

El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades

Aspectos de
salud mental

Reflexiones a 20 años de aprobado el Programa Nacional de Salud Mental

A 20 años de su aprobación, creemos oportuno expresar algunas consideraciones. El mismo marcó uno de los momentos más fecundos de la historia de la Salud en nuestro país, producto del esfuerzo y la participación de múltiples actores públicos y de la sociedad civil organizada, que intentaron modificar una realidad que demandaba urgentes transformaciones.

Mucho se discutió si se trataba de un **Programa**, **Plan** o era meramente una **expresión de deseos**, ya que nunca se adjudicó un financiamiento. Pero, sin duda, se constituyó en una **hoja de ruta** que marcó el camino por donde transitar los cambios en la Salud Mental y en la atención de las personas con enfermedades psiquiátricas. Su espíritu, muchos de los conceptos y lineamientos que recoge mantienen vigencia 20 años más tarde. Su ejemplo sirvió de inspiración para las transformaciones en otros sectores de la Salud. Cuando observamos y participamos de discusiones actuales sobre la Salud y el cambio de modelo, estas nos evocan las realizadas a mediados de los 80, que finalizaron con la aprobación del Programa Nacional de Salud Mental.

Nos referiremos particularmente al subsector de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Pero este abordaje requiere de varias puntualizaciones previas.

1. Los subsectores público y privado no pueden considerarse como compartimientos separados, sino que existió y existe una interacción entre las fortalezas y debilidades de cada uno de ellos, al formar parte de un sistema. Esta interacción operó de manera natural y espontánea, no organizada ni racional ni sistematizada, y cada uno de los subsectores transitó su camino y los cambios guiados por sus propias motivaciones, vectores de fuerzas,

intereses y características, pero influyendo en el otro de una manera en general favorable.

Hace muchos años, en ocasión de la primera visita de la Organización de Abogados Americanos con el fin de estudiar la situación de la atención de las personas con enfermedades mentales, afirmábamos que el sector público estaba más propenso a los cambios que el sector privado. Hoy podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que en ambos sectores se generó el clima y las condiciones para concretar transformaciones con importantes logros.

2. Si observamos, en particular, el sector de las IAMC, las interacciones entre ellas fueron inicialmente pocas y dificultosas, registrándose leves avances en los últimos años.

3. Por otra parte, no se puede pretender que los cambios en la Salud Mental se concreten en la medida de nuestras expectativas, si no se acompañan de transformaciones en el mismo sentido, es decir, sinérgicas, en todo el Sector Salud y en las condiciones generales de vida de la población. Esto explica, a nuestro criterio, muchas de las dificultades y obstáculos para lograr los objetivos planteados.

4. Por último, la cuarta puntualización tiene que ver con la opinión de que el Ministerio de Salud Pública no asumió de la manera como se requería la función de liderar, normatizar, y fiscalizar las acciones y los cambios en ambos subsectores.

Una atención con características de universalidad, igualitaria, integral, con accesibilidad, regionalizada, supervisada, evaluada, personalizada, con acciones en los tres niveles de prevención, con programas prioritarios en función de la información epidemiológica, debe necesariamente atravesar tanto al subsector público como privado, con criterios de

Autor

Ariel Montalbán

Médico Psiquiatra.
Profesor Agregado de Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

complementariedad, integración y coordinación, aportando cada uno sus fortalezas y diluyendo las debilidades, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia. Existen hoy multiplicación de estructuras y barreras de todo tipo a la accesibilidad de los usuarios de un subsector al otro. Estamos planteando la necesidad de un **Sistema de Salud integrado entre lo público y lo privado**.

Evolución y perspectivas

En la última década asistimos a un cambio en la demanda de atención seguramente vinculada a múltiples factores: psicosociales, económicos, culturales, del sistema sanitario, avances en las disciplinas que comprende la Salud Mental, así como de los recursos terapéuticos, la defensa de los derechos de los pacientes con enfermedades psiquiátricas, el movimiento de los usuarios, etc. Creemos que se operó una transición demográfica y epidemiológica en los problemas que demandan nuestra atención. Los trastornos de personalidad, los trastornos por consumo, la problemática psicosocial, sociopatía, la violencia, los accidentes, los suicidios, la comorbilidad, los trastornos del humor, etc., nos enfrentan con una carencia de herramientas eficaces para su atención. Es necesario e imprescindible la confluencia de múltiples disciplinas y profesionales, de diferentes organismos, instituciones y actores para abordar estas problemáticas. Las características de la población que demanda internación en los sanatorios psiquiátricos es hoy de menor edad, con una tendencia a disminuir el predominio del sexo femenino.

Los cambios que constatamos en las IAMC son, evidentemente, muy importantes. Los estudios sobre estructura del gasto evidencian que lo que corresponde a Salud Mental es mínimo comparado con otras especialidades, con relación a la alta demanda de los usuarios y al alto impacto de las acciones desplegadas. También es necesario decir que hace falta más estudios que evalúen científicamente el resultado de

dichas transformaciones. Ha quedado atrás la atención que se caracterizaba por actividades que implicaban una respuesta con solo dos posibilidades: la atención en consultorio y la internación en sanatorio.

Los desarrollos fueron dispares tanto cuali como cuantitativamente en las diferentes IAMC, pero no debemos olvidarnos de que el sector atravesó por graves dificultades económico financieras que lo colocaron en la mayor crisis de su historia, aún no superada y que llevó al cierre de muchas instituciones, con un grave perjuicio para los usuarios pero también para sus trabajadores, médicos y funcionarios que vieron seriamente comprometida su propia Salud Mental.

Del análisis de la estructura del gasto en Salud Mental en las IAMC se identificó que el mayor costo correspondía históricamente a la internación psiquiátrica y más concretamente a la hotelería. Se plantearon, entonces, alternativas a la internación con una reformulación del gasto. Hoy el conocimiento nos dice que si evitamos las descompensaciones estamos incidiendo en el pronóstico de la enfermedad. Se implementaron programas con acciones específicas en capacitación del recurso humano, modificación del modelo con el objetivo de concentrar las actividades en la prevención, educación, detección precoz, grupos de riesgo, programas específicos para determinadas patologías y problemáticas, desplegando recursos terapéuticos biológicos, psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, psicoeducativos, psicosociales, comunitarios, de rehabilitación, etcétera.

Internación en los sanatorios psiquiátricos. Se realiza hoy en general con criterios de ingreso, de egreso, con un planteo diagnóstico que implica una estrategia de tratamiento con explicitación de las técnicas y los recursos para lograr los objetivos planteados, atención supervisada y evaluada. Se asiste progresivamente a una modificación de la llamada por nosotros “cultura de los 30 días de internación”, y así gana espacio la idea de una internación el tiempo necesario y suficiente para lograr los objetivos planteados con una asistencia de óptima calidad.

Se crearon instancias y estructuras que permiten la atención en sanatorios de medicina, ubicando al sanatorio psiquiátrico para los casos que así lo requieran por el alto riesgo del paciente, la necesidad de contención, lo prolongado de la internación, la complejidad de recursos terapéuticos a utilizar. No es el diagnóstico nosográfico lo que determina el lugar donde se efectúa la internación. La internación en sanatorio médico, en general por un tiempo máximo de 72 horas, se realiza con el objetivo de observación, resolución de situaciones de crisis, remisión de síntomas, diagnóstico, obtener información, estudios orgánicos, intervenciones sociales, laborales o familiares. Estas estructuras no solo mejoran la calidad de la atención en Salud Mental, sino que también se transforman en espacios de interacción con otros profesionales y especialistas médicos, contribuyendo a una modificación positiva, enriquecimiento y humanización en la relación médico y personal de enfermería con el paciente, con una profundización del concepto de Salud Integral y de la persona como unidad bio-psico-social. También permiten disminuir el estigma que recae sobre el enfermo mental y por qué no decirlo, sobre los que lo asistimos.

Se discriminó poblaciones en las que se desestimula la internación en sanatorio psiquiátrico: son los pacientes psicogerítricos, niños y adolescentes, desarrollándose áreas específicas para su atención, así como también las personas con trastornos psiquiátricos que además presentan factores médicos relevantes.

Históricamente, el hospital o sanatorio psiquiátrico amparaba todo lo que era abandonado o para lo que la sociedad no tenía respuesta. Hoy se afianza el concepto de no medicalizar ni psiquiatrizar situaciones psicosociales y que otros organismos y actores de la sociedad deben asumir la responsabilidad que les corresponde.

Internación domiciliaria. Es otro programa que se desarrolló con éxito y demostró ser una herramienta útil cuando se aplica con rigurosidad los criterios de ingreso y egreso.

Funciona para pacientes de bajo riesgo que requieren mínima contención, que cuentan con una familia continente, que lo apoya y que se evalúa que va a ser favorable para la resolución de la crisis, que tenemos la seguridad del cumplimiento de la prescripción, y que los factores sociales y económicos no son relevantes.

Atención psiquiátrica de urgencia en domicilio. Se realiza por un equipo integrado por psiquiatra y enfermería.

Atención a pacientes de riesgo con registro, control y seguimiento. Son programas en que el seguimiento y el control son realizados activamente por la Institución y se pretende identificar y luego actuar sobre los factores que facilitan las descompensaciones de los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y crónicas. Se demostró que es un recurso útil para evitar las descompensaciones y las internaciones en pacientes que anualmente permanecían más de 30 días internados en sanatorios psiquiátricos. De esta manera, se mejora la calidad de vida de estas personas y sus familias y se actúa sobre el pronóstico de la enfermedad. No demostró ser eficaz para los trastornos graves de personalidad.

Programas de psicoterapia. El desarrollo de psicoterapia en el ámbito institucional no fue fácil y debió superar múltiples dificultades. Debemos reconocer el rol que cumplió la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina como pionera en el tema. Se debió enfrentar fuertes resistencias institucionales, prejuicios y por qué no decirlo, intereses corporativos.

Programas para grupos particulares. Entre ellos, se destaca la importancia creciente de las acciones sobre la salud mental de niños y adolescentes. Se constituyen programas para atender la salud de los adolescentes con equipos capacitados y espacios y tiempos apropiados. También se destacan los programas psicogerítricos y los que atienden la salud de la mujer. Todos tienen en común poner especial énfasis en la prevención, promoción y educación, así como en la detección precoz con una atención oportuna y eficaz integrando el paciente y su familia.

Programas de atención a trastornos o problemáticas específicas. Consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación, violencia y maltrato, etcétera.

Programas de Psicología Médica. Con acciones dirigidas al equipo de salud y para el abordaje de la repercusión emocional de las personas con una enfermedad médica.

Programas de educación médica continua y formación de los recursos humanos. Estos programas son dirigidos a todo el personal que actúa en la salud. En el caso de los médicos con coordinación con la Escuela de Graduados.

Podríamos seguir enumerando con hechos concretos los avances operados, pero lo resumiremos diciendo que el sector se encuentra dinámico, fecundo e innovador, participando activamente del cambio de modelo que pone énfasis en el primer nivel de atención, que implica una integración del especialista y el médico general, es decir, de las acciones de salud mental a la salud en general. Se jerarquiza el lugar del médico generalista y se reformula la relación con el especialista.

Se mantiene como desafíos el generar otras instancias intermedias entre la internación

y lo ambulatorio, como son los Hogares Protegidos, los Hogares de Medio Camino o de Estadía Intermedia, profundizar las acciones de rehabilitación, Centros de Día, instancias de reinserción laboral, trabajos protegidos, así como la incorporación o el aumento de la presencia de otras profesiones como la capacitación de agentes comunitarios, cuidadores, el aumento del número de trabajadores sociales, etc. Pero también hemos aprendido, y lo decimos una vez más, que para encarar lo pendiente se hace necesario **complementar, integrar y coordinar** dentro del sector salud, fuera del sector salud, en lo público y lo privado.

Con dificultades más importantes que en lo público se consolida la idea de **trabajo en equipo** multidisciplinario con una integración de la salud mental a la salud general en un concepto integral.

Para finalizar, tenemos que indicar que estos cambios no fueron fáciles y llevaron años, debimos aprender a dialogar con los administradores y directores de las IAMC así como, también, con los niveles políticos institucionales de decisión. El continuar por este camino requiere de un contexto favorable en el sector salud y en el país en general.