Foros de Producción Colectiva

ción Colectiva

Modos de Actualización

1

Noviembre y Diciembre de 2002

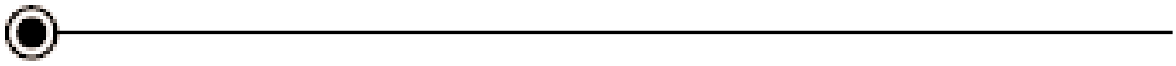
Subsecretario:
Lic. Claudio Mate

Programación, Capacitación y Control de Gestión:
Lic. María del Carmen Míguez

Atención de las Adicciones:
Dr. José Contartese

Dirección de Coordinadores Regionales:
Lic. Aldo Doménico

Relaciones Institucionales:
Lic. Alberto Magnone



Realización y Compilación:
Lic. Fabio Lacolla

Redacción:
Lic. Fabio Lacolla, Lic. Gabriel Mattioni

Recopilación de Material:
Matías Trebucq, Perla Figueroa, Florencia Arhancetbehere

Notas:
Lic. Pablo de Vedia, Lic. Alejandra Moskalonek

Diseño y Diagramación:
D.C.V. Cecilia Clapsos, D.C.V Pablo Roldán.

Indice

Introducción 5

El porqué de los Foros
Dónde? 6
Encuadre de Trabajo
Dinámica de los Grupos por Especialidad 7
Dinámica de los Grupos por Niveles de Complejidad 8

Primer Nivel 8
Estrategias de Intervención Comunitaria

Segundo Nivel 11
Actualizaciones en Intervención
Asistir, Acompañar, Atender

Tercer Nivel 14
Cuándo y Por qué Internamos
Dinámica de los Grupos Heterogéneos 15
Puntos de articulación de la red
¿En qué puedo serles útil?
Lo tóxico o lo social 16

Buzón de Sugerencias 18

Balances y Perspectivas 23

Mar del Plata
Pueblo de la Paz 24
Chivilcoy 28
Bahía Blanca 30

Inconclusiones 32

Introducción

La presente publicación tiene como objetivo compartir lo trabajado en los Foros de Producción Colectiva y en las Jornadas de Balance del año 2002 y Perspectivas para el año 2003 que se realizaron en los meses de noviembre y diciembre del año 2002 con los diversos representantes de la Red de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

El presente documento testimonia lo producido en ambos espacios, que lejos de proponerse concluidos o como un fin en si mismos, se sitúan en relación a un punto de reflexión, un modo de actualización y evaluación en la atención sanitaria que se desarrolla en el ámbito de la Provincia de Bs. As.

En este trabajo se publica lo producido en:

1. Foros de Producción Colectiva
2. Balance y Perspectivas

Las diferentes ideas que se presentan en este trabajo son pensamientos que se alían, se contradicen, se cuestionan y a la vez pueden convivir. Presentarlos como parte de la producción colectiva pone de manifiesto la intención de este material: repensar y hacer una lectura crítica, sin intentar disolverlos, sino reflexionar acerca de las consideraciones, creencias, pensamientos y acciones de los diversos actores de esta Red. Presentarlos como un documento de circulación interna invita a la reflexión en un clima de intimidad y de compromiso con la tarea.

El por qué de los Foros

Estos Foros tienen el objeto de generar un espacio de discusión y actualización en torno a las intervenciones en la práctica, frente a los cambios de la realidad cotidiana como zonas de discusión y actualización. Los Foros a diferencia de las Asambleas, invitan a la reflexión colectiva sobre el quehacer profesional, centrando su tarea en la producción. Al decir del Sr. Subsecretario, Lic. Claudio Mate: "No hay experiencia en Latinoamérica como la que representamos, ya que la gran mayoría nos hemos capacitado en la misma práctica, por eso, entre otras cosas, somos la Red Pública más grande de Latinoamérica."

Por lo tanto es necesario articular dicha práctica con otros espacios de producción intelectual, en donde el quehacer sea objeto de análisis y de reflexión a los efectos de poder interrogarnos sobre esta problemática que se halla tan imbricada en nuestra sociedad, y por tanto merece un pensamiento permanente en nuestra labor, tanto a nivel Clínico Asistencial como Institucional.

Estos Foros se basan en el compromiso y el esfuerzo diario de los integrantes de la Red Sanitaria, por eso es necesario que ese saber circule a modo de intercambio en un clima inclusivo y de colaboración.

A partir de esta iniciativa, los Foros, entre otros dispositivos, se convertirán durante el año 2003 en un espacio cuya convocatoria se centre en la Producción Colectiva como estrategia de intervención institucional.

Dónde?

En búsqueda de capitalizar la pluralidad de experiencias y las diversas formas de resolución en cada Región se diagramaron los encuentros estratégicamente en 4 (cuatro) localidades a saber:

* PUEBLO DE LA PAZ - Región V, VI, VII A, VII B, XI y Personal de Sede.
* MAR DEL PLATA – Región VIII y IX
* BAHÍA BLANCA – Región I
* CHIVILCOY – Región II, III, IV y X

Encuadre de trabajo

Si bien el dispositivo fue variando de acuerdo a cada lugar y a la cantidad de personas, básicamente, se implementaron tres modos de agrupabilidad:

1. Por Especialidad
2. Por Niveles de Complejidad
3. Por Grupos Heterogéneos

1 - Los Grupos por Especialidad incluían médicos, psicólogos, abogados, trabajadores sociales, psicólogos sociales, sociólogos, docentes y administradores.

2 - En cuanto a los Niveles de Complejidad se incluyeron los tres niveles según los participantes. Recordemos que los niveles de complejidad son básicamente modos de distribuir nuestro trabajo y que la idea de complejidad no se refiere a una graduación compleja de intervención sino a una simultaneidad de múltiples inscripciones en el campo de acción. El primer nivel está referido a la intervención comunitaria, el segundo a las formas de atención ambulatoria y el tercero a la internación. En los tres casos siempre estamos hablando de cobertura. En los Foros, cada nivel traía una consigna a modo de disparador.

A. 1er. Nivel de complejidad:	A. 1. Estrategias de intervención comunitaria.
B. 2do. Nivel de complejidad:	B. 1. Actualizaciones en intervención.
	B. 2. Asistir, acompañar, atender.
C. 3er. Nivel de complejidad:	C. 1. Cuándo y por qué internamos.

3 - Los Grupos Heterogéneos tenían por finalidad el intercambio conjunto desde cada lugar de intervención. Las consignas para este tercer grupo fueron:

a) Puntos de articulación de la red.

b) A partir de la pregunta dirigida a los otros niveles de complejidad: ¿En qué puedo serles útil?, se entretejieron tomas de conciencia sobre con quiénes estoy trabajando y qué puedo aportarles desde mi lugar de trabajo.

1. Dinámica de los Grupos por Especialidad

A modo de caldeamiento se subdividió a los integrantes del Foro por especialidad, así se formaron los subgrupos de psicólogos, médicos, abogados, los sociales (que incluían trabajadores sociales, psicólogos sociales y sociólogos) y docentes.

Los Mensajes.

La idea era que todos los grupos les envíen mensajes verbales al resto.

A los psicólogos les pedían diagnósticos precisos, mas trabajo multidisciplinario, que puedan trabajar más en equipo.

Al grupo de los médicos les dijeron que ellos aportan la otra pata faltante y que son necesarios e imprescindibles. Alguno por ahí bromeó con un mensaje de "menos soberbia".

Los abogados escucharon una voz casi unánime de: "Los necesitamos." Se les pedía mas coordinación desde lo legal y lo social para abrir espacios en común. A la vez que solicitaban mas articulación con los Juzgados. Muchos coincidían que tendrían que salir más a la comunidad.

A los "sociales" les pidieron que hablen mas claro. Fue significativo en una de las jornadas el silencio que los psicólogos hicieron respecto a los "sociales." Los docentes les piden mas trabajo en equipo y los abogados dicen que entre ellos se complementan muy bien.

A los Docentes les llegó como mensaje que amplíen su campo en el trabajo comunitario, mayor difusión y la importancia del rol respecto de la prevención educativa. Piden su apoyo y colaboración.

2. Dinámica de los grupos por niveles de complejidad

2. A. Primer Nivel de Complejidad

Estrategias de intervención comunitaria.

Teniendo en cuenta la experiencia en los trabajos comunitarios y el conocimiento de ese campo se les pidió a los actores que pensaran juntos nuevas estrategias de intervención, inclusive algunas surgieron del propio intercambio en el relato de experiencias.

Muchas ideas giraron en torno a la capacitación como modo de intervención, lo cual muchas veces nos lleva a pensar en quién capacita a los capacitadores.

Algunos proponen la realización de un Proyecto al cual llamaron de Facilitadores Socio-Sanitarios. Sería una capacitación en Atención de las Adicciones al voluntariado (que podría convocarse a través de los medios, instituciones barriales y ONGs).

Otros se preguntan si sería eficaz la idea de capacitar a los referentes barriales como nexo entre la comunidad y el técnico. Otros consideran importante la Capacitación en las Comisarías y con los entrenadores de fútbol.
Se habló de las Mesas de Gestión y que en algún caso derivó en un Foro Municipal Intersectorial con impacto en distintas áreas.

Coinciden en abordar la realidad a través de un sondeo, una mirada de la realidad y a partir de allí construir la necesidad real. Para eso es necesaria una actitud crítica sobre estas realidades. Diálogo, consenso, discenso, participación.

Hay consenso en que la estrategia debe girar en torno a cuatro puntos:

- *Creatividad.*
- *Fortalezas.*
- *Desde dónde y cómo.*
- *Líneas de acción.*

Se pensó en la instrumentación de un Registro de Prestaciones Preventivas y cantidad de personas, con medición de cantidad y calidad, en tres áreas: educacional, comunitaria e institucional; además de la realización de una Encuesta de satisfacción del usuario para medir el grado de satisfacción ante la prestación, con el fin de evaluar y reajustar las propuestas.

Como difusión de las actividades de la Red se propone la distribución del 0800 de Fonodroga, sumado a la distribución de folletería y calcomanías

en hoteles, restaurantes, discotecas y delivery de los Municipios.

Se preguntan si es suficiente que la prevención sea flexible participativa, dinámica, continuada y evaluable. Se comparten diferentes puntos de vista sobre la prevención en cada distrito. Se advierte la dificultad de abordaje en prevención secundaria, por ejemplo: cómo llegar a un colegio y dónde hay consumo de sustancias.

Consideran fundamental el trabajo preventivo en grupos de riesgo y piensan que es necesario plantear estrategias para llegar a la sensibilización de la familia como eje formador del individuo. Para eso hay que aprovechar al máximo el recurso de los Grupos de Proximidad teniendo en cuenta sus tres acepciones: Proximidad desde lo vincular, lo espacial y lo temporal. Vincular en el sentido del prójimo, espacial como cercano y temporal como lo próximo en el sentido de lo que vendrá.

Surgen, además, las siguientes propuestas:

* Incluir el tema Adicciones en la Capacitación en Primeros Auxilios de la Cruz Roja.

* Capacitación a docentes sobre Detección Precoz.

* Trabajar con Consejos Consultivos y Operadores Sanitarios.

* En cuanto a los CPA se proponen Visitas guiadas para conocer el espacio físico y al personal, bajo la idea de desmitificar el rol de los integrantes, articulándolo con charlas informativas.

* Instalar un buzón de dudas y sugerencias en los CPE con posterior devolución.

* Brindar Capacitación a los Programas Sociales como Jefas y Jefes de Hogar.

* Trabajar articuladamente con los referentes de la Tercera Edad a partir de charlas en los comedores comunitarios.

* Ofrecer Talleres de Prevención inespecífica a partir de las necesidades sentidas de la comunidad.

* Articulación con la Iglesia.

* Integrar al Grupo Familiar en un trabajo cooperativo. Un ejemplo de esto es

que en Luján, la Cooperadora de Padres trabaja en la Elaboración de Productos de Soja.

* Pensar a los grupos comunitarios desde lo clínico.

En otro de los grupos de trabajo proponen:

Descentralización del CPA hacia los Barrios, Instituciones Comunitarias, Escuelas y Mesas de Gestión.

Los Barrios incluyen Comedores municipales y Comunitarios, Consultorios Comunitarios en Sociedades de Fomento, Clubes, Escuelas y Salas de Primeros Auxilios, entre otros.

En las Instituciones Comunitarias se trabajaría en la sensibilización y capacitación para Jefas y Jefes de Familia. Tareas preventivas de relevamiento de datos y Diagnóstico Barrial Participativo. Atención en Centros de Jubilados. Charlas abierta a la Comunidad. Reuniones con los líderes.

En las Escuelas es importante realizar una buena sensibilización al personal de las mismas y para eso se hace necesario un detallado análisis institucional de la problemática con grupos de docentes y directivos para el diseño de Estrategias de Derivación y Seguimiento del paciente, alumno o familia. Esto se logra integrando a los gabinetes escolares.

De las Mesas de Gestión forman parte la Municipalidad, la Dirección del Menor, Juventud, Deportes, Cultura, Área de la Mujer, Cámara de Comercio, Salud, Educación, Seguridad e Iglesia.

Para los Hospitales se proponen Talleres sobre Adicciones, en especial Toxicodependencias.

Iglesias: Mesa de Gestión- Capacitación. Derivaciones.

2. B. Segundo Nivel de Complejidad

2. B. 1. Actualizaciones en intervención.

Como primer punto hay una distinción entre el perfil del paciente en la década del ‘90 y el actual, "ahora hay mayor deterioro". La demanda en el ‘90 era mayoritariamente a partir de la familia. Actualmente la demanda se genera en mayor porcentaje a partir de instituciones sociales como por ejemplo los Juzgados, la Policía, las ONGs o las Escuelas.

Antes se trabajaba desde un punto de vista más centrado en el consultorio y hoy día se ha abierto. La intervención se da en distintos espacios, no sólo se centra en el CPA.

Muchos pacientes que habitan sectores marginales encuentran muy poca contención ¿? ligado directamente a la situación social.

Ante la situación actual y de crisis, se trabaja sobre lo inmediato. Todo aquello que emerge implica una intervención de urgencia, las cosas importantes muchas veces se mezclan con lo inmediato y todo parece urgente aunque no lo sea. Se hace necesario la creación de proyectos de intervención según las distintas necesidades que van apareciendo.

La actualización debe girar en torno a:

1. La reducción de daño o minimización del riesgo.
2. Promoción de habilidades sociales..
3. Incorporación de las familias con el criterio de coadicción, es decir como pacientes; ya que la intervención es diferente y no siempre es remitido como grupo de proximidad.

2. B. 2. Asistir, Acompañar, Atender.

Pensamos estos tres conceptos como una forma de hacer circular la demanda y porque favorece el mejor posicionamiento frente a la tarea. Sugerimos que éstos deben enmarcarse en un proceso de continua retroalimentación.

1. Asistir.

-¿Asistir qué?, ¿el consumo de droga o la adicción?

El Asistir se centra más en la primera parte del tratamiento, entendiéndolo como un "estar presente", un "estar con...", para propiciar un encuentro con el otro más allá de la disciplina. Más ligado al aquí y ahora y a la urgencia.
Es importante pensar en la diferencia entre Asistencia y Asistencialismo.

2. Acompañar.

El Acompañar se instrumenta por todos los lugares por donde el paciente transita, su familia, el CPA, etc. Al estar frente a una demanda indiscriminada, se impone hacer una lectura discriminada para acompañar y orientar en el proceso de búsqueda, de autonomía. Se requiere un abordaje más activo desde el CPA hacia lo social para generar más demanda.

Acompañar es contener en el tiempo.

3. Atender.

Atender lo refieren a la asistencia profesional específica y a reconstruir la escucha como lugar para alojar al sujeto. Atender es reconstruir un lazo social con una mirada clínica y una acertada derivación a la red asistencial. Es entrecruzar discursos entre lo clínico y lo social evitando la segregación de cada saber o cada práctica apostando a la transdisciplina. Dicen que vienen hace años atendiendo pacientes que no piden ser atendidos y que esto se ha agudizado, por lo tanto sería bueno que hubiese un equipo que pensara estas cuestiones que son más abarcativas aunque cada uno termina haciendo su propio recorrido.

Se propone hacer un buen análisis histórico que quede plasmado, para luego trasmitirlo. Porque no tener escrito lo hecho conlleva a la dificultad de acceder a niveles de abstracción. Una pregunta para pensar sería ¿Cuál es la configuración de lo que nosotros atendemos?

Y se preguntan:

¿Atendemos a alguien que no tiene consolidada la adicción? ¿El abuso también es una patología?

¿Cuál es el objeto de nuestra intervención? ¿Se atiende sólo cuando el paciente puede hacerse alguna pregunta acerca de su problemática?

¿Cómo hacer una clínica de tratamientos sin demanda? ¿Cómo nos posicionamos frente a la Clínica?

Generalidades

Se propone pensar sobre cómo reflexionar en medio de la crisis. Se considera de suma importancia el privilegio de la admisión y el diagnóstico ya que oficiaría como guía del futuro tratamiento.

Se piensa cómo aumentar el ingreso de pacientes (demanda) y la supervivencia en situaciones de falta de recursos. Y coinciden que para eso es importante re-pensar la práctica ya que se advierte una pérdida de distancia ya que el cotidiano los emparenta mas con la Realidad.¿?

Se preguntan en cómo situar los límites de la propia intervención y si la escucha es atravesada por la crisis actual generando interferencias.

Piensan que para estos interrogantes es necesario el reforzamiento de Supervisiones Clínicas e Institucionales, ya sea con Supervisores externos o desde la propia Institución. Esta idea debe acompañarse con la discusión en los propios equipos de trabajo sobre qué y cómo escuchar a los pacientes, a los familiares y a la propia comunidad. Se observa que algunos equipos están quebrados, golpeados y no solamente por las dificultades económicas sino por la falta de un lugar y un espacio para hablar de los que les pasa. Entonces se preguntan qué es lo que los sostiene; y dicen que los sostiene "el trabajo y la discusión sobre el trabajo; para escuchar lo más descarnado de lo actual, la crisis que se manifiesta en los síntomas y la exclusión, por la ruptura del lazo social."

Reconocen que en la Historia Institucional de la Sub-Secretaría hay ahora un cambio de cultura, la consideran más democrática, más horizontal y auspiciosa. Pero a la vez remarcan que a mayor entusiasmo mayor responsabilidad. El desafío es cómo integrar lo viejo a lo nuevo y cómo lo nuevo recrea lo distinto. Para eso debería producirse un ida y vuelta entre el saber hacer y el Control de Gestión en cada región. Es cierto que debe haber una política sanitaria como columna vertebral y después cada región debería aportar sus particularidades.

- Unos de los grupos dice que es necesaria una mayor integración en la red.
- Dicen que Prevención y Asistencia en muchos casos siguen siendo dos unidades que están en proceso de ensamble y que si bien hay diferencias, la unificación es muy importante.
- En cuanto a las derivaciones dicen que la burocracia obstaculiza el trámite y hace que se derive menos. Proponen hacerlo de manera más práctica. Por eso consideran que hay que mejorar las articulaciones en todos los niveles, incluyendo internación. Hay disparidad de Criterios de Admisión de pacientes para Ambulatorio y para Internación.
- Debemos tener la plasticidad necesaria para armar estrategias terapéuticas de acuerdo a los cambios.
- Por eso valoran que se hayan creado estos espacios de participación y discusión.

2. C. Tercer Nivel de Complejidad

Cuándo y por qué internamos.

- Como primer punto se preguntan si la SADA trabaja con psicóticos?

- Hablan de la importancia del Diagnóstico Estructural Psicopatológico para diseñar un proyecto de trabajo de rehabilitación. Por eso, es importante diferenciar lo "antisocial" como Estructura o como "síntoma" de una Adicción porque una vez que se incluye un paciente en una Internación, después no se lo puede sacar.

- Hay que evitar la internación como depósito y para eso necesitan mas articulación con los CPA respecto del criterio diagnóstico.

- La mayor dificultad está dada por la judicialización. Si no hay una intervención a nivel más alto "lo judicial nos invade", derivan al paciente sin saber si hay cama. Las Comunidades Terapéuticas y los Servicios de Desintoxicación reciben pacientes sin posibilidad de derivar cuando no corresponde a ellos.

- Coinciden que hay que evitar la cronificación de pacientes aunque faltan instituciones adecuadas para ciertos casos.

Preguntan si un Director de C.T. ó U.D. ó CPA, tiene equiparado su rol al del Director de un Hospital? Esta pregunta viene a colación porque en relación a la Ley de Internación Psiquiátrica Nacional dicen que si el juez no da el Alta, el Director del Hospital tiene la potestad similar a la del Juez. En las CT, ¿se equipara la misma autoridad del Director de la CT con la del Director del Hospital?

Los médicos de guardia no quieren firmar el rechazo de un paciente. Por Ley Provincial todo Hospital Neuropsiquiátrico tiene 48 hs. para informar el ingreso de pacientes y una semana para enviar evaluación y decisión de tratamiento.

En los terrenos de las internaciones difiere lo deseado, lo factible y lo posible.

Hay una necesidad de interponer ante los Juzgados acciones concretas que brinden márgenes de evaluación, para eso se propone una Capacitación Legal con consenso interno y la creación de una Comisión integrada por actores de CT., Juzgados y Sede. Para eso hay que agilizar la comunicación con el Hospitalito ya que muchos dicen que ésta tiene sus limitaciones.

Se propone generar una dinámica de intencionalidad de Clínica Social y Externación Asistida.

3. Dinámica de los Grupos Heterogéneos

Puntos de Articulación de la Red. ¿En que puedo serles útil?

Uno de los temas centrales fue pensar la articulación de un dispositivo como parte de un todo y no como compartimentos estancos promoviendo la interrelación de los actores.

Se habló de la idea de rotación del personal específico por las diferentes Unidades Prestacionales.

Se hizo referencia a la complejidad del problema por el atravesamiento de diferentes variables, que hace que se determine la internación por problemas familiares; familias que ejercen presión en el Juzgado y que en salvaguarda de la integridad del paciente se lo interna. A esta variable la denominaron Familias Expulsivas.

Se planteó la idea de que estos encuentros sean más frecuentes entre los profesionales de los distintos niveles de complejidad para armonizar y favorecer la derivación además de pensar distintas maneras para conocernos más, armando un equipo regional con referentes de los distintos niveles que vaya haciendo distintas intervenciones para repensar el diseño de atención.

Otros de los puntos trabajados fueron:

* Intercambio de recursos entre los distintos CPA.
* Acompañamiento de pacientes judiciales que deben viajar a otras localidades para declarar.
* Apertura de los distintos recursos profesionales para la colaboración con la red (actitud)
* Apertura a aprender.

Sobre la Comunidad Breve se propuso trabajar el vínculo con el profesional del CPA, a fin de que se otorgue el Alta Asistida y una continuidad en el CPA de tratamiento familiar. Señalaron que existen problemas de comunicación puesto que el profesional de CPA muchas veces desconoce que este proyecto está en funcionamiento, por eso, si se desconoce la manera de trabajo de cada Centro de Internación sería necesario contar con la información pertinente para sugerir un lugar determinado. Otros opinan que la información hay que salir a buscarla.

Se preguntaron: ¿Por qué no se hace epicrisis en CT en función de su vinculación con el CPA? Por ello se piensa en la necesidad de que cuando el CPA interna a un paciente, mantenga el vínculo con la familia y, en lo posible, con el paciente.

Se propuso redefinir el por qué de la Internación bajo la pregunta ¿qué es lo que sustenta los criterios de Internación?

Lo tóxico o lo social?

Con relación a las internaciones prolongadas se preguntó sobre los criterios de las mismas. Y sobre los criterios de derivación. Para eso se propone no oponer a los CPA con las CT superando algunos malos entendidos que a veces circulan, saliendo de la oposición para llegar a la integración. Ya que la desarticulación entre los diferentes niveles de complejidad genera Iatrogenia.

Otra propuesta a la que muchos se hicieron eco fue la articulación entre lo ambulatorio, la internación y lo comunitario a la vez que circuló como pregunta si se cree en la eficacia de estos tres niveles. Coinciden en que optimizando esta articulación ganaríamos en eficacia y en eficiencia.

Por ejemplo desde el Nivel 1, situaría al profesional en la realidad de la comunidad de la que proviene el paciente y a la cual después va a regresar.

Desde Nivel 2, para hacer un diagnóstico toxicológico y psicopatológico y ofrecer diferentes dispositivos terapéuticos.

Y desde Nivel 3, ayudaría a la contención para los pacientes complejos sin red y para la atención médica específica en los casos que se necesite una desintoxicación. Esto, dicen, hay que reforzarlo con la posibilidad de contar con Supervisiones Institucionales para aquellos equipos que las soliciten de acuerdo a las necesidades y al perfil de cada centro, para ello se deberá contar con personal capacitado y con experiencia en casos específicos. Porque cuestionar un diagnóstico es ampliar la mirada sobre el paciente.

Todos coinciden que el objetivo de nuestra tarea es el paciente, sus referentes y su comunidad y en este sentido consideran útil el abordaje multidisciplinario rompiendo con la idea de compartimentos estancos, apuntando a una intervención integral que incluye lo que se trabaja en el barrio del paciente (en este sentido prevención sería atención) y lo que se trabaja en el dispositivo específico del CPA.

En definitiva el paciente debe estar cubierto por la institución, y de todo aquel que dentro de ésta puede brindar un aporte positivo. Esto obliga a una mayor articulación y comunicación de los agentes de la Subsecretaría que deberán brindar una repuesta integral al paciente.

Algunos de los criterios y recursos para la atención del paciente podrían ser la Red primaria a nivel Intra y la Red secundaria a nivel municipal.

Sobre la idea de "niveles de complejidad" se piensa que los tres niveles sean de diferentes modalidades de trabajo y no de complejidad, ("Niveles de trabajo") ya que la gramática sobre la idea de "niveles de complejidad" da a entender que existiría un mayor grado de dificultad de un nivel a otro o mayor jerarquía laboral. Suprimiendo esto se pasaría a una circularidad más emparentada a la idea de equipo.

Sobre la articulación específica de la Red se propone:

Con Sede:

Internaciones, Asesoramiento y Capacitaciones. (Se observa más agilidad en la gestión actual).

En patologías duales lo que obstaculiza la cuestión es que existen pocas vacantes. Por eso se necesita más médicos psiquiatras para ciertos casos aunque esto se articula cuando existe un servicio de Psiquiatría en la misma localidad.

Red Salud:

Unidades Sanitarias, Hospital y Centros de Salud.

Red Poder Judicial:

Juzgado de Faltas - Juzgado de Paz - Juzgado de Menores - Juzgado Federal – Asesorías – Fiscalías - Unidades Funcionales - Asistencia de Ayuda a la Víctima.

Red Instituciones Intermedias: Colegios Profesionales – Universidad - Asociaciones Vecinales – Seguridad – Iglesias – Bomberos.

Red Comunicacional: Medios de Comunicación.

Para un mejor funcionamiento se propone agilizar la transmisión de la información recogida en el trabajo comunitario y en escuelas. Acompañar en el seguimiento de casos.

Gestionar espacios adecuados para la atención de paciente en los casos donde se pretende salir del CPA.

No descuidar la formación desde lo clínico como por ejemplo la información acerca de las patologías, lenguaje técnico, etc.

Y en cuanto a la internación sería importante agilizar el trámite burocrático, lo que favorecería acortar los tiempos de espera del paciente pues va en detrimento de la voluntad de internación, corriendo el riesgo que se pierda el deseo de hacerlo.

Buzón de Sugerencias

En Pueblo de la Paz, Mar del Plata y Chivilcoy se propuso lúdicamente un Buzón de Sugerencias, Ideas, Ocurrencias, Críticas, Quejas y Reconocimientos.

Transcribimos fielmente los papelitos que fueron llegando.
Esto fue lo que pasó:

Pueblo de la Paz

* El encuentro me pareció bueno, creo que 3 o 4 por año estaría bien.
* Propongo la creación mensual de INFOSADA, hacer circular novedades, cambios, incorporaciones, diferentes dispositivos, etc.
* Supervisión Clínica.
* Intercambio con otros países a través de Internet.
* Supervisión clínica e institucional. Una dinámica superadora de la información. Ateneos clínicos en la red.
* Desde el nivel central: explicitar las estrategias para desarrollar la política provincial. Favorecer espacios internos para acordar criterios locales que sean coherentes con los criterios provinciales.
* Repetir este tipo de encuentros ¿cada 3 meses?
* Necesidad de estos espacios de forma regular a lo largo del año. Necesidad de material para la difusión comunitaria.
* ¿Por qué no hay Operadores que hagan Admisión y Derivación para tener otro punto de vista?
* Mayor presencia en los tratamientos y las implicancias legales.
* Supervisión Clínica e Institucional por fuera de la Subsecretaría.
* Realización de Jornadas.
* Desde Sede bajar "señales claras" para que se puedan generar modos de trabajo propios en las Regiones. Libertad de propuestas locales. Mayor comunicación.
* Trabajar en los equipos criterios de Internación: CPA - Sede - C.T.
* Continuidad de estas Jornadas participativas.
* Empezar a delinear estrategias de abordaje en la práctica. Regularizar fechas de pago. Mejorar el sistema de pagos con las Entidades Intermedias.
* Continuar con estos encuentros para mayor conocimiento entre los niveles y mejoramiento de las estrategias de trabajo.
* Integrar a estos encuentros a los equipos de gestión comunitaria y facilitar la articulación.
* Espacios de discusión teórica sobre diagnósticos. Caracterización Psicopatológica de la Adicción.

* Repetir este tipo de encuentros.
* Que siga habiendo espacios de intercambio más seguidos.
* ¡Muy bueno el encuentro! Des-estructurante y productivo. ¡A seguir!
* Considero de suma importancia abrir espacios de Capacitación interna para el crecimiento profesional e intercambio de experiencias.
* Esta bien.
* Pago en término. Cuidado de los equipos. Habilitación de Jornadas de trabajo.
* Sugiero dedicarnos a los pacientes con más posibilidades, por ejemplo: internar desde el CPA a pacientes antes de que se vuelvan intratables.
* Continuar con los encuentros de trabajo y circulación de información.
* Interesante.
* Faltan lineamientos a seguir con respaldo de la SADA.
* Capacitación en temas específicos: Diagnóstico diferencial; Tratamientos en los distintos niveles y Articulación.
* Sugerencia: al menos alguna técnica de presentación para conocernos.
* Integrar al Foro a profesionales de gestión o (¿ex- prevención?) con experiencia en el trabajo comunitario, educativo; colocar los "PIPES" en la página WEB.
* Crear espacios específicos para la reinserción de los pacientes que terminan los tratamientos; mejorar la calidad de condiciones laborales de los profesionales y agentes de la Subsecretaría: sueldos, horarios, viáticos.
* Necesidad de una estructura más sólida con mayor comunicación con toda la red.

Mar del Plata

* Mantenernos en comunicación fluida, especialmente con el apoyo, acompañamiento y escucha atenta del Regional.
* Mejorar el nivel de comunicación; tomar todo lo que se hizo y que se mejore, se afiance; equiparar las vacaciones con el Ministerio de Salud a 1 mes.
* Regularizar el cobro urgente; articular más el trabajo, primer paso para eso, hacer más reuniones de trabajo y sostener cada cosa que empecemos.
* Mayor capacitación teórica.
* Cuidado de los equipos con estas Patologías Sociales que generan situaciones de riesgo.
* Sugiero que organicen formas de Capacitación como Jornadas y Ateneos.
* Recategorización salarial; aumento horas de los psicólogos; supervisión.
* Reorganizar sistema de cobro a través de Entidades Intermedias.
* Tratar de pagar dentro del mes los haberes; más herramientas para Capacitar al personal; posibilidad de tener Obra Social y Cargas Sociales.
* Mayor acompañamiento económico- laboral.
* Dar más protagonismo al Área de Educación. En cuanto a la Capacitación para docentes, destinar recursos humanos y materiales como por ejemplo CD o videos.

* Es importante y enriquecedora la posibilidad de mantener estas capacitaciones más asiduamente. Gracias.
* Seguir encontrándonos en este tipo de Jornadas.
* Me parece muy positivo el Encuentro, solo falta el café para después del almuerzo.
* Necesitamos mayor cantidad de estos Encuentros de Capacitación, que nos motiven en el trabajo y nos den nuevas ideas y estrategias.
* Cuidar a los Equipos que trabajan en cada CPA o Área Comunitaria, ya que se encuentran, muchas veces, muy expuestos a situaciones riesgosas. Revalorizar al trabajador en esta severa problemática social.
* Me parece un poco desorganizada la dinámica grupal; destaco la importancia de que estos encuentros se sigan haciendo para intercambiar experiencias.
* Ser más dinámicos, creativos, más apertura, con Supervisiones en Asistencia.
* Capacitación. Equiparar las vacaciones con el Ministerio de Salud (1 mes). Incorporación con Cargas Sociales y Obra Social para dejar de facturar.
* Brindar espacios de Capacitación (similar a este) en el transcurso del año próximo.
* Más Capacitación en Clínica de Adicciones.
* Agilicemos, por favor.
* Aumento de carga horaria o en su defecto, aumento de la cantidad de profesionales de acuerdo a las demandas sociales.
* Excelente acompañamiento. Continuación de la fuente de trabajo ante la incertidumbre de los acontecimientos.
* Sostener todo tipo de lineamientos de trabajo propuesto por la Subsecretaría. No cambiar de política de abordaje cada año; renovar sin cambiar todo el tiempo.
* Continuar con Capacitaciones Regionales; interactuar con otros CPA más seguido.
* Talleres de capacitación y recreación para los pacientes con personal voluntario, con supervisión y capacitación del Equipo Profesional.
* Realizar más Reuniones Regionales de intercambio.
* Mayor integración con el resto de los CPA.
* Percibir honorarios en tiempo adecuado.
* Que podamos discutir en algún espacio común el tema de nuestro salario.

Chivilcoy

*A pesar de la crisis... con los pies en la tierra, mirando al cielo. Sigamos construyendo.
* Poder tener encuentros clínicos para propiciar el intercambio.
* Reducir la brecha entre lo que se gasta en otras cosas (eventos, sueldos

altos, publicaciones) y lo que gana la gente que trabaja en los CPA... ¡Aunque sea algo!, ya que se anunció que hay presupuesto.
* Considero como sugerencia importante la formación de profesionales médicos, en lo que respecta a la problemática adictiva para un mejoramiento en la calidad de atención.
* Necesidad de supervisión interna de los equipos; facilitar la internación en urgencia.
* Evaluación: estoy conforme con este nuevo equipo de gestión de la Subsecretaría y con la forma de plantear el trabajo.
* Capacitación profesional; Ateneos Clínicos; que escuchen las experiencias de los equipos para redefinir las prácticas.
* Que la cantidad de profesionales de los CPA sean repartidos en forma equitativa, en algunos hay muchos, en otros poco y nada, y no funcionan como equipo. En los que hay dos profesionales, por ejemplo, hay uno en un turno y otro en otro.
* Favorecer la comunicación entre la Comunidad Terapéutica a la que se deriva un paciente y el CPA que hace la derivación.
* Muy importante estos espacios de reflexión y de intercambio.
Me parece importante hacer más encuentros de este tipo; quizás para hacerlo más barato podría ser un solo día aunque un poco más largo.

Trabajo mejor articulado con relación a los pacientes alcohólicos y la Internación.

Asistir, acompañar y atender. Creo que este año y por nuestra historia, los equipos necesitaron una mayor asistencia, acompañamiento y atención por parte de la Subsecretaría a las demandas de los CPA. Se notó cierto interés en que así sea, pero sería bueno que para el próximo año este acercamiento sea mayor y uno no se encuentre tan solo en la tarea cotidiana. Capacitaciones, encuentros, supervisiones, foros, etc.

Mayor respaldo por parte de la Subsecretaría que sea equivalente a las exigencias que plantean; conformación interdisciplinaria de los equipos: Psiquiatras, Abogados, Trabajadores Sociales; distribución de cargos de acuerdo a las características poblacionales y sus demandas; mayor capacitación: Legal, espacios de Supervisión Clínica, material actualizado sobre drogas actuales y tipo de abordaje; conexión con el Hospitalito, que facilite y no dificulte el trabajo de Internación, ya que en muchos casos se digitan internaciones políticamente y se exige al CPA que complete la documentación, sin tomar en cuenta que el trámite no se inició en el CPA.

En ocasiones esos pacientes se escapan de las C.T. porque no se sostuvo un trabajo previo ni se logró trabajar con la familia durante la internación.

Fortalecer la red a nivel judicial. Propongo formar una comisión de abogados designados por la Subsecretaría, a fin de mantener entrevistas con los distintos jueces. Nuestros pacientes se merecen que el Poder Judicial de respuestas más rápidas y comprometidas.

* Tener como principio por parte de la Subsecretaría la singularidad de cada CPA (ya que es el que da respuestas a la comunidad en que está); acelerar toda burocracia para que gestiones y/o papeles compliquen lo menos posible el trabajo con pacientes y comunidad; incentivo del subsidio para los CPA para que se sostenga el NIVEL DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN.

* Seguir con estos encuentros para conocer el trabajo de otros pares y enriquecernos con sus experiencias; hacer supervisión de casos, lo importante es que si bien hay control de las actividades, no hay tanta presión ni tampoco menosprecio, porque antes parecía que estaba todo mal.; fortaleza de la Subsecretaría: flexibilidad en el trabajo de cada lugar (CPA).

Balance y Perspectivas

Conjuntamente a la realización de los Foros se organizaron jornadas de Balance del año 2002 y Perspectivas para el año 2003 donde cada región fue exponiendo, mediante trabajos en pequeños grupos, cuáles fueron a su criterio las Fortalezas y Debilidades con relación al año que pasó y cuáles creen que pueden ser las Oportunidades y Amenazas para la Perspectiva del año 2003. Por tanto queda conformados cuatro ejes:

Eje 1 Fortalezas
Eje 2 Debilidades
Eje 3 Oportunidades
Eje 4 Amenazas

El método con el cual se trabajó es el F.O.D.A., un dispositivo que permite organizar las visiones y las misiones del quehacer cotidiano de la práctica institucional. Es un organizador que no excluye otras ideas que pudieran aparecer en la utilización de dicho dispositivo.

A continuación explicaremos lo producido en el ámbito de estas Jornadas particularizando Sede del encuentro y Regiones participantes.

Sede del Encuentro: **Mar del Plata**

Regiones Sanitarias: Regiones VIII – IX

Eje 1 – Fortalezas:

Con respecto a dicho eje se puntualizó la permanencia y continuidad de los Servicios, lo cual redunda en la consolidación de los Centros como lugares de referencia en la problemática de las adicciones.

Sitúan una mayor coherencia en la gestión central y en la transmisión de mensajes, consideran positiva la nueva estructura de Regionalización y la existencia del Coordinador Regional, en tanto nexo que aporta unión a la Región, dando lugar a la consolidación de Redes.

Dicha consolidación la evalúan desde indicadores tales como; aumento de demanda específica, incremento de abordajes terapéuticos, ampliación de los Servicios y descentralización de los C.P.A.

Desde el punto de vista de los equipos refieren mayor integración interdisciplinaria y mayor articulación. También ven como favorable la posibilidad de contar con R.R.H.H. locales.

Por último reconocen como positivo el desarrollo de la autogestión local, dando lugar a un clima de mayor libertad.

Eje 2 – Debilidades:

Dentro de este eje se destacaron tres variables que podríamos sintetizar del siguiente modo:

Variable Organizacional: Pluralidad de O.N.Gs. participando en pagos de sueldos y cajas chicas, en ciertos casos con pobres niveles de organización, agregándose dentro de esta esfera la falta de información Institucional.

Variable Económica: Montos insuficientes para afrontar los gastos de los servicios y la falta de recursos materiales como CD., Videos, Revistas y Folletería para su distribución local.
Señalan, además, que no hay equidad de sueldos a iguales funciones y cargas horarias.

Variable Sanitaria: Mayor prevalencia de patologías duales con falta de estructura para su atención, considerando débil a su vez, la falta de Supervisión Clínica.

Eje 3 – Oportunidades:

Contar con un panorama estable a nivel Provincial, en favor de proyectos locales, considerando oportuno comprometer aun más al poder político local en el cumplimiento de las normativas existentes.

Por otra parte señalan que afianzando la articulación con Salud permitirá sistematizar un Programa de abordaje para los nuevos perfiles de pacientes y sus respectivas demandas.

Desde el punto de vista de la práctica Institucional, en el campo Sanitario, señalan oportuna la capacitación a los R.R.H.H. en todos sus niveles.

Agregándose a dichas cuestiones planteadas las variables relativas a lo económico, a saber: Evaluación de viáticos para quienes viajan y recorren la región y sus distritos junto con el aumento de Caja Chica de acuerdo a cada

Unidad Prestacional.

Eje 4 – Amenazas:

Advierten como amenaza la falta de aprobación de la Ley de la Subsecretaría de Atención de la Adicciones y la incertidumbre e inestabilidad supuesta en épocas electorales.

En otro aspecto señalan la disminución de la media con relación a las edades de los pacientes con patologías sociales severas (patologías disociales, delictivas, venta de estupefacientes a edades tempranas, etc.) como también el incremento de las situaciones de emergencia y urgencias.

Por último situaron, como una variable coyuntural en estas regiones, el aumento esperado de turistas en ciudades balnearias con el consecuente aumento de las situaciones de riesgo.

Sede del Encuentro: **Pueblo de la Paz**

Regiones Sanitarias: Regiones V – VI – VII A - VII B - XI - Sede

Eje 1 – Fortalezas:

En lo que respecta a esta área hubo coincidencias en señalar lo siguiente:

Considerable aumento de la creatividad de los equipos para la resolución de dificultades, como así también en el deseo de sostenimiento de los Servicios.

Se remarca la unificación de las áreas de Asistencia y de Prevención, con prevalencia de la comunicación y el trabajo interdisciplinario, incluyéndose el área Legal en dicho trabajo conjunto, mejorando de este modo la comunicación con los Juzgados.

Otro punto a señalar es el registro de mayor autonomía local y libertad de acción de los diversos intervinientes sanitarios con mayor participación horizontal.

La organización y conexión entre los equipos de trabajo se encuentra en permanente diálogo con los atravesamientos políticos, sociales y económicos.

Por su parte, ven como favorable la descentralización hacia la Regiones Sanitarias tanto a nivel de los Servicios de la SADA, como en su articulación con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires lo cual deviene en un mayor trabajo interinstitucional.

Con respecto a la comunidad destacan una mayor inserción en ésta, señalando la participación en Mesas de Gestión y en la elaboración de planes locales con la presentación de propuestas y nuevas estrategias. Por otro lado manifiestan que la respuesta de la Comunidad es altamente favorable. Se reconocen así mismos con muy buena predisposición y voluntad referida al sostenimiento de los servicios de atención.

Por último subrayan la actual posibilidad de medición de eficiencia, eficacia y efectividad de los Servicios de la SADA.

Eje 2 – Debilidades

En este eje se manifiestan, de modo recurrente, diversas consideraciones relativas a la esfera económica, a saber: la falta de información clara con relación a las fechas de cobro haciendo decaer el entusiasmo en los RRHH, produciendo como efectos colaterales, malestares y roces en los equipos, sustentados en las diferencias salariales entre los recursos humanos, como así también desgastes y cansancio.

Cada situación de estas es homolagada a un estado de crisis, que reedita anteriores situaciones de inestabilidad. En esta área agregaron la falta de presupuesto para recursos materiales, como gastos de papelería, viáticos y folletería.

En otra serie de cosas se han acentuado las observaciones en los siguientes puntos: incertidumbres iniciales atravesadas en el año 2002 y cambios en la conformación de los equipos sin que se hayan sustituidos recursos humanos, como también riesgos a no asumir roles de trabajo horizontal y caer en lugares de dependencia.

Señalan débil la comunicación y articulación entre la admisión en sede y las Unidades Prestacionales. Advierten que hay centros con insuficiente personal y/o personal con escasa carga horaria.

Solicitan unificar criterios respecto a las pautas de trabajo con pacientes duales, como una forma de abordar el tema de los cri-

terios diagnósticos.

Hacen mención a la falta de reflejo en las estadísticas institucionales con relación a prestaciones particulares que se realizan en los últimos tiempos, en torno a diferentes demandas provenientes de pacientes con situaciones y cuadros complejos, tanto a nivel familiar, social o toxicológicas.

Señalan falta de fluidez comunicacional con el Poder Judicial, llamando la atención al rol del abogado en los centros.

En lo que respecta a la articulación intrainstitucional se manifiesta escasa articulación ínter área con el consecuente desconocimiento de los proyectos de cada una.

Finalizando con la presente exposición grupal se mencionan las carencias de un sistema de auditorías, de capacitación y de baremos ¿? que determinen cambios en los niveles de atención.

Eje 3 – Oportunidades

En este módulo de oportunidades han surgido ideas en los niveles institucionales, preventivos, asistenciales y comunitarios.

Proponen ampliar la atención en los Partidos a través de las Unidades Sanitarias, como por ejemplo, "grupo de contención barrial" para pacientes que no cuentan con red, grupos operativos en poblaciones de riesgo, incluyendo operativos para púberes y prepúberes.

Así mismo hablan de la necesidad de fortalecimiento del voluntariado de padres y de realizar capacitaciones a nivel del trabajo comunitario.

Ven como oportunidad la continuación de los programas de facilitadores, comprometiendo a los efectores de salud en tareas de prevención para que las UP sean identificadas en la región.

Creen oportuno estimular la prevención en el ámbito laboral , como así también la creación de cursos de capacitación para el Poder Judicial. Reactivar el sistema de pasantías. Reiniciar la capacitación docente en función de detección y derivación de casos. Capacitar a las guardias hospitalarias en cuadros agudos de intoxicación.

Asímismo se propone afianzar los lazos con área de salud local y realizar encuentros regionales sobre criterios diagnósticos definiendo especificidad de pacientes a tratar y perfil de atención en las UP.

Trabajar y consolidar la identidad con los equipos, acompañando en los atravesamientos de las crisis mejorando la comunicación con cada UP.

Por último señalan hacer diagnósticos sobre lo relevante en cada región para participar en ello creando mayor oferta de dispositivos de atención, en pos de una permanente apertura a la comunidad, promoviendo una Clínica Social Comunitaria.

Eje 4 – Amenazas

En esta área de trabajo ha surgido como amenaza lo siguiente: las perspectivas de cambios políticos que deriva en una serie de incertidumbres sumado a la presencia de algunos gobiernos municipales políticamente adversos que hacen faltar las condiciones que permita una proyección en la tarea.

Sitúan por otro lado las dificultades económicas y la repercusión negativa en el ánimo de los equipos.

En este eje de intervenciones se agregaron la falta de coordinación entre áreas y falta de comunicación desde algunos sectores de la gestión.

Sede del Encuentro: **Chivilcoy**

Regiones Sanitarias: Regiones II – III – IV – X

Eje 1 – Fortalezas:

Dentro de este eje de trabajo sitúan la buena predisposición de los equipos en el sostenimiento de las prácticas institucionales. Se consideran equipos resistentes con cualidades tales como la creatividad, la adaptación y la flexibilidad.

Señalan que los centros cuentan con reconocida imagen local, agregando que la descentralización hacia los barrios ha promovido una mayor presencia e inserción comunitaria.

Reconocen trabajar sin condicionamientos a un programa, con capacidad de autogestión contando con libertad de herramientas para desempeñar sus funciones. Señalan que a partir de la regionalización las UP han reforzado emprendimientos locales.

Ubican la unificación en las áreas de asistencia y prevención como factor del fortalecimiento de los equipos.
Reconocen como favorable el aumento de integrantes en los equipos, con posibilidades de implementar mas modalidades de abordaje y mayor atención de pacientes.

Desde el punto de vista institucional, se está logrando una mayor comunicación con los municipios de la región favoreciendo la extensión del trabajo en varias ciudades.

Eje 2 – Debilidades

Dentro de este espacio de trabajo emergieron con mayor recurrencia expresiones relativas a la reestructuración institucional, a partir de los cambios de gestión y por consiguiente sus nuevos lineamientos. Aludiendo esta coordenada a cuestiones tales como: cambios de identidad, incertidumbre de proyecto e inestabilidad laboral.

En otro orden de cosas se ha señalado la necesidad de mayor formación específica en adicciones, como así también, la falta de supervisión clínica e institucional.

Por otra parte se han marcado la falta de estrategias para intervenciones comunitarias que propicien la participación activa de los efectores sanitarios de la Red.

Sostienen la necesidad de un trabajo de sensibilización con los profesionales médicos para favorecer los canales de derivación. En otro orden creen necesario articular el rol y la función del abogado en los equipos.

Eje 3- Oportunidades

Se destacó la consolidación de equipos de trabajo con elaboración de estrategias para la atención de la demanda específica.

Organizar estrategias de capacitación a nivel de educación EGB – Polimodal. Como así también para con la comunidad, establecer contactos con familias en riesgos (detección precoz, abusos de sustancias, emergencias toxicológicas, etc.)

Llevar adelante encuestas haciendo relevamientos de datos con el fin de trazar estrategias de atención comunitaria. Proponen continuar con los CELS (Centros de Estudios Locales en Salud- Ventanas Epidemiológicas)

Proseguir en la tarea de sensibilización y de reducción de la tolerancia social.

Promover articulaciones institucionales con marcos normativos compartidos. Generar controles de alcoholemia. Proseguir en articulación con el Poder Judicial y llevar a cabo en forma sistemática reuniones regionales con frecuencia bimestral con la promoción de talleres, debates, etc.

Por último señalan desde esta pauta de oportunidad la creación de un centro de internación en la región y la constitución de un equipo que contenga a las unidades prestacionales de Bragado, Nueve de Julio, Salto, Junín y Henderson.

Eje 4 – Amenazas

Dentro de esta perspectiva se relevaron las siguientes enunciaciones: Dificultad para dar continuidad a los proyectos desde un "empezar" permanente. Refieren mayor vulnerabilidad y malestar intra equipo. Registro de inestabilidad salarial y desprotección laboral.

Por otra parte señalan la falta de recursos económicos en Cajas Chicas de las Unidades Prestacionales.

Encuentran obstáculos para generar demandas específicas en adicciones, existiendo en localidades afines a esta Región, alta tolerancia social y agregan la escasa articulación con Salud y los Centros de referencia de la SADA.

Sede del Encuentro: **Bahía Blanca**

Regiones Sanitarias: Región I

Eje 1- Fortalezas

En principio la inclusión dentro del Ministerio de Salud con la incorporación de la Dirección Regional han promovido una mayor integración y afianzamiento en Red, por una parte, y con Sede por otra.

En lo concerniente a la Red señalan mayor acercamiento a la Comunidad en general (Hospitales, Juzgados, Municipios, Comercios y Asociaciones).

La confirmación y consolidación de un equipo único, fusionando las

Areas de Prevención y de Asistencia, ha aportado en la definición de estrategias comunitarias y de atención específica. Agregándose la apertura y extensión en grupos de proximidad, la concreción de U.P. barriales y delegaciones.

En lo que a atención se refiere, señalan crecimiento de consultas y demandas en atención específica, aumento en el número de pacientes y mayor agilidad en internaciones.

Subrayan positiva la articulación del equipo del Centro de Punta Alta con la C.T., como así también la incorporación de un Médico y una Operadora Terapéutica en dicha Unidad.

Eje 2 - Debilidades

En cuanto a las Debilidades, surge lo siguiente:

Necesidades de contar con mayor capacitación que referencien el accionar comunitario y con Supervisiones Clínicas e Institucionales. Sitúan como puntos débiles en la atención lo relacionado con la Reinserción Social de los pacientes con francas dificultades económicas y de contención social familiar, como así también posiciones adversas al tratamiento en pacientes detenidos.

Se hace referencia a la necesidad de crear nuevas estrategias para enfrentar el actual contexto social.

Se particulariza en las necesidades de contar con Unidades en la Región para la internación de mujeres, como también en la atención de pacientes duales, menores y alcohólicos.

Refieren la falta de reconocimiento del tabaquismo como adicción y la necesidad de capacitación en alcoholismo.

Por último, desde lo Institucional y Económico dicen:

Necesidad de allanar obstáculos existentes con Salud debido a la falta de organización estructural y de cierta inestabilidad a partir de la irregularidad en los cobros y falta de recursos para acceder a otras localidades pequeñas de la Región a los fines de extender su tarea.

Eje 3 – Oportunidades

En este sentido señalan oportuno desde lo inter-institucional crecer en

el intercambio con los Municipios.

Creación de un proyecto Provincial único, con la implementación de un Proyecto de Normativa contra el abuso de alcohol. Agregando que la sanción de leyes producirá una mayor conciencia social y por lo tanto consecuencias positivas en la atención de las adicciones.

Por otra parte proponen sistematizar capacitaciones en alcoholismo y tabaquismo con formaciones de grupos de auto ayuda.

Se piensa en la creación de pasantías para Operadores y Psicólogos en Comunidad Terapéutica de Punta Alta.

Proponen extender y ampliar la Comunidad de Día al trabajo en Red, logrando un mayor contacto con la Comunidad y proseguir trabajando con las U.P. de la Región unificando criterios.

Eje 4 – Amenazas

Desde este Eje se puntualizó la variable Política Electoral respecto al año 2003. Con la eventualidad de los cambios y sus consecuencias en el sentido de continuidad de Programas, Estrategias y Proyectos Sanitarios. Como así también aspectos de la variable económica que produce inestabilidad y falta de recursos para el sostenimiento de las actividades del equipo y la continuidad de su trabajo.

Inconclusiones

Cerrar no es concluir. Estos párrafos tienen la intención de cerrar este trabajo como el inicio de un recorrido de futuras producciones, pensamientos e ideas, valores que deben acompañarse de una acción como puesta en marcha de una dinámica. Las conclusiones deben darse en el marco de seguir pensando formas de intervención y de tomar estos Foros como punto de partida de una etapa superadora en el historial institucional.

Solicitamos al lector que envíe sus resonancias, pareceres y ocurrencias a la Coordinación de Regiones de esta Subsecretaría para elaborar el diseño de los nuevos Foros que tendrán lugar en el segundo semestre del corriente año. Nuestra dirección de mail es reg_prev@spadla.gba.gov.ar
Nuestros Teléfonos: (0221) 427-0429 // (0221) 427-1732 al 35 Int. 2247

Coordinación de Regiones
Subsecretaría de Atención de las Adicciones
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Julio 2003