exigen requisitos infinitos para recibir a sus afiliades. Por otra parte, en los primeros tiempos del ASPO las obras sociales no respondían a los pedidos de derivación.
- Se observó más presencia y disposición por parte de organizaciones sociales y comunitarias que de programas gubernamentales.

La situación en los hospitales monovalentes

Más allá de los lineamientos generales impartidos por el Ministerio de Salud, los modos en que fue abordada la pandemia en los hospitales monovalentes de salud mental presentaron variaciones según las instituciones.

En algunas, primó desde el comienzo el carácter restrictivo de las **medidas de prevención**, que no fueron actualizadas de acuerdo con los distintos momentos/etapas de la pandemia. En otras, hubo un posicionamiento que inicialmente subestimó el contexto de emergencia sanitaria, negando la magnitud de este acontecimiento de escala mundial.

Es importante señalar una particularidad de las internaciones por salud mental en hospitales

monovalentes. El “permiso de salida” se configura como una instancia terapéutica de gran importancia en el marco de una internación. Por esta razón, su abrupta suspensión condicionó en gran medida los procesos que se encontraban en curso. En el mismo sentido, la restricción del ingreso de acompañantes terapéuticos, acompañantes terapéuticas y visitas fue otro aspecto negativo a destacar, tanto en lo que se refiere a la efectividad de los tratamientos como al cumplimiento de los derechos consagrados en la LNSM.

Con el correr del tiempo, en algunas de las instituciones se fueron flexibilizando las medidas sin que hubiera un comunicado oficial que lo indicara con claridad. La implementación de algunas de esas pautas iniciales quedó sujeta a la interpretación que se realizaba en cada servicio, sala o equipo de cada momento epidemiológico y de la pertinencia de determinado permiso o visita.

Asimismo, en línea con algunos aspectos específicos de las instituciones monovalentes, fue notorio el aumento de la demora en el otorgamiento de vacantes para ingreso en dispositivos residenciales, tanto dependientes de la DGSAM, por ejemplo, la residencia protegida, como de otros organismos como ser PAMI y el Módulo de Integración Comunitaria (MIC), entre otros. Al margen de la pandemia, se conjuga el incremento de usuaries que, entre otras vulneraciones, arriban con fuertes problemáticas habitacionales con quienes presentan internaciones de larga data.

La respuesta del Estado dio muestras de retroceso. Algunes usuaries debieron acudir más de dos veces por una misma solicitud de subsidio habitacional y, pese a cumplir con los requisitos, no lograban obtener la prestación, poniendo en evidencia lógicas expulsivas. Es similar lo sucedido con las personas mayores de 60 años, que ya no pueden percibir dicho subsidio sino que son derivadas a otro programa cuyo monto para costear una habitación se encuentra absolutamente desfasado. Asimismo, el aporte económico que PAMI brindaba ante la problemática habitacional en la alternativa de egreso que intentaba ser superadora a la institucionalización se encuentra suspendido desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad. Es decir, los dispositivos que, entre otros, son impulsados por la LNSM en pos de la desinstitucionalización y desde un enfoque de salud mental comunitaria continúan siendo una deuda pendiente, con la consiguiente prolongación de internaciones.

En relación con la caracterización de la **demanda**, se evidenció una complejización de los cuadros con los que arriban les usuaries a estas instituciones, tanto en lo que respecta a la presencia de nuevas vulneraciones como a la agudización de problemáticas de larga data. De esta manera, se asistieron tanto adultes como niñes y adolescentes con:

- ideación autolítica franca;
- intentos de suicidio o sobreingestas medicamentosas recientes (algunes enviades sin derivación, sin alta clínica y por sus propios medios desde hospitales generales de CABA o del Gran Buenos Aires);
- trastornos de alimentación con compromiso clínico severo;

- grupos familiares con importantes dificultades para el ejercicio del cuidado (por presencia de adultes con patologías psiquiátricas de larga data sin tratamiento, por situaciones de violencia de género no abordadas, por existencia de abusos intrafamiliares u otras).

Para muches usuaries, esta asistencia en la urgencia significó el primer contacto con el sistema de salud, mientras que para otres, implicó un recorrido previo e infructuoso por muchos efectores. Además, se registró el incremento de personas en situación de calle, como también con un fuerte compromiso con el consumo problemático de sustancias.

Tal como se comprobó en los hospitales generales, en los monovalentes hubo una afluencia significativa de usuaries que acudieron al sistema de salud público porque al perder la fuente laboral ya no contaban con la cobertura de obra social. En los casos en los que, aun contando con obra social o medicina prepaga, la atención en estos sistemas también estaba condicionada por la pandemia, les afiliades debieron acudir frecuentemente a las guardias de los hospitales monovalentes debido a la interrupción de sus tratamientos o por no haber recibido atención adecuada en situaciones de urgencia y, en ocasiones, con órdenes de internación que no pudieron ser efectivizadas en el subsistema privado.

Las dificultades para la obtención de turnos para **tratamiento ambulatorio**, como en los hospitales generales, preexistían a la pandemia, pero se agudizaron. En algunos efectores esto implicó un cambio drástico en la dinámica institucional, con el cierre de admisiones para los consultorios externos. En otros, los dispositivos ambulatorios continuaron admitiendo pacientes, pero se saturó la capacidad de recepción y atención.

Esto se asocia a lo que se señaló anteriormente respecto al **impacto de la pandemia en la población**, y más aún, en aquel sector que ya se encontraba atravesado por una fuerte vulnerabilidad socioeconómica, o con limitaciones en el pleno ejercicio de sus derechos. De este modo, la emergencia sanitaria puso de manifiesto el deterioro significativo en las condiciones de vida de les usuaries y en el aumento de limitaciones para el acceso a la salud.

No obstante, y pese al panorama descrito, las contrataciones temporarias realizadas por el Ministerio de Salud se limitaron a profesionales abocados a la atención de la población que ingresaba por cuadros –o por presunción– de COVID-19. Más allá de la pertinencia de esas especialidades para el abordaje de dichos cuadros clínicos, se priorizó el aspecto biomédico y no se consideró la salud mental como un eje transversal.

Una de las consecuencias más significativas de la pandemia y el aislamiento obligatorio fue su impacto a nivel psíquico. Sin embargo, la indiscutible importancia discursiva que el cuidado de la salud mental cobró en estos tiempos no se vio traducida en políticas públicas concretas tendientes a un abordaje integral a la altura de las circunstancias. Estas responsabilidades quedaron sujetas al armado artesanal que desde cada institución o equipo de salud se pudiera –o no– configurar.

Por otro lado, la **reorganización del trabajo** dispuesta exclusivamente por instancias jerárquicas de forma inconsulta fue una constante que, al igual que en los hospitales generales,

se replicó en los hospitales monovalentes, es decir que se reasignaron tareas ajenas a las incumbencias profesionales sin la participación de les trabajadores en la toma de decisiones.

Además, las instituciones sufrieron modificaciones de mayor o menor envergadura en el interior de sus **espacios físicos** a fin de adaptarlos al contexto de emergencia sanitaria. Entre otras instancias, se comprobaron el traslado de los servicios de guardia y consultorios externos al hall de entrada, con la consecuente afectación de la calidad y la privacidad; la instalación de un sector de "aislamiento" en un lugar de dimensiones reducidas, sin luz natural y con ventilación inadecuada; la unificación de servicios de internación, generando espacio para otra sala que albergara a usuaries con sospecha o casos confirmado de COVID-19 leve, tanto pertenecientes al mismo hospital como derivades de generales. Del mismo modo, desde el comienzo de la pandemia, se habilitó otra sala destinada para usuaries con cuadros clínicos crónicos, con o sin padecimiento en salud mental, que se encontraban cursando internación en hospitales generales, de forma tal que aquellas camas que ocupaban en la institución de origen se utilizaran para cuadros complejos de COVID-19.

Estas modificaciones se llevaron a cabo con recurrente mención a la "refuncionalización" que, sin embargo, no es en absoluto equivalente a los procesos de sustitución y adecuación de los hospitales monovalentes postulados en el artículo 27 de la LNSM. La falta de claridad respecto a los modos y los fines de estos cambios se combina con la ausencia de un plan de salud mental que garantice la participación de la comunidad hospitalaria en la toma de decisiones, generando un clima de total incertidumbre que se suma al que de por sí aporta la pandemia

Reflexiones finales

Este documento es el resultado del trabajo colectivo. Los datos que volcamos en esta publicación reflejan el trabajo llevado adelante por les trabajadores y los esfuerzos realizados por sostener las condiciones mínimas de atención para la población.

Hemos puesto en evidencia, a partir de un extenso análisis, que el abordaje de la salud mental durante estos dos años de pandemia tuvo una planificación y una adecuación al contexto que no coinciden con los lineamientos de la legislación en salud mental. Como consecuencia, se expuso a condiciones de vulnerabilidad extrema a les usuaries; y a la gran masa de trabajadores, a la profundización de sus condiciones laborales ya precarizadas.

Consideramos que, ante este estado de situación, es necesario definir que la política sanitaria en términos de salud mental previa a la pandemia ya presentaba una fuerte impronta de fragmentación, con objetivos opuestos a la legislación vigente. El 3x1[2] y el conflicto que se desató en torno a ese reclamo son un claro ejemplo de este escenario. Asimismo, las condiciones materiales de los hospitales, la falta de adecuación de los efectores generales, la ausencia de dispositivos en APS, la ausencia de canales de comunicación y redes formales y la inactividad del Consejo General de Salud Mental (COGESAM), son algunos de los datos más relevantes que evidencian los lineamientos de la DGSAM de CABA.

Este es el contexto de la política sanitaria al inicio de la pandemia. Y claramente en estas condiciones se dieron todas las intervenciones que se han planteado en este documento. Y las respuestas que fueron apareciendo desde la gestión no pueden considerarse más que como acciones aisladas, sin impacto en las condiciones de atención de la población, buscando seguir siempre posturas biologicistas, que remiten los padecimientos de salud mental a instancias individuales y a soluciones acotadas, que no involucran la responsabilidad gubernamental en estrategias integrales.

La ausencia de una política sanitaria en el marco de una planificación intersectorial e interministerial generó la definición de un abordaje biologicista, dejando de lado las condiciones de vida de la población y las posibilidades de acceso al sistema de salud.

[2] Pedido de los presos de la Unidad 9 de La Plata de conmutación de penas por COVID-19: que cada día en contexto de pandemia se compute por tres días de condena.

Por otro lado, esta mirada biologicista incrementó las instancias de violencia institucional, tanto en el marco de la atención como en el ámbito laboral. La modalidad de inclusión de la salud mental en el abordaje de la pandemia conducida por la DGSAM siguiendo el modelo biologicista dio lugar a intervenciones expulsivas, por fuera del marco de la atención integral.

Les trabajadores exigimos un plan de salud mental que contemple la necesidad y la urgencia del armado de una red de atención en el sistema de salud. Una red que tenga en cuenta las necesidades de la territorialidad y las condiciones materiales de la población.

Exigimos nuestra participación en los distintos ámbitos de discusión de este plan, porque somos quienes estamos afrontando la atención diariamente.

La precarización laboral ha llegado a niveles que nos han despojado de cualquier medida de cuidado por parte de nuestro empleador. Las exigencias, la falta de recursos materiales, los salarios a la baja, la ausencia de direccionamiento institucional son el escenario en el que nos encontramos actualmente. Sumando a esto, el desgaste de dos años en los que atravesamos la pandemia, tanto a nivel laboral como desde la vida personal, no está siendo contemplado por ninguna institucionalidad.

Exigimos condiciones de atención dignas para toda la población.

Exigimos condiciones laborales dignas para todes les trabajadores.

En función de lo trabajado y en consonancia con las acciones que hemos venido llevando adelante desde nuestra Asociación seguimos exigiendo la presentación del plan de salud mental de CABA y, en este sentido, el efectivo cumplimiento de la legislación de salud mental.

Recomendaciones para la política pública

En virtud del relevamiento elaborado por el GTSM de la APSS y de acuerdo con la LNSM 26.657 y la LSM 448 de CABA, sugerimos considerar las siguientes líneas de acción para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en la materia:

- Habilitar mecanismos para la participación de les trabajadores de los distintos niveles de atención y de todas las profesiones involucradas, así como de les usuaries, en la elaboración y socialización del plan de salud mental de CABA.
- Articular el plan de salud mental de CABA con la política sanitaria provincial y nacional en la materia.
- Garantizar el carácter integral de los abordajes en salud mental y consumos problemáticos, con representación equilibrada de las profesiones básicas en cada equipo interdisciplinario (psiquiatría, psicología, trabajo social).
- Cubrir cargos vacantes y ampliar las dotaciones profesionales existentes en los efectores de todos los niveles y modalidades de atención, aplicando criterios orientados al mejor aprovechamiento posible del recurso humano en condiciones dignas de trabajo, contratación y atención.
- Capacitar a otres integrantes del equipo de salud en materia de salud mental y consumos problemáticos (marco normativo, manejo de la urgencia, derechos de les pacientes, perspectiva de género, otros).
- Construir de modo participativo una red de derivaciones en salud mental y consumos problemáticos que atienda en grado creciente a las diferentes complejidades y gravedades de los padecimientos subjetivos. Establecer referentes claros para esa red, cuyo trabajo esté orientado a facilitar el pronto acceso de les usuaries a los diferentes dispositivos adecuados a cada situación.

- Cumplir lo establecido en la Ley 26.657 en términos de efectivización de las internaciones por salud mental y consumos problemáticos en hospitales generales de agudos y pediátricos, generando las adecuaciones necesarias para que estas no transcurran en condiciones indignas en las instalaciones de las guardias hospitalarias (habitaciones con cuidados acordes, equipos interdisciplinarios destinados a esta labor, enfermería permanente y otras).
- Implementar estrategias genuinas de reconversión de los hospitales monovalentes, que no se traduzcan en procesos de abandono y desatención a usuaries y familiares. Contemplar en ese marco la creación de programas de externación, tanto para usuaries con tiempo prolongado de institucionalización como para aquelles que ingresan al sistema y carecen de redes de contención.
- Fortalecer la asistencia interdisciplinaria ambulatoria en efectores del primer nivel de atención, contemplando mayor cantidad de profesionales en los servicios, espacios físicos acordes para la realización de entrevistas individuales y grupales y pronto otorgamiento de turnos en cercanías al domicilio de les usuaries.
- Crear (o reconocer para el caso de los existentes) dispositivos de atención territorial o domiciliaria para la asistencia específica de salud mental y consumos problemáticos, previendo horarios amplios que incluyan turnos vespertino y noche. Destinar la tarea de estos equipos interdisciplinarios de trabajo al acompañamiento en territorio o en domicilio para aquellas situaciones que así lo requieran, constituyendo una red de apoyos tendientes a garantizar la inclusión y autonomía de les usuaries.
- Crear instituciones de medio camino como hospitales de día de salud mental y consumos problemáticos, empresas sociales, cooperativas de trabajo o casas residenciales que promuevan la autonomía y ejercicio de la ciudadanía por parte de les usuaries.
- Garantizar el acceso sin dilaciones al servicio de acompañante terapéutico o acompañante terapéutica, en caso que esta medida sea indicada por el equipo interdisciplinario tratante.
- Garantizar el acceso sin dilaciones al servicio de cuidadores hospitalarios para NNyA y la existencia y rápido acceso para adultes que no cuentan con red de acompañamiento de la internación.
- Establecer una fuerte articulación interministerial para la construcción de redes intersectoriales en cumplimiento de lo establecido en la leyes 26.657 y 448 (áreas vinculadas a trabajo, vivienda, educación, desarrollo social, niñeces, otras). Garantizar mecanismos prontos y claros para el acceso a derechos fundamentales, tendientes a evitar la agudización o medicalización de las problemáticas sociales.
- Lograr que esas articulaciones interministeriales habiliten, entre otras cosas: a) acceso a programas de empleo para la inclusión productiva, b) fortalecimiento de emprendimientos socio-laborales, c) acceso a dispositivos habitacionales y vivienda digna, d) inclusión en programas de educación que contemplen las particularidades de les usuaries.

- Capacitar a otras áreas –educación, desarrollo social, niñeces, fuerzas de seguridad, otras– en materia de salud mental y consumos problemáticos, marco normativo, manejo de la urgencia, derechos de les pacientes, perspectiva de género.
- Clarificar las responsabilidades de cada área en términos de especificidades de las evaluaciones y consecuente distribución de tareas entre salud, justicia, fuerzas de seguridad, Programa PRISMA y otros.
- Generar una sólida articulación interjurisdiccional en la región del Área Metropolitana de Buenos Aires en materia de salud mental y consumos problemáticos, con especial énfasis en el sistema de promoción y protección de derechos de NNyA.
- Establecer mecanismos de estricto control del cumplimiento de la Ley 26.657 por parte de obras sociales, medicinas prepagas y organismos de la seguridad social, con posibilidad de canales de denuncia efectiva e inmediata por parte de equipos profesionales o usuaries.
- Incorporar en forma inmediata la acción de los organismos de control y seguimiento de las internaciones por salud mental y consumos problemáticos: ORN, Unidad de Letrados del Ministerio Público de la Defensa y juzgados civiles, en todas las jurisdicciones y en los tres subsistemas (privado, público y de la seguridad social).
- Incorporar la participación de profesionales de salud mental y consumos problemáticos (con representación de todas las disciplinas básicas) en comités de crisis a nivel hospitalario, jurisdiccional y nacional.
- Implementar espacios –reconocidos dentro de la jornada laboral– para la reflexión acerca del impacto emocional de la tarea desarrollada y su abordaje por parte de los equipos profesionales. Alentar, a su vez, la realización de reuniones de equipo.
- Garantizar la entrega continua de psicofármacos prescritos en el marco de tratamientos interdisciplinarios.
- Desarrollar un sistema de registros estadísticos y análisis de datos desde la epidemiología crítica, referidos a salud mental y consumos problemáticos.



Tercer relevamiento de salud mental

(Febrero 2023)

Belén Diaz, Paula Farias, Erika Gunther, Mariana Serafini, Natalia Spataro.

Introducción

La Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS) es el sindicato que nuclea a les trabajadores sociales del subsistema público de salud en la Ciudad de Buenos Aires (CABA): centros de salud, hospitales, talleres de rehabilitación en salud mental, programas y dispositivos específicos dependientes del Ministerio de Salud.

En el año 2018 se constituyó el Grupo de Trabajo de Salud Mental (GTSM) de la APSS. Estuvo conformado al inicio por trabajadores sociales que se desempeñan como integrantes de los equipos interdisciplinarios de salud mental (EISM) en las guardias de los hospitales generales y monovalentes. En el año 2019 les trabajadores sociales pertenecientes al área de Atención Primaria de la Salud (APS) vinculades a la salud mental, identificando la necesidad de trabajar articuladamente se organizaron en un espacio propio. Ambos grupos se fusionan. Se destaca el trabajo realizado durante la pandemia (2020) en el acompañamiento y abordaje de distintas situaciones en los diferentes efectores de salud de CABA.

La APSS, desde su Comisión Directiva y la permanente articulación con el GTSM, se incorpora a espacios de trabajo, en el marco de las normativas vigentes, como el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMyA), el Consejo General de Salud Mental (COGESAM), con similares funciones, pero en CABA. A su vez, participa también en redes intersectoriales, como el espacio de Salud Mental y Democracia CABA. Recientemente, en el marco de las políticas implementadas en el área de la salud, integra desde este último espacio, el Colectivo Argentino de Salud Mental.

A lo largo de estos años, el GTSM de la APSS ha tenido como práctica sistematizar y analizar elementos que hacen a las condiciones de trabajo y ejercicio profesional en los diferentes ámbitos de intervención. En los inicios, cuando principalmente se nuclearon trabajadores sociales de guardias hospitalarias, se realizó una encuesta que tuvo como principal objetivo realizar un análisis diagnóstico de las condiciones laborales y de atención, específicamente en lo concerniente a la intervención del trabajo social en las guardias hospitalarias. Hasta ese momento, desde nuestra asociación, no se habían propiciado espacios de trabajo para esta área de inserción laboral y, de alguna manera, fue el inicio de una construcción colectiva en torno al desarrollo de los marcos normativos (tanto de CABA como a nivel nacional).

La pandemia marcó un hito en la historia de nuestro país, revelando de alguna manera las grandes falencias y la extrema precarización que todo el sistema de salud venía presentando como consecuencia de políticas focalizadas, fragmentadas y ejecutadas con escasez presupuestaria, carentes de una concepción de salud integral. En dicho periodo (2020 - 2022) se comenzó a relevar información y a presentarla en documentos de descripción y análisis, a los que llamamos "Relevamientos". El primero estuvo centrado en el abordaje de la salud mental en la gestión de la pandemia. El segundo abordó la pospandemia.

Dichos relevamientos se constituyen en una herramienta de lucha y de reclamo concreto para nuestra asociación. De alguna manera se consolidan como el insumo específico para llevar adelante análisis y reclamos pertinentes, situados y contextualizados, referidos a diferentes áreas, así como a efectores y grupos de trabajo, en el marco de nuestra posible incidencia en la política pública.

El presente documento corresponde al tercer relevamiento, que se sustenta en dos instrumentos aplicados en 2023[1] y en la tarea del GSM de la APSS durante el año 2024, e intenta reflejar la actual crisis que estamos atravesando como trabajadores de la salud. La dinámica de la realidad es veloz y, como venimos exponiendo en los trabajos anteriores, la política pública en salud mental es direccionada y sumamente precaria en su planificación y ejecución, opuesta al espíritu de las normativas vigentes y a la perspectiva de salud integral.

En temas vinculados a la salud mental, las acciones de tanto la nueva gestión a nivel nacional como el Gobierno porteño se han orientado a potenciar las desigualdades ya enunciadas en relevamientos anteriores. Los gobiernos de Javier Milei a nivel nacional y de Jorge Macri en la Ciudad dan respaldo a los sectores conservadores, que nunca han dejado de operar en detrimento de la normativa vigente. Estos sectores pretenden retroceder en materia de derechos, llevando a la salud a una política que responde al mercado, más que a los derechos humanos. Así, se constituye un escenario político que, en todas las jurisdicciones del país, refleja claros indicios de que se busca romper con el modelo de atención integral y muy en particular con la interdisciplina, ambas categorías que remiten a la letra de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. En CABA, se presentó, apenas asumido el nuevo Jefe de Gobierno, un proyecto de reforma de dicha ley, que ha mantenido al colectivo de trabajadores sociales en estado de alerta y movilización constante. Las propuestas que se intentó modificar están vinculadas al espíritu de la mencionada normativa: se resalta la de excluir al trabajo social del equipo básico de salud mental en las guardias hospitalarias, como medida explícita entre un paquete de modificaciones más amplio.[2]

Asimismo, se avanzó rápidamente en otro aspecto que afecta la disponibilidad de recursos para la atención integral en salud mental: la masividad de los despidos en el sector público, con el consecuente vaciamiento de áreas y ministerios claves en la gestión de las políticas públicas. Si bien los despidos en su mayoría se dan en áreas y Ministerios Nacionales, en CABA hay despidos encubiertos con baja de contratos precarios. Ejemplo de esto es el caso del equipo de Abordaje a Personas con Trastorno Mental Severo en Situación de Calle

[1] Una encuesta de percepción realizada a trabajadores y una de sistematización de información institucional vehiculizada a través de les delegades.

[2] La exclusión del trabajo social (TS) representaba la reconfiguración del equipo interdisciplinario, desdibujándola mediante la modificación de los requisitos para las evaluaciones interdisciplinarias. Se habla de equipos interdisciplinarios de guardia, pero esto no excluye a equipos de otros dispositivos.

(ASIC), del que se desvinculó a varios de les contratades (operadores sociales, trabajadores sociales y psicólogues).

La falta de asignación presupuestaria de acuerdo con la normativa vigente profundiza la precarización de las condiciones laborales e impacta directamente en la ejecución de las políticas, con consecuencias que incluyen falta de equipos de trabajo, un progresivo vaciamiento de estructuras, cierre de programas y una constante escasez de dispositivos.

Metodología

El GTSM de la APSS cuenta con varias vías de intercambio: la encuesta ya comentada, reuniones del espacio, intercambios informales vía whatsapp y participación de sus integrantes en los diversos espacios de organización anteriormente mencionados. Les trabajadores que lo integran también participan en las redes propias de su quehacer profesional, algunas de las cuales se constituyen como delegadas de esos espacios laborales. De modo que como grupo logramos una permanente actualización, en tiempo real, acercándonos a una mirada acabada de la política pública de salud mental en CABA, como también a una lectura contextual a nivel nacional.

Entonces, ¿para qué hacer encuestas?

Los cambios en la política pública en CABA suelen darse de un momento a otro y sin difusión, sin una planificación participativa que cuente con la impronta de les trabajadores y de todas las organizaciones de la sociedad civil que podrían sumar en el armado de un plan de salud mental acorde a los requisitos de la ley. Conocer la política pública es un trabajo detectivesco. Resulta difícil para quien no se desempeña en el campo y cree en la veracidad de los recursos y dispositivos que lo componen. Esto sucede por ejemplo con el constante ataque a la ley en cuanto a la supuesta imposibilidad de llevar adelante internaciones de carácter involuntario.

En la vertiginosidad de las vidas modernas, del pluriempleo y la inestabilidad institucional que venimos experimentando en los últimos años, preguntar siempre resulta necesario. Si bien en nuestro grupo participan compañeres de distintos efectores –de aquellos de los que no tenemos información directa, la información nos llega a través del Cuerpo de Delegades–, generar una convocatoria mediante una encuesta abre la posibilidad de registrar en tiempo real lo no conocido. La utilización de esta herramienta permite también acceder a la mirada de cada colegue de la política pública, de las condiciones de trabajo generadoras de desgaste profesional y de la afectación de la propia salud de los equipos de salud mental.

Por otra parte, retomando los relevamientos anteriores, es notorio el avance que pudimos realizar en términos de integralidad en la descripción y el análisis de la política pública y las condiciones de trabajo en salud mental en CABA. Y con este relevamiento nos propusimos seguir profundizando ese camino. **En este punto, se recomienda la lectura del relevamiento anterior, donde realizamos propuestas concretas para la política pública. Esos problemas no solo siguen estando, se han profundizado**.

En esta oportunidad, quisimos reperfilar la encuesta individual, despejando preguntas cuyas respuestas son similares a las que veníamos describiendo y analizando, para centrarnos en el **pluriempleo** y en la **salud laboral**, como aspectos a profundizar.[3] Sintetizando, la encuesta sigue siendo para nosotres una forma de no encapsularse en la conversación que mantenemos en el ámbito gremial. Damos lugar al desarrollo de otra herramienta, para que esta información llegue a nuestro espacio gremial, con el fin de comprender la forma que adquiere en la especificidad de un espacio laboral y también indagar sobre la manera en que les colegues interpretan sus condiciones de trabajo y de ejercicio profesional, aspecto que hace a la salud laboral y al desgaste profesional.

[3] También quisimos afinar la descripción de los problemas ya conocidos por los relevamientos anteriores en cada efector. Para esto armamos un instrumento de aplicación institucional que releva aspectos cuantitativos y descriptivos de los equipos de trabajo, de las condiciones laborales, de la adecuación a la LNSM y del trabajo en red. Se trata de un cuestionario que se pensó para completar a nivel de equipos de trabajo a través de les delegades. Por las dinámicas agotadoras del trabajo y la militancia gremial no pudo cumplimentarse para este relevamiento, pero nos queda un instrumento para trabajar en adelante.

Resultados

Perfil de encuestades

Hay alrededor de 600 trabajadores sociales desempeñándose en el subsistema público de salud de CABA. Respondieron la encuesta 120 de elles. La mayoría de les trabajadores que respondieron tiene entre 30 y 44 años (65,8 %) y son mujeres (95,8 % del total).

- **Inserción**

El espacio de inserción de les colegues que respondieron fue mayoritariamente Guardias (40 %) y Servicios Sociales Hospitalarios (37,5 %). En tercer lugar de representación se encuentran les colegues de los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC) (15 %). Le siguieron –con una o dos respuestas por cada categoría– colegues de los Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia (CEMAR), hogares, salas de internación por salud mental, área programática, talleres de rehabilitación, programas. Son, de todas formas, espacios de poca inserción en relación con los hospitales y CESAC.

- **Contratación**

La amplia mayoría de quienes respondieron son titulares de 30 horas en el marco de la Carrera Hospitalaria (85 %). Respondieron un 4,2 % de colegues que se encuentran realizando la residencia, un 4,2 % de colegues que son titulares de 40 horas en la Carrera Hospitalaria y un 6,7 % de colegues que desempeñan cargos de suplencia de guardia.

- **Antigüedad en el cargo**

De quienes respondieron, la mayoría –el 30,8 %– tiene una antigüedad en el cargo de entre cuatro y siete años, seguides de un 26,7 %, con una antigüedad de entre 12 y 15 años. El porcentaje siguiente de encuestades es de un 16,7 % con una antigüedad de 0 a tres años en el cargo En esta última categoría se incluyen les residentes y colegues de reciente ingreso a la Carrera Hospitalaria. Este dato da cuenta de una mirada amplia respecto a las preguntas formuladas, considerando la diversidad de trayectorias de quienes respondieron.

Pluriempleo

El 39 % tiene más de un empleo. Para este grupo de colegues, las mayores fuentes de empleo por fuera del subsistema público de salud de CABA son la docencia universitaria y la salud privada,

Nos interesa dejar planteadas algunas preguntas en relación con el pluriempleo, dado que en el cuestionario no se profundizó en ese tema por la necesidad de focalizar. ¿Cuántes de estes colegues con pluriempleo mantienen una economía única del hogar y cuántes una economía compartida? ¿Cuántes desarrollan tareas de cuidado y con qué soporte vincular cuentan para eso? En este documento hablaremos del desgaste profesional, pero también sabemos que la compatibilidad laboral, con las exigencias de los roles asociados al cuidado, es un aspecto a considerar en un colectivo altamente feminizado como el nuestro y que los contextos de crisis económica suman tensiones asociadas a la cobertura de las necesidades del grupo familiar.

Pero como ya mencionamos, al considerar el pluriempleo también nos interesa darle esa entidad a la segunda inserción profesional dentro del subsistema público de salud. Dicha inserción es siempre, y por definición, un empleo precario. Para les lectores que no pertenecen al subsistema público de salud de CABA es necesario explicar esto.

- **Espacio de inserción laboral secundario en el subsistema público de salud**

Son colegues cuyo principal ingreso es el del cargo que tienen en el marco de la Carrera Profesional (generalmente por 30 horas semanales de trabajo) y que suplementan ese ingreso con esta segunda inserción, pagada por fuera de la Carrera.

El empleo en el subsistema público de salud de CABA se rige por la Ley 471 de la Relación de Empleo Público y por la Ley 6035 de Profesionales de la Salud, La primera establece que les agentes solo pueden tener un cargo en relación de dependencia con el GCBA. Es importante mencionar que el acceso a dicho cargo dentro de la carrera profesional de salud puede ser bajo la figura de Titularidad de Planta / Titularidad de Guardia /Suplente de Guardia, a través del uso de lo que fuera la ficha municipal, actualmente número de CUIL. Asimismo, el GCBA convoca a profesionales a diversos dispositivos, cuya remuneración se realiza a través de lo que se denomina guardia de urgencia o guardias comunes. Estas últimas tienen un valor real del 25 % con relación con el valor de las guardias de urgencia.

De les 120 encuestades que respondieron, 47 refieren pluriempleo. Y de estes, solo 12 mencionaron una segunda inserción profesional en el subsistema público de salud de CABA: siete se desempeñan en el Programa de Atención Domiciliaria Interdisciplinaria (ADOP/ADOPI), une en residencia asistida de rehabilitación psicosocial y une reviste tareas en Abordaje a Personas con Trastorno Mental Severo en Situación de Calle (ASIC).

- **Antigüedad en el cargo**

La mayoría se desempeña en este segundo empleo en el subsistema público de salud de CABA hace más de tres años, mientras que cuatro colegues superan los diez años de antigüedad.

- **Situación contractual en la segunda inserción laboral**

  - ADOP-ADOPI: pagado con guardias comunes.
  - Residencia asistida de rehabilitación psicosocial: pagado con guardia del Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME)
  - ASIC: pagado con guardia SAME. Hay un solo cargo de planta permanente y otro guardia SAME.
  - Reemplazos de guardia: pagado con guardia SAME

En esta segunda "forma de contratación", quienes peores condiciones laborales traviesan son les colegues de ADOP-ADOPI, ya que **las horas aplanadas no remuneran licencia ordinaria ni por enfermedad, tampoco prevén la licencia profiláctica para prevención del stress**. Asimismo, **tampoco perciben Sueldo Anual Complementario (SAC)** por ese trabajo y por años **no entraron en paritarias**. Las condiciones precarias de contratación para este programa han llevado a un sostenido vaciamiento, generando una pérdida del 50 % de dotación de personal en los últimos tres años.

- **Reemplazos de guardia**

Llamamos reemplazo de guardia a las horas que les trabajadores con un cargo como titulares realizamos en las guardias hospitalarias por fuera de nuestra jornada habitual, con el objetivo de suplementar el salario. Lo que marca la diferencia con les suplentes de guardia es la estabilidad del cargo. La figura de reemplazo representa otra manera de ir armando un salario que se acerque a condiciones dignas. Sin embargo, se constituye a la vez en un recurso que invisibiliza el requerimiento de personal por falta de concursos y redunda en un ahorro presupuestario. Funciona como horas extras o extensión horaria, y es funcional a la precarización del sistema.

Los reemplazos de guardia se hacen en cualquier hospital, no necesariamente en el lugar de trabajo habitual. De modo que les trabajadoras sociales circulamos por los efectores en la búsqueda por suplementar el salario. Esta sería la característica que identifica otro cargo/empleo –no en horas extras– además de la periodicidad y sistematicidad con que se toman estos reemplazos. Lo que lo diferencia de esta caracterización es la falta de obligatoriedad. El reemplazo de guardia se hace "por elección" y "cuando une elige", no hay un encuadre formal de obligaciones de prestación de la fuerza de trabajo. Lo que sucede en la práctica es que la urgencia por mejorar el precario salario habitual genera que esa aparente elección se vuelva una necesidad.

¿Por qué aparece esta figura del reemplazo de guardia, si la Carrera Profesional establece que cada cargo de titularidad de guardia debe disponer de un cargo de suplente de guardia? Porque los cargos de suplencias no están concursados en su totalidad. En ocasiones les suplentes que dependen de otro empleo como vía principal de ingreso no cuentan con disponibilidad cuando les convocan. Nuevamente se identifica la iatrogenia del sistema en el marco de las condiciones laborales.

Condiciones laborales

- **Equipos de trabajo**

Las leyes 26657 y 448 prevén la existencia de equipos interdisciplinarios para el abordaje de problemáticas de salud mental, ya que resulta necesaria una determinada combinación de disciplinas para abordar la complejidad de las situaciones que se presentan. De modo tal que la existencia o inexistencia de estos equipos es una dimensión relevante para pensar las condiciones de trabajo.

En el relevamiento anterior, publicado en 2022 con los datos recogidos en 2021 y dando continuidad a lo elaborado en pandemia, se mencionaba la reconfiguración de tareas de los equipos de salud mental en el ámbito comunitario y en las guardias hospitalarias, en cuanto debían desarrollar funciones que no les competían ante el vaciamiento de las políticas públicas intersectoriales.[4]

Durante 2023 esas dificultades no solo no se revirtieron, sino que se profundizaron. En un contexto donde priman las propuestas reaccionarias y antiderechos, se consolida una perspectiva punitiva y residual de la política social, con fuerte eje represivo hacia una parte importante de la población que atendemos: las personas en situación de calle y les usuaries con consumo problemático de sustancias psicoactivas. Un ejemplo de esto es el protocolo de salud mental elaborado durante el corriente año para personas en situación de calle.[5] Lejos de contribuir a su atención, las reprime. Esto reestructura y deforma los objetivos en nuestros espacios laborales –alineados con el acompañamiento y garantía de derechos– ya que afecta la atención y las dinámicas institucionales. A esto debe sumarse que en CABA persiste la implementación de las agendas como política que se alinea con la reforma sanitaria. La instalación de las mismas refuerza mecanismos de regulación y burocratización del proceso de trabajo, centrado en la "productividad", en desmedro de la calidad de atención, de los procesos integrales e interdisciplinarios de trabajo y del desarrollo de dispositivos grupales de salud mental comunitaria.

[4] Las funciones de todos los equipos de los distintos efectores y programas se han reconfigurado, tal vez en diferente medida. Sí es un aspecto a destacar el incremento de la demanda y la complejización de la misma en igual medida para todos los espacios, impactando de maneras disimiles de acuerdo con las características de los espacios laborales.

[5] Protocolo de atención a personas en situación de calle, realizado por el GCBA durante el 2024. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/18aLZio0s6AcprEJhu5nGrenFYgQg2LXJ/view

● Falta de dotación

La amplia mayoría de las respuestas que obtuvimos a través del cuestionario implementado en 2023 refieren la incompletitud de los equipos de trabajo (62 %). Las guardias, los servicios sociales hospitalarios y los CESAC son espacios de inserción profesional donde aparece muy representada la incompletitud de los planteles profesionales, pero es de destacar que en los Programas, Talleres de Rehabilitación, Hogares y CEMAR, espacios donde hubo pocas respuestas,[6] la totalidad marcó la falta de plantel profesional en su equipo de trabajo.

Las especialidades que se mencionan mayoritariamente como faltantes en los equipos son: Trabajo Social (26,3 %), Psiquiatría de adultes (20 %), Psiquiatría infanto-juvenil (9,4 %), Psicología (9,4 %) y Terapia Ocupacional (7,4 %). Les colegues señalaron la falta de varias profesiones en sus equipos: medicina general, antropología, enfermería, epidemiología, hebiatría, musicoterapia, fonoaudiología, obstetricia, psicología infantil, ginecología, entre otras.

Es relevante mencionar que la composición de las dotaciones (equipos de trabajo inter y multidisciplinarios) de los equipos de los distintos efectores se percibe en la actualidad como insuficiente. Las estructuras formales designadas por el GCBA dan cuenta de equipos que requieren ser ampliados, tanto en cuanto a la cobertura de los cargos existentes y previstos como a la incorporación de nuevas disciplinas al equipo de salud. El abordaje de la salud integral es un desafío y se necesitan estructuras acordes a las problemáticas que se atienden en el sistema.

También se identificó la necesidad de cubrir mediante concursos las suplencias de guardia para todas las especialidades. Si los planteles no están completos, se trabaja mal: hay sobrecarga, se carece de una parte del equipo que es necesaria para abarcar todos los aspectos de la atención, se hacen adaptaciones que se sostienen por un tiempo como soluciones provisorias. Como consecuencia, se producen renuncias o licencias reiteradas, etc. Esto afecta la calidad de la respuesta sanitaria que las instituciones de las que formamos parte pueden dar a la población.

Las suplencias de guardia son utilizadas para completar los equipos de trabajo de las guardias hospitalarias por tiempos prolongados en lugar de concursar titularidades. Se habilita la coexistencia de profesionales con iguales responsabilidades, pero en desigualdad contractual. Esta situación fomenta el desgaste, el desánimo, la búsqueda de otros espacios laborales y el consecuente desgranamiento de los equipos de trabajo por la renuncia paulatina de les trabajadores. Asimismo, atenta contra la conformación de equipos de trabajo sólidos y estables, capaces de crear, acordar y consolidar criterios de trabajo previsibles, al tiempo que deteriora el clima de trabajo cotidiano. Los cargos vacantes quedan sin cobertura debido a, entre otros motivos, la no realización de concursos; la pérdida de cargos o partidas presupuestarias; las vacancias de cargos por renuncias o falta de aspirantes debidas a las condiciones salariales y de trabajo y la existencia de profesionales con licencias de salud prolongadas sin reemplazo.[7]

---

[6] La información obtenida a través de la encuesta fue suplementada por el conocimiento de primera mano que tenemos les integrantes del Grupo de Salud Mental de algunos dispositivos y por relevamientos específicos de otros. De todas maneras, en esos espacios la inserción profesional es mucho menor en cantidad que en CESAC y hospitales.

[7] En la anterior Carrera Profesional existía, para las licencias prolongadas de personal de servicios hospitalarios y CESAC (que, a diferencia de la Guardia, no cuentan con el cargo de "suplente"), la figura de "reemplazo". Esta se eliminó en la nueva Carrera (Ley 6035) y el cargo queda vacante durante toda la licencia, recargando el trabajo del resto del equipo.

Esto revela el rumbo productivista,[8] reduccionista y residual que persigue la reforma sanitaria en CABA, en un marco nacional de instauración de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud (CUS) – ordenamiento del sistema de salud a partir de seguros. Así como se piensa a la población que es objeto de la política sanitaria en términos residuales, se apela a construir trabajadores de la salud que adecuen su ejercicio profesional a prácticas que respondan a criterios de medición cuantitativa y de eficiencia. Los aspectos comunitarios, promocionales, interdisciplinarios y de articulación intersectorial no entran en consideración. La interdisciplina, por ejemplo, puede devenir mera interconsulta o la reducción burocrática al cumplimiento de "dos sellos" en una evolución en la historia clínica o en un informe.

Los resultados obtenidos arrojan que el 32 % de los equipos se encuentran incompletos desde hace menos de un año; el 40 % desde hace entre dos y cinco años y el 24 % desde hace más de seis años. Con estos guarismos, es notoria la afectación en los procesos de trabajo y la calidad de atención. Recordamos, para contextualizar, que el 62 % de les colegues que respondieron a la encuesta confirmaron que sus equipos de trabajo no tienen los planteles completos. Es un porcentaje elevado para los procesos de trabajo en salud, que son dependientes de mano de obra intensiva y que requieren por definición de abordaje interdisciplinario.

Otro frente específico se presenta en relación con la apertura de camas de internación por salud mental en algunos hospitales generales sin la correspondiente dotación de trabajadores para su adecuado funcionamiento. Sin pretender simplificar un fenómeno que entendemos tiene múltiples aristas, creemos que en parte se debe a una resistencia a hacer lugar a la internación por salud mental en hospitales generales, tal como está previsto en la ley.

En este punto, como GTSM, nos interesa reafirmar que el trabajo social debe incluirse en los equipos de internación de salud mental, como lo determina la LNSM. Dicha inclusión fortalece los equipos interdisciplinarios y la especificidad del trabajo social en el campo de la salud mental. Son tareas que por ningún motivo debieran ser asumidas por colegues de guardia, ni en la modalidad de interconsulta.

- **Reclamos**

La mitad de les colegues refieren que han solicitado cobertura de los cargos de maneras muy dispares, pero no han obtenido respuesta –al menos hasta el momento de completar la encuesta. Por lo general, se trata de gestiones formales ante jefaturas: jefatura directa, jefatura de departamento, dirección del hospital, jefatura de CESAC, Recursos Humanos del Hospital. También se incluye a otres actores de la política pública sanitaria, como la Dirección General de Salud Mental de CABA (DGSAM), Órgano de Revisión de Salud Mental (ORN), Subgerencia de Adicciones, Subsecretaría de Atención Primaria.

Los resultados de las gestiones son mayoritariamente negativos, aun si se cuenta con el apoyo de la jefatura del dispositivo. En estos casos, la sensación que produce la lectura de las respuestas es la de "frontón": negativas rotundas sin argumentos siquiera. En otros casos,

[8] Este objetivo acarrea precisamente lo contrario. Al no ofrecer respuestas acordes a las necesidades de les usuaries, se producen reinternaciones constantes que podrían evitarse. Lo que debería funcionar como "último recurso", muchas veces representa el único recurso por no existir instancias previas de abordaje integral. En el caso de las guardias, además de atender urgencias, funcionan como un "anexo" de los consultorios externos, ya que sostienen la atención prolongada de usuaries que se encuentran estables y compensados, pero sin acceso a turnos para realizar tratamiento ambulatorio.

se lograron avances, parciales o totales, según la cantidad de cargos que involucra el reclamo. Un avance parcial, es por ejemplo, la cobertura de un cargo, pero no con un concurso de ingreso a la Carrera Profesional para el efector, sino con un cargo compartido por más de un dispositivo o efector, o incluso con la extensión de horas mediante el pago de suplencias de guardias de urgencia o comunes, según el arreglo que puedan acordar les trabajadores.

- **Dotación de trabajadores sociales**

Un 75 % de les encuestades –51 dispositivos o servicios– considera que el lugar de trabajo donde se desempeña requiere que se amplíe la dotación de trabajadores sociales para poder abarcar la totalidad de la demanda de trabajo. De las respuestas se desprenden situaciones de sobrecarga laboral y la necesidad de cuidarse del desgaste por condiciones de trabajo. La aparición creciente de situaciones problemáticas que se atienden en las instituciones donde nos insertamos requiere profundizar los vínculos entre equipos para construir abordajes interdisciplinarios que promuevan procesos de intervención acordes a la complejidad.

Otro emergente es el desmedido incremento de la demanda a los dispositivos de guardia hospitalaria, no solamente por la precarización de las condiciones de vida de la población, sino también por la falta de otros dispositivos a los cuales realizar derivaciones. Esto genera que un mismo equipo deba abordar, en una jornada laboral, múltiples situaciones simultáneas que revisten el mismo grado de urgencia en la atención e implican varias horas de trabajo entre entrevistas, evaluación de estrategias y gestiones. En el marco de lo ya denunciado en los relevamientos anteriores sobre el uso de la guardia hospitalaria como espacio de "techo sanitario" para la recepción de situaciones provenientes de Justicia, de comisarías, de la vía pública, de las escuelas, y muchas veces demoradas en su resolución por falta de respuesta intersectorial, DGSAM comenzó a implementar desde los últimos meses de 2023 la presencia de un "segundo equipo" en algunos hospitales generales (Hospitales Álvarez y Piñero Equipo 12:00 h de 8:00 a 20:00 h).

La implementación de los segundos equipos de guardia fue una demanda que recogió el relevamiento realizado y que se ejecutó antes de la confección de este documento. Por el momento estos equipos no se encuentran en todos los efectores y la cobertura se realiza mediante el modo precario de reemplazo de guardia. Tampoco están institucionalizados, de modo que su permanencia no está garantizada; de hecho, a mediados de 2024 se retiraron la mayoría de estos cargos ofrecidos como "refuerzos de guardia". Entendemos que las guardias hospitalarias resultan funcionales a la estrategia del gobierno porteño, dado que concentran la atención de múltiples situaciones; aunque para algunas funcionan como puerta giratoria, es decir, se resuelve la urgencia, pero no se sostiene la atención posterior por falta de dispositivos de atención ambulatoria como consultorios externos de salud mental, dispositivos habitacionales, espacios para el abordaje de los consumos problemáticos. A esto se suma la falta de camas de internación en algunos hospitales generales y las demoras en la derivación a monovalentes. Consecuentemente, algunas internaciones se

resuelven de manera insuficiente e inadecuadamente en la guardia y, como no se realizan seguimientos posteriores, la persona vuelve a concurrir al tiempo en situación de urgencia, como única puerta de entrada –y de salida– al sistema de salud.

- **Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo**

En 113 de 120 respuestas se manifestaron insuficiencias de los recursos materiales indispensables para llevar a cabo el trabajo cotidiano. En el desglose, las carencias más mencionadas son el acceso a las historias clínicas, sean electrónicas o físicas; a sistemas informáticos y cuentas de mail oficiales; a consultorios; a espacios de atención y sillas; a computadoras, impresoras, teléfonos, wifi y artículos de librería. También se mencionaron elementos que hacen al confort y la seguridad en el trabajo: elementos de higiene, alimentos y refrigerios; calefacción/refrigeración del ambiente; ropa de cama en las guardias; espacio para el guardado de los objetos personales.

- **Inadecuación edilicia del lugar de trabajo**

La mayoría de les colegues considera que las **condiciones edilicias** de su lugar de trabajo no son las adecuadas y necesarias para el desarrollo de la tarea. Se reiteran en las respuestas las deficiencias en relación con los **espacios de atención**, ya sea por ausencia o por deterioro; la falta de privacidad; la inadecuación en términos de higiene y seguridad. También se señala enfáticamente la **falta de espacios de reunión** para el desarrollo de la tarea y la falta o deterioro de espacios de descanso.

Esto se agudiza en el caso de los “segundos espacios de inserción laboral”, programas o dispositivos sin estructura funcional, muy precarios en todos los sentidos. Si no contamos mínimamente con espacios de atención adecuados ni con elementos de trabajo fundamentales para vehiculizar gestiones, por ejemplo, fotocopiadora, teléfono, impresora, recargamos la tarea propia con la gestión de condiciones básicas que deberían encontrarse garantizadas. Nos interesa no naturalizar el hecho de tener que desempeñar nuestra tarea en estas condiciones; por la dignidad de las personas que atendemos, por nuestra salud integral y por la responsabilidad del Estado en la garantía de derechos, que finalmente mediamos sus trabajadores.

Salud laboral

- **Sobrecarga**

En este relevamiento retomamos lo informado en los dos relevamientos anteriores; se trata, entonces, de una actualización del análisis de la información obtenida.

El 91 % de las personas encuestadas afirmaron haberse sentido sobrecargadas durante sus tareas laborales en el último año. Las preguntas sobre los motivos de la sobrecarga laboral

ofrecían la posibilidad de brindar respuestas múltiples y de sumar otras no contempladas. El total de respuestas ascendió a 570, que se agruparon en las siguientes categorías:

- **A** - Vinculadas a la fragmentación y ausencia de organización del sistema formal de atención desde una perspectiva integral, cualitativa y con enfoque de APS (el 57 % de las respuestas).

Dentro de este grupo se mencionan: la **falta de redes formales efectivas de articulación y derivación; la ausencia de respuesta a pedidos de intervención de otras dependencias y las dificultades para acceder a la atención en otros efectores ya que los hospitales generales no cuentan con camas para internación por salud mental, como se determina en la LNSM**. Tampoco se retomaron los proyectos de "refuncionalización" de los hospitales monovalentes impulsados antes de la pandemia

Los tres primeros puntos implican que les trabajadores se ven obligades a implementar estrategias artesanales, apelando a las redes informales generadas a partir de la práctica cotidiana y de espacios de encuentro disciplinares. Esta situación ya se evidenció en relevamientos anteriores, es decir que, a pesar de algún intento de formalizar mecanismos de derivación, aún no resultan efectivos para responder a las necesidades de les usuaries. A partir del análisis que realizamos de la dependencia en materia de salud mental de CABA –la DGSAM–, nos preguntamos si efectivamente hay voluntad política de avanzar en la constitución de redes de derivación. El actual desempeño de dicha red indica que se constituye como un medio de asignación de camas. Si bien establecen algún tipo de priorización con relación a les usuaries que necesitan del recurso de la internación, no se observa que se establezca alguna medida o acción en términos de política pública desde la DGSAM teniendo en cuenta la información con la que cuenta (cantidad y condiciones de personas con criterio de internación de CABA). Esto podría generar automáticamente que esas personas deberán contar con dispositivos y estrategias al momento de su egreso, tanto en el ámbito individual, así como grupal, familiar y comunitario. Se vuelve a evidenciar la falta de políticas intersectoriales.

Por otra parte, la dificultad de acceso a la atención en algunos servicios genera sobrecarga en otros, tales como las guardias o servicios de atención por demanda espontánea. En el relevamiento anterior, se asoció esta situación a la pospandemia, durante la cual la población acudió masivamente a los servicios de salud, y los servicios de guardia. En particular, los servicios de guardia debieron realizar seguimientos de situaciones que se encontraban a la espera de atención ambulatoria. En la actualidad este fenómeno ya no podría explicarse por una situación emergente. Se trata, en cambio, de un déficit estructural del sistema; se vuelve a poner en evidencia la ausencia de un plan de salud mental para CABA focalizado en las necesidades de la población.

En la misma línea, la falta de adecuación de algunos hospitales generales que no cuentan con camas de internación por salud mental[9] implica mayor permanencia de les usuaries en

[9] Los hospitales generales que cuentan con sala de salud mental son: Durand (8 camas para feminidades); Álvarez (18 camas, para masculinidades); Rivadavia (9 camas para masculinidades); Piñero (10 camas para feminidades y 10 camas para masculinidades); Pirovano (8 camas); Tornú (10 camas para masculinidades). En el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez y Hospital General de Niños Pedro de Elizalde hay internación por salud mental pero en diferentes servicios; no cuentan con sala específica.

el dispositivo de guardia en condiciones de internación inadecuadas.[10] Los equipos interdisciplinarios de guardia, por lo tanto, deben hacerse cargo del seguimiento de estas situaciones. De esta manera, se modifica la naturaleza del trabajo de atención en la urgencia –que tiene, de por sí, características desgastantes por la gravedad y complejidad de las situaciones que se presentan– y se aumenta así la sobrecarga en las tareas.

Las respuestas referidas a la **falta de autonomía en el manejo de la agenda de atención** como factor que contribuye al desgaste laboral requieren un análisis aparte. En el marco de la "modernización" de la gestión en salud, el GCBA ha venido implementando medidas de organización centralizada, como la implementación de la asignación de turnos únicamente desde la línea 147 y la construcción centralizada de la agenda de turnos de cada profesional en su horario de trabajo de manera estandarizada. Esta medida, en cuyo diseño no participaron les trabajadores de la salud, responde a criterios cuantitativos de atención de la salud, ya que considera que la misma se recorta a una consulta individual, monodisciplinar, con un tiempo estandarizado y en un consultorio. No contempla cualitativamente los diferentes abordajes de la salud, como las acciones comunitarias, jornadas de actividades integrales de promoción de la salud, espacios grupales, jornadas de capacitación o divulgación tanto para el personal de salud como para población usuaria, entre otros, o, por ejemplo, la participación profesional en espacios institucionales que no están vinculados con la tarea asistencial de manera directa, tales como los comités hospitalarios (de prevención de las violencias, bioética, crisis, etc.), las reuniones de equipo, espacios de supervisión o reflexión sobre la práctica.

La asignación de turnos desde el 147, especialmente en el área de APS, resulta en una enorme sobrecarga laboral: les profesionales deben dar respuesta a lo programado centralmente y a la demanda espontánea, además de realizar en el acotado tiempo restante el resto de actividades descritas en el párrafo anterior. La forma de registro estadístico de estas prestaciones no individuales también implica mayor sobrecarga de tareas, ya que en una instancia grupal se debe registrar a cada une de les participantes de manera individual, lo cual tampoco contempla estas otras modalidades de atención de la salud que generan mayor impacto positivo que la atención individual.

La agenda tampoco tiene en cuenta los criterios de urgencia para acceder a una atención programada que tienda a reducir –en consonancia con la LNSM– las internaciones o reinternaciones, por ejemplo **la continuidad de tratamiento ambulatorio para personas recientemente dadas de alta de una internación por salud mental, o la asignación rápida de un turno de atención a personas que acudieron a un servicio de urgencia** desde el cual se haya detectado que requieren de tratamiento ambulatorio en el corto plazo.

Desde el punto de vista de les usuaries del sistema de salud, la asignación de turnos por una línea telefónica dificulta el acceso para aquellos que no cuentan con el medio para contactarse, impide la atención cercana a su domicilio –se asigna turno en el primer efector que

[10] Entendemos que una internación en un box de guardia no es estrictamente una internación: el ambiente de la Guardia de Urgencias no respeta intimidad ni horarios de descanso; suele haber ruidos que dificultan el descanso y que promueven tensiones. En ocasiones, las condiciones edilicias de la Guardia también son un problema porque no tienen en cuenta la comodidad y la seguridad de les pacientes que requieren internación por salud mental. La permanencia, además, les expone a la circulación de virus hospitalarios. Asimismo, el abordaje se realiza con un equipo diferente cada día, no con un equipo único, y el encuadre propio de la Guardia no permite desarrollar las intervenciones con el paciente y con su red que se esperan de un dispositivo de internación.

tenga disponibilidad– e impide elegir el lugar de atención y el profesional. El resultado es una sobrecarga de trabajo de los equipos de guardia, ya que, en la práctica, las personas terminan canalizando su necesidad de tratamiento mediante consultas por guardia, y los equipos deben sostener seguimientos de personas que no acceden a la atención que necesitan.

Para les profesionales, la asignación de turnos dificulta el armado de estrategias para situaciones complejas que exigen continuidad de cuidados a nivel territorial e interdisciplinar: las personas consultan en diferentes efectores, según el turno que les fue asignado para cada especialidad, que aparece donde hay disponibilidad y no por variables de accesibilidad. De esta manera no hay viabilidad de estrategias territoriales e interdisciplinarias. Les profesionales tampoco cuentan con turnos disponibles de frecuencia semanal para asignar a les pacientes que tienen en seguimiento.

- **B** - Vinculadas a la dotación de recurso humano (27 % de las respuestas)

En este apartado se mencionan como factores que aumentan el desgaste laboral **la falta de reemplazos para las licencias prolongadas; la dificultad en el acceso a licencias; la falta de cargos de suplentes y de personal administrativo y de completitud del equipo de trabajo en general**.

En el año 2018 se modificó la Ley 6035 de Profesionales de la Salud del GCBA: se eliminó la figura de personal reemplazante para la cobertura de puestos cuyo titular se encuentra de licencia prolongada en los cargos de planta de servicios hospitalarios, CESAC y CEMAR. De manera que, ante un panorama pospandemia de renuncias y licencias prolongadas por desgaste, falta de reconocimiento, bajos salarios y condiciones laborales cada vez más precarias, les trabajadores dejamos de contar con una figura que permitiría morigerar la sobrecarga laboral. Es evidente que el GCBA pretende achicar la planta de trabajadores y se encuentra, desde hace varias administraciones, desplegando mecanismos con ese fin.

En relación con la guardia, se mencionó, como en los relevamientos anteriores, la falta de nombramientos de profesionales suplentes. Si bien en algunos hospitales se implementó la presencia de un segundo equipo de refuerzo para determinados horarios, dicha decisión no abarcó en igual medida todos los efectores. Lo mismo vale para el nombramiento de suplentes. Asimismo, uno de los datos obtenidos en el relevamiento anterior se refería a la necesidad de llevar a cabo tareas administrativas indispensables para viabilizar algunas intervenciones profesionales (tales como remitir informes de evaluaciones, recibir documentos o solicitudes, registrar los movimientos de documentación, etc.). Se puso así en evidencia la ausencia de personal para esas tareas específicas. En todos los casos, la falta de algún recurso humano impacta indefectiblemente en la sobrecarga de trabajo de les trabajadores. Se puede deducir también que las decisiones políticas estructurales que se toman son de tinte regresivo, ya que no abogan por mejorar las condiciones de trabajo ni de atención de la población.

- **C**- Vinculadas al aumento de las problemáticas de salud mental en la población

De un total de 120 profesionales encuestades, 85 (el 70 %) señalaron el aumento de la demanda de atención de problemáticas de salud mental como un factor que aumenta el desgaste laboral en un contexto en el cual las políticas de salud tienden al ajuste y al recorte de recursos. Se pone en evidencia que la política de salud del GCBA no se planifica en función de un diagnóstico que se adecue a las necesidades de la población, cuya demanda desborda ampliamente la capacidad de respuesta de los dispositivos precarizados existentes. Las consecuencias de dicha política repercuten en el aumento del malestar del personal de salud e impactan negativamente en su salud física y mental.

- **D**- Vinculadas a situaciones de hostigamiento, maltrato u otros tipos de violencias

● Maltrato y hostigamiento

La pregunta: "¿En el último año vivieron alguna situación de maltrato o violencia en el espacio laboral?" fue respondida afirmativamente por el 38 % de les colegues encuestades. La pregunta acerca de quiénes ejercieron violencia fue de opción múltiple, con los siguientes resultados:

- usuaries (24 %)
- familiares de usuaries (22 %)
- jefaturas (preponderantemente de otras disciplinas) o personal de rango superior (22 %)
- compañeres de trabajo (14 %)
- personal de otros dispositivos o efectores (10 %)

Es llamativo que, en la pregunta analizada en el apartado anterior, solo tres profesionales mencionaron haber sufrido situaciones de violencia o maltrato como un factor generador de desgaste laboral. Esto nos dice que dicho factor se invisibiliza y no se problematiza, a menos que se facilite un espacio para expresarlo. Mucho se ha escrito sobre el modelo de gestión de las instituciones de salud: verticalista, con el modelo militar de mando-obediencia; jerárquico, con predominio del saber médico; patriarcal, con invisibilización de la desigualdad de género en su ordenamiento. Se trata de violencias estructurales que tienen anclajes en las relaciones sociales, por eso se naturalizan y resulta difícil percibirlas. Y cuando eso es posible, resulta difícil resolverlas en virtud de las estructuras de poder que las sostienen.

El desarrollo de las luchas feministas y de las profesiones humanísticas en el ámbito sanitario fue construyendo instancias de democratización de los vínculos personales y laborales. Son el texto y el contexto de nuestras prácticas profesionales y gremiales. Vienen permeando, desde hace más de una década, cada vez con mayor profundidad, los espacios de residencias, las asambleas autoconvocadas, las instancias sindicales, las redes comunitarias y territoriales, los equipos de trabajo. No sin contradicciones ni conflictos, evidentemente. Pero la legitimidad de los procesos societales más amplios tiene su impacto a nivel de las instituciones en las que trabajamos. Así también, en este momento, la legitimidad que otorgan

quienes gobiernan a la brutalidad, la crueldad y la misoginia corre el límite a las violencias en nuestros lugares de trabajo. Esta legitimidad es simbólica pero también material, mediante el desmantelamiento de los sectores de la política pública asociados al cuidado y a la promoción y defensa de derechos, especialmente de las mujeres y disidencias sexuales.

Frente a violencias estructurales, una forma de abordaje, si bien parcial e inicial, es colectivizar los conflictos, sacarlos del ámbito de lo "personal", de lo "privado". Ante la dificultad, entre otras, que plantea el hecho de requerir del compromiso individual de la persona denunciante –por la exposición pública que conlleva, no siempre posible de sostener, porque involucra también a les "testigues"– optamos por estrategias colectivas como campañas de fotos, cartelería, la convocatoria activa y pública a llevar estos conflictos al sindicato, en un claro mensaje de que hay un lugar donde acudir y de que no estamos soles. Se trató de un mensaje de apoyo a quienes sufren situaciones de violencia, pero también de advertencia a quienes las perpetran, de que hay un colectivo con una mirada atenta, acotando las posibilidades de impunidad.

Es también importante resaltar la necesidad de dinamizar los espacios institucionales de tratamiento y acompañamiento de las violencias, como los Comités de Violencia hospitalarios, que –cuando existen– suelen estar burocratizados.

En este marco que venimos construyendo leemos los guarismos que arrojó la encuesta respecto a la cantidad de colegues que padecen violencia en el trabajo. Que el 50 % de les agresores provengan del ámbito de las propias instituciones de salud y que el 22 % de estos sea personal de mayor jerarquía permite también comprender las violencias como fenómenos estructurales que se expresan en los vínculos interpersonales, que constituyen clivajes de poder en los espacios en los que participamos. Por lo tanto, sin querer naturalizarlas, comprendemos que las condiciones para su emergencia están siempre presentes y requieren una mirada entrenada para ser percibidas, así como para trabajar en su prevención.

Una vez percibidas, no resulta sencillo –como venimos sosteniendo– su abordaje institucional. Así, de les 45 colegues que refirieron haber sufrido violencia o maltrato en el último año, solo 13 llegaron a realizar alguna denuncia o a canalizar la situación de algún modo.

La pregunta sobre las estrategias para abordar las situaciones y sus resultados arrojó respuestas muy diferentes: desde presentar notas a distintas instancias (jefaturas, ministerio, gremio), pasando por abordaje colectivo o grupal (reuniones de equipo, charlas con compañeres de trabajo, supervisiones) hasta el abordaje individual y por fuera del ámbito institucional (terapia personal). Las respuestas que identifican resultados son escasas, y solo una reporta un resultado positivo. Un tipo de respuesta fue proponer el desarrollo de capacitaciones en el marco de la Ley Micaela para el personal jerárquico. Dicha medida ya debería haberse implementado en virtud de la obligatoriedad de la formación con perspectiva de género en el ámbito público. Se evidencian así las resistencias a establecer modelos institucionales más democráticos y justos.

Una vez más debemos concluir que no hay políticas públicas dirigidas a abordar una problemática que atraviesa todo el tejido social y que tiene un fuerte impacto en la salud de la población y en las condiciones laborales de las mujeres y los colectivos feminizados que se desempeñan en el ámbito de la salud.

Desde la APSS, además de las campañas colectivas ya mencionadas y de los acompañamientos individuales que solicitan les colegues, se trabaja la problemática en el espacio de reuniones de delegades, que es un ámbito intermedio de socialización de conflictos, sostén, construcción de estrategias y solidaridades. También se abordó en una asamblea de afiliades, a partir de un conflicto puntual que requirió medidas colectivas y articulación con otras instituciones del colectivo profesional.

Una de las estrategias sugeridas es la elaboración de un protocolo para el abordaje de las situaciones de violencia machista en los espacios de trabajo. Es un instrumento de carácter participativo; se intentó trabajarlo en forma conjunta con las autoridades ministeriales, pero no hubo respuesta. Por ese motivo se ha avanzado desde hace varios meses en una construcción autogestiva, mediante encuentros en los que se trabaja en torno a la fundamentación, las características, el ámbito de aplicación, las personas a las que está dirigido y las que abarcará, quiénes deberían implementarlo y con qué encuadre teórico, etc. En este momento, para superar la dificultad de articulación con las instancias institucionales de decisión en la materia y la aplicación formal del protocolo, se está construyendo una guía de sugerencias para el abordaje de estas situaciones en los espacios de trabajo, que sirva a modo de legitimación de intervenciones en el ámbito institucional.[11]

- **Espacios de reflexión sobre la tarea**

De un total de 120 colegues, 52 respondieron que en su lugar de trabajo no hay espacios de supervisión o reflexión sobre la tarea. Solo diez de quienes respondieron positivamente reportaron la existencia de espacios organizados desde la institución; en el resto existen gracias a la autogestión de les propies trabajadores.

Les colegues mencionan como espacios de reflexión sobre la tarea reuniones de equipo, espacios de supervisión –individual y grupal–, ateneos, cursos internos.

Mencionan también las comunicaciones informales en los tiempos disponibles en la jornada laboral, intercambios en chats de whatsapp. Se trata de estrategias que ayudan a contar con un soporte en lo cotidiano, pero que no aportan profundidad ni sistematicidad y se enmarcan en la dinámica vertiginosa del trabajo. La demanda asistencial aparece como un obstáculo para el desarrollo de espacios de reflexión en el marco de la jornada laboral.

Hay colegues que tienen la posibilidad de trabajar en red con trabajadores sociales de otros hospitales y mantienen reuniones de reflexión sobre la tarea.

Finalmente, algunes colegues destacan los espacios asamblearios de carácter gremial como una instancia donde desarrollan reflexiones sobre la tarea junto con trabajadores de

[11] https://tr.ee/BdhgcUkoRZ/Protocolo APSS

otras profesiones.

Consideramos que la existencia de espacios autogestivos de reflexión sobre la práctica es indicio de su necesidad (les trabajadores organizan los equipos porque son necesarios para sostener una tarea cuya naturaleza por definición lo requiere). Por otro lado, revela también la falta de apoyatura institucional y las condiciones de abandono en las que se trabaja ("abandono" en términos tanto materiales como psíquicos). Afirmamos, entonces, que no solo el trabajo debe afrontarse "en soledad", sino también la resolución de las afectaciones psicofísicas que genera.

- **Formación continua**

El 98 % de les colegues encuestades participan de más de un espacio de capacitación.

Se realizó una pregunta de opción múltiple sobre el tipo de espacio de capacitación en el que participan. Al respecto, si tenemos en cuenta el costo de la capacitación, el 75 % de les que realizan capacitación la abordan en espacios gratuitos, independientemente de la instancia organizativa. Esto nos habla de las limitaciones que puede haber para realizar capacitaciones que requieren del costeo por parte del propio trabajador, considerando la enorme caída del salario profesional en los últimos años.[12]

La mayoría de las respuestas (el 39 %) señaló que les profesionales participan de espacios de capacitación externos y gratuitos. En segundo lugar de relevancia aparecen los espacios externos pagos. Solo el 25 % de las respuestas menciona instancias de capacitación organizadas desde el mismo sistema de salud, es decir, desde la institución o desde alguna instancia de gobierno. Se deduce entonces que la oferta que el Ministerio de Salud brinda formalmente es escasa para nuestra profesión.

Del análisis de estos datos surge que no hay una política pública de Educación Permanente en Salud (EPS) impulsada por el GCBA, fundamental para el desarrollo profesional y personal de los trabajadores de la salud. La EPS se centra en adquirir conocimientos teóricos y prácticos, fortaleciendo la capacidad de respuesta ante los cambios y mejorando el desempeño de la institución.

Sin embargo, debemos señalar que una de las fortalezas de este colectivo profesional es la constante búsqueda y gestión de sus propios espacios de capacitación desde una mirada crítica.

[12] Véase el "Estudio de evolución salarial" confeccionado por la Comisión Directiva de la APSS en marzo de este año.

Salud comunitaria: La intervención en dispositivos intersectoriales y equipos territoriales

Las leyes 26.657 y 448 destacan la construcción de una serie de dispositivos alineados al abordaje de la salud mental de manera comunitaria. Dichos dispositivos incluyen equipos territoriales de atención domiciliaria, emprendimientos sociales, residencias asistidas. La DGSAM es quien los nuclea en el ámbito de CABA. Lo relevado en este trabajo parte de información de colegues que han articulado con esos espacios o los integran. La información que circula de manera oficial en el GCBA no aclara en medida suficiente los circuitos de acceso ni ofrece datos ampliatorios acerca de su funcionamiento. Sí podemos dar cuenta de que estos dispositivos son escasos, el acceso es difícil; la derivación es imposible porque los cupos siempre están completos y los circuitos para llevar adelante la incorporación de personas son engorrosos.

Podemos inferir que existe una decisión política de no dar relevancia a estos dispositivos: el trabajo en salud mental se sigue ubicando desde una mirada hospitalocéntrica. La inexistencia de un plan de salud mental en CABA revela la falta de planeamiento para destinar parte del presupuesto a la implementación correcta de la ley.

A continuación, enumeramos algunos de los dispositivos de abordaje territorial y comunitario.

1. Dispositivos convivenciales

Residencias Asistidas de Rehabilitación Psicosocial.

- Nueva Pompeya (niñeces y adolescencias de 12 a 18 años)
- Avellaneda (niñeces y adolescencias de 12 a 18 años)
- Residencia Protegida Gorriti (Adultos de 18 a 65 años)
- Residencia Protegida Warnes (Adultos de 18 a 65 años)
- Residencia Protegida Pedro Goyena (Materno – infantil /Madres con Trastorno Mental severo y sus hijos en primera infancia)
- Residencia de Rehabilitación Psicosocial Álvarez Thomas (Adultos de 18 a 65 años)
- Residencia Amanecer (ubicada en el Hogar Martín Rodríguez, en la Provincia de Buenos Aires). Mujeres mayores de 60 años con patologías psiquiátricas, en general ex pacientes del Hospital Moyano. Cuenta con 27 camas.

Las Residencias están destinadas a personas que presentan padecimiento de salud mental severo y han cursado internaciones por salud mental. Las residencias de adultos en su totalidad tienen un número aproximado de 45 camas. La residencia destinada a madres con hijes cuenta con espacio para tres grupos familiares, y en las residencias para niñes y adolescentes hay aproximadamente entre 15 y 20 vacantes. Las plazas actuales para externar pacientes acordes a sus necesidades resultan insuficientes respecto de la demanda existente en salas de internación.

Departamentos asistidos

Existe un departamento asistido ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, que cuenta con cuatro plazas. Se constituye como una vivienda con menor necesidad de apoyo que las residencias asistidas y el mecanismo previsto es que las usuaries pasen de la residencia a un dispositivo de estas características. El objetivo es que les usuaries vivan autónomamente, con requerimiento mínimo de asistencia. Quienes residen allí no costean el valor de un alquiler y se les brindan elementos de limpieza. Luego de un periodo prolongado sin coordinación, desde el año 2024 cuenta con dos profesionales que realizan esta tarea.

En la DGSAM no hay dispositivos de Hogar Permanente. Sí articula con el Programa Federal Incluir Salud, que brinda cobertura médico-asistencial a todas aquellas personas titulares de pensiones nacionales no contributivas. Tampoco cuenta con dispositivos ni algún tipo de política que acompañe los egresos con menor requerimiento de apoyo posterior a la Residencia Asistida. La política vigente es la existente para cualquier persona residente en CABA: el subsidio habitacional que, desde abril de 2022, inició una política de reducción de beneficiarios.[13]

2. Dispositivos de inclusión sociolaboral

Emprendimientos Sociales

Algunos están ubicados en los hospitales monovalentes, otro en el Centro de Salud Mental nro 1 y otro funciona en el barrio de Flores. Este último dispositivo anunció en el mes de julio del 2023 la falta de pago por parte de la DGSAM del alquiler del lugar donde desarrollan las actividades. De este modo se puso en riesgo la posibilidad de sostener la locación, donde se llevan adelante emprendimientos de huerta y cocina. Estos espacios están coordinados por profesionales y, si bien permiten la rehabilitación psicosocial desde el enfoque ocupacional, no revisten una ganancia real para la subsistencia de quienes lo integran: la inserción sociolaboral real sigue siendo un problema para las personas usuarias del sistema de salud mental.

Empleo con Apoyo

Programa destinado al acompañamiento de búsquedas sociolaborales, armado de Curriculum Vitae, etc. Este programa está integrado únicamente por una persona. Al momento de redacción de este relevamiento se desconoce su funcionamiento.

3. Actividades Recreativas

Polo de Inclusión Warnes. Según la web del GCBA, incluye

- Talleres de prevención con orientación artística: expresión artística, teatro y restauración de objetos.
- Terapia asistida con animales.
- Emprendimientos sociales.
- Huerta Tierra salud con sede en el polo y Facultad de Agronomía.

[13] https://elgritodelsur.com.ar/2023/09/agonia-690-gente-situacion-calle.html, https://www.pagina12.com.ar/588842-el-mpd-advirtio-sobre-el-retroceso-presupuestario-de-lob b8ns-sub

Se llevan a cabo a través de los Programas de Inclusión en los que se trabaja sobre actividades de la vida diaria (AVD), estimulación cognitiva, orientación laboral, interacción vincular y familiar, organización del tiempo libre, movilidad y recreación, y educación física entre otras.

4. Programas de Asistencia en domicilio/situación de calle

Programa de Atención Domiciliaria Interdisciplinaria en Salud Mental

El programa ADOP/ADOPI brinda atención domiciliaria programada con equipos interdisciplinarios de trabajadores sociales, psiquiatres y psicólogues a personas en situación de crisis aguda, no urgencia, en su salud mental, que presentan limitaciones físicas o psíquicas para acceder a un tratamiento ambulatorio dentro del sistema de salud.

La modalidad de cobro del salario de sus trabajadores es la de Guardias Comunes, cuando el valor de la hora profesional representa un 25 % del valor de la hora de una suplencia de Guardia de Urgencia.

El programa ADOP/ADOPI resiste desde hace varios años un proceso de vaciamiento tendiente al cierre. Del análisis realizado por sus trabajadores durante el período 2020-2023 se desprende que la precariedad y persecución laboral generó la renuncia del 50 % de sus profesionales: durante 2022/2023 contó con solo dos psiquiatres para la atención de todes les usuaries. Además, el 60 % de los equipos de atención de adultes estaban incompletos. Asimismo, se desarmaron seis equipos, tres de los cuales eran ADOPI. Como resultado se cerró el 50 % de los equipos que atienden a niñeces y adolescencias.

Frente a este vaciamiento, la respuesta desde la DGSAM fue definir la cobertura de las disciplinas faltantes –solo psiquiatría y psicología– en cada uno de los equipos del ADOP/ADOPI incompletos con profesionales del Equipo de ASIC y el rearmado de equipos por zona desarticulados hace años, con el consiguiente resultado de flexibilidad laboral, precarización de los dispositivos y sobrecarga de tareas para les trabajadores.

ASIC - Equipo de Abordaje a Personas con Trastorno Mental Severo en Situación de Calle

Les destinataries de la atención de este equipo son personas en situación de calle en quienes los operadores del programa BAP –hoy Red de Atención– hayan evaluado la presencia de un padecimiento mental que requiera atención por disciplinas del campo de la salud mental. Asimismo, reciben derivaciones de efectores de salud, de hogares y paradores.

ASIC no tiene estatus de programa, es un “equipo de trabajo” compuesto por psiquiatres, psicólogues, trabajadores sociales y operadores. A pesar de que los equipos realizan acompañamientos desde la perspectiva de salud integral, lo que se valora desde la gestión es la cantidad de personas que accedieron a un alojamiento en algún dispositivo, sea sanitario o social.

En diciembre de 2022 el ASIC sufrió un recorte de 12 contratos monotributistas de un total de 27 contratos, generando un fuerte impacto en la atención a ese sector de la población en situación de vulnerabilidad psicosocial extrema. Con respecto a las condiciones laborales, sus integrantes carecen de móviles para garantizar la atención en el territorio y de computadoras. Se mantienen las diferencias salariales entre trabajadores. Respecto al trabajo social, el ASIC cuenta con solo una persona que revista como profesional de planta y otra que percibe su remuneración mediante la modalidad de suplencia de guardia.

La precarización del dispositivo se produce en un contexto en el que el Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires lanzó un Protocolo de Atención a Personas en situación de vulnerabilidad habitacional con padecimientos de salud mental o consumo problemático (REF.IF-2024-06664674-GCABA-SEC SEG). Dicho protocolo se centra en consumos problemáticos y carece de una mirada desde la perspectiva de salud integral y del enfoque de derechos humanos ni cuenta con los dispositivos y recursos necesarios que garanticen la continuidad de los cuidados ante problemáticas tan complejas.

Acercate

Programa dependiente de la Subsecretaría de Atención Primaria, Subgerencia Operativa de Atención Integral de Adicciones a Drogas y Alcohol. Atiende población en situación de vulnerabilidad social con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, con énfasis en la accesibilidad al sistema de salud. Trabajan en estaciones saludables de Parque Chacabuco y Parque Patricios, en horario vespertino.

Atención telefónica

Línea telefónica “Salud Mental Responde” (0800-333-1665), de contención y orientación. Operadores profesionales de salud mental realizan contención, evaluación de riesgo, orientación y contacto con SAME, si es necesario el ingreso por guardia.

5. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental

Talleres de Rehabilitación en Salud Mental es un dispositivo asistencial orientado a la rehabilitación e inserción comunitaria de la población cuyo diagnóstico prevalente es el padecimiento en salud mental severo. El encuadre de tratamiento supone la asistencia diaria de lunes a viernes en horario diurno.

Aspectos que atraviesan todos los dispositivos

De lo que pudimos relevar y del propio organigrama de la DGSAM accesible en su web, se desprende que esta Dirección no tiene estructura funcional. Todos los dispositivos mencionados dependen de manera directa del Director General de Salud Mental. Algunos de estos

dispositivos tienen coordinadores en el Ministerio, pero no están nombrados, sino que son profesionales de la Carrera Hospitalaria que tienen una segunda inserción profesional en el Ministerio, con tareas de coordinación.

Según surge del organigrama no existe vínculo formal entre el Director General de Salud Mental y los equipos de trabajo de los hospitales generales, ni de los CESAC o CEMAR. Estos quedan, respectivamente, a cargo de la Dirección de Hospitales y de la Subsecretaría de Atención Primaria, sin canales formales de articulación con la DGSAM.

Las características de los diferentes dispositivos relevados son:

- Diversidad de contrataciones: conviven trabajadores monotributistas y trabajadores que pertenecen a la Carrera Profesional, cuya inserción se realiza mediante el pago de horas de guardia, en algunos casos SAME y en otros aplanadas;
- El cargo de coordinación se realiza sin nombramiento, lo asume algune trabajador del dispositivo, en algunos casos con un suplemento salarial que supone el cobro de una guardia plana y, en otros casos sin pago extra;
- Los recursos humanos son insuficientes y con alta rotación, tanto por renuncias debido a las precarias condiciones laborales y salariales como por los despidos que se producen cuando el objetivo es vaciar o cerrar estos espacios;
- Las condiciones edilicias son deficitarias y los recursos materiales para el desarrollo de la tarea escasean;
- Las articulaciones entre los programas y con los otros sectores de la política pública son dificultosas. Priman los acuerdos informales, altamente dependientes de la permanencia de les trabajadores en los dispositivos;
- Su permanencia o el intento de su vaciamiento están sujetos a los vaivenes políticos, con las consiguientes discontinuidades en su desarrollo;
- Es frecuente la asignación de tareas que no se corresponden con la función para la cual se contrató originalmente a les trabajadores.

Así, en su conjunto, lo que se pretende que constituya una red no lo es. Persiste la fragmentación señalada en los relevamientos anteriores y la necesidad de les trabajadores de apelar a redes informales para desarrollar el trabajo. Desde las instancias centrales del GCBA se hace referencia constante al trabajo en red, pero en la realidad no hay turnos, no hay dispositivos intermedios suficientes, se carece de recursos para el trabajo, no hay canales formales de articulación, los programas de la DGSAM se encuentran sujetos al deterioro y desfinanciamiento. Se avanza en el diseño de protocolos inconsultos, como el mencionado dirigido a personas en situación de calle, que desconoce aspectos legales y profesionales básicos del abordaje en salud mental, y la reforma de la Ley 448 se orienta en ese mismo sentido. Esto dificulta enormemente **la construcción de estrategias de atención** en salud mental. **Trabajamos en el marco de una política pública que no se orienta hacia el cumplimiento de la normativa vigente**.

Consideraciones finales

A lo largo de este documento hemos intentado exponer algunas de las situaciones que a nuestro entender persisten respecto a relevamientos anteriores en términos de las condiciones de trabajo propiamente dichas –condiciones edilicias; recursos para el trabajo; organización del proceso de trabajo; dinámicas institucionales vinculadas a la violencia en sus múltiples formas. El análisis permanente de nuestras condiciones laborales y de nuestras condiciones de atención a la luz del examen de la política pública se ha convertido en la modalidad que esta asociación ha consolidado como una forma de producir diagnósticos, con el objetivo de construir colectivamente herramientas de reclamo en nuestra función gremial.

En este sentido, resulta clave establecer cómo el contexto político actual, con gobiernos que implementan políticas conservadoras y reaccionarias, consolida posiciones que atentan contra los bienes públicos, el sostenimiento de la salud pública, gratuita y de calidad. Esto se ha traducido en despidos, persecuciones y denigración de les trabajadores que nos desempeñamos en el área de salud en general y de salud mental en particular. Ya no es solo hablar del vaciamiento de dispositivos como una mera falta de recursos: es la ejecución concreta de una política que ya no se esconde, sino que se enuncia y se formaliza a través de pronunciamientos oficiales.

Desde el inicio de la elaboración de este documento se ha producido una serie continua de avasallamientos a la salud mental que nos han dificultado la tarea de mantener este escrito actualizado. Hemos podido incluir algunos; en otros casos, la realidad nos ha sobrepasado de manera literal. El vaciamiento y cierre de dispositivos dentro del Hospital Nacional Laura Bonaparte, el intento de cierre y venta de terrenos del Centro de Salud Mental N°1 “Dr. Hugo Rosarios”, los cientos de despidos de trabajadores de la salud, la auditoría de pensiones no contributivas a usuarios con discapacidad, los recortes de cupos de Residencia en las Residencias Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) (que principalmente afecta a profesionales como les de terapia ocupacional, trabajo social y musicoterapia) son algunos de los ejemplos atroces de esta política de vaciamiento que estamos transitando.

Estas medidas no son solo producto de un recorte en la salud pública, sino que se incluyen

dentro de un plan organizado para llevar adelante la reforma sanitaria privatista, con mirada médico-hegemónica y productivista. Lo observamos en el intento de modificación de la Ley 448 en CABA, impulsada por legisladores del oficialismo a fines del año 2023, cuya intención era eliminar el trabajo social de los equipos interdisciplinarios de guardia y disminuir su relevancia en todos los dispositivos comunitarios intermedios. También se observa en la implementación de "agendas" dentro de los efectores de salud, que prioriza la atención individualizada, se ejerce mayor control y se burocratizan los procesos de intervención de forma centralizada. Estos procesos no redundan en mejores condiciones de atención, ya que la entrega de turnos digitales resulta en una espera virtual y deriva en asignación de turnos en diferentes dispositivos de atención que, en ocasiones, se encuentran lejos de los lugares de residencia de les usuaries, porque son asignados de acuerdo con la oferta disponible, sin que se puedan modificar por carecer de interlocución cara a cara. Las medidas mencionadas resultan en la desarticulación de los equipos interdisciplinarios y de las actividades territoriales. Y por último, lo vivimos con el actual intento de fragmentar la carrera profesional que nos regula, impulsando el armado de una carrera paralela para las profesiones médicas, bajo la promesa de mejores condiciones de trabajo.

Desde esta Asociación hemos estado en cada una de las acciones mencionadas, resistiendo, enunciando y denunciando, en pos de la defensa de la salud pública y de mejoras en las condiciones laborales del colectivo al que pertenecemos. Nos encontramos en las calles, nos organizamos en el gremio, escribimos y nos reunimos sistemáticamente para construir estrategias colectivas. Integramos el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (CCHSMyA); exigimos año a año la realización de reuniones del Consejo General de Salud Mental (COGESAM), que deben realizarse por ley. La consolidación del GTSM de la APSS nos permite conocer y sostener las luchas y los reclamos vinculados al tema.

Pretendemos que este relevamiento sea un insumo para seguir abonando el trabajo de manera colectiva, sumando voces de trabajadores: Entendemos que cada vez es más necesario reunirnos en espacios de reflexión, encuentro y lucha colectiva, para defender no solo nuestras condiciones laborales, sino también la vigencia de las leyes de salud mental 26.657 y 448.

A quienes trabajamos en los efectores de salud mental e integramos un gremio que participa y lucha activamente en estos espacios, el escenario actual nos ha planteado la urgencia de mantenernos permanentemente en alerta para denunciar y enfrentar los avasallamientos mencionados, continuar defendiendo las leyes 26.657 y 448 y, sobre todo, exigir su correcta implementación para lograr vidas dignas de ser vividas.

La salida siempre es colectiva...
hoy más que nunca.

A.P.S.S.
GCBA

Una asociación gremial democrática, participativa y en lucha



ISBN 978-987-47645-3-9