

Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial

Aspectos de salud mental

Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental

Veinte años, atrás en el propicio ambiente de la apertura democrática, un movimiento de amplia participación promovió el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM). Su trayectoria tuvo progresos e involuciones, pero hoy se comprueba avances hacia un nuevo modelo de atención en salud mental. **Este nuevo modelo deberá converger y articularse con el proyectado Sistema Nacional Integrado de Salud** con firmes bases solidarias, humanistas y científico técnicas, que nuestra población pueda sostener y conducir.

El **movimiento democrático en salud mental** renovó la esperanza de mejorar la existencia y el destino de decenas de miles de orientales marginados a lo largo del siglo, por su condición de padecer trastornos mentales que los volvían seres indefensos, exiliados de la sociedad y la cultura.

Tres direcciones principales, ampliamente conectadas, se abrieron con el PNSM:

- La primera apuntó al **primer nivel de atención, en y con la comunidad, como estrategia principal**.
- La segunda consistió en la creación y el desarrollo de **Unidades de Salud Mental en los hospitales generales**.
- La tercera incluyó los **nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y la voluntad de superar el modelo asilar**.

La vitalidad de estos cambios tuvo principal expresión en el sector público –que cubre, en forma creciente, la mitad de la población–, pero no logró movilizar aún al sector de la asistencia médica colectiva (IAMC) –que cubre la otra mitad.

Hubo, pues, cambios de mentalidad y cambios en política sanitaria, entrelazados

con avances técnico científicos relevantes. Los planes de atención en trastornos mentales tienen hoy alta efectividad y están densamente comprobados para los agentes neurobiológicos, la psicoterapia de diversa orientación teórica y técnica y los dispositivos psicosociales y educativos. Este efectivo conjunto y, más aun, su empleo combinado, permiten multiplicar y elevar la calidad de las intervenciones no sólo en los episodios críticos –que durante mucho tiempo fue el lugar casi exclusivo de las acciones– sino en prevención, promoción y rehabilitación.

Mención especial merece el desarrollo de la conciencia universal en derechos humanos; su efecto sobre la atención de personas afectadas por trastornos mentales resulta decisivo. En los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” del Alto Comisionado de ONU para los Derechos Humanos (Asamblea General de ONU, 17 de diciembre de 1991) se dice: “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitario y social”.

I. La prevalencia o problemática histórica

Los problemas históricos más importantes de la salud mental en nuestro país, y aún no superados incluyen:

1. **La marginación masiva de enfermos mentales.**
2. **El notorio retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales a los servicios públicos y a las IAMC.**

1. La concentración masiva de enfermos mentales supuso durante un siglo el problema más importante de salud mental del Uruguay.

La calidad de la internación y del asilo fue, en general, muy penosa con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de los pacientes, sus familiares, la comunidad y el personal de salud.

El número de asilados, que llegó a cinco mil personas a mitad del siglo (tasa de 19 o/000), muestra una disminución sostenida, persistiendo un remanente de casi mil personas (tasa de 3 o/000). La velocidad del descenso de la población asilar se aceleró en los noventa como para anticipar su superación en pocos años; sin embargo, en el año 2000 el número de asilados tiende a estabilizarse en un millar y reaparece cierta inquietud respecto de su evolución. En estas cifras no están incluidos ni el Piñeyro del Campo ni las “Casas de Salud”.

Se logró, además, una redistribución nacional del sistema de internación en hospitales generales y un mejoramiento operativo en el trato de los episodios críticos; el desarrollo de más de veinte centros de rehabilitación en todo el país con más de un millar de pacientes y familiares y el despliegue nacional de una treintena de centros de salud mental con más de doscientas mil consultas anuales.

El desarrollo de la psiquiatría y la salud mental en los diversos departamentos constituye uno de los cambios más trascendentes de las últimas décadas que marca un viraje hacia estrategias comunitarias.

Aun cuando persisten realidades inaceptables, que no debemos admitir como inevitables, un nuevo estilo de atención está en condiciones de desplegarse: la hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible; la asistencia en la comunidad; la educación del paciente y su familia; los espacios psicoterapéuticos grupales y personales; la extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de usuarios, familiares y organizaciones comunitarias; el énfasis en los derechos humanos; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue; el acceso pleno de los pacientes a la vida social; el

diseño de los proyectos terapéuticos con objetivos claros, concepción integral y evaluación sistemática; la distribución concertada de los roles en los equipos de salud; el mejoramiento de los contratos de técnicos y funcionarios. Este conjunto apuntará a articularse en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

2. Un segundo gran problema: la carencia de recursos de psicoterapia y psicosociales en los servicios públicos y en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Las psicoterapias tuvieron un buen desarrollo en nuestro país. Pero su inserción se limitó a los sectores que podían acceder, por pago personal de servicios, a la asistencia o la formación técnica. Las diversas escuelas se constituyeron como campos incomunicados y muchas veces confrontados.

Por iniciativa de la Clínica Psiquiátrica universitaria, a partir de 1986, se produjo un notorio avance en las psicoterapias abiertas a la comunidad. Convergen en ese y otros programas universitarios, diversas orientaciones (psicoanálisis, psicodrama, terapia cognitivo conductual, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica) que emplean técnicas individuales, grupales y familiares, con amplia cobertura de situaciones: adolescentes, adultos y familias, y amplio espectro de trastornos abordados: problemáticas existenciales, neurosis, trastornos de personalidad, psicosis. Esas actividades, junto a los desarrollos comunitarios y a las terapéuticas neurobiológicas, deben asegurar una amplia gama de procedimientos para superar las acciones unilaterales que cercan al paciente, su familia y el equipo de salud en respuestas sesgadas y de alto costo/beneficio en diversos sentidos. La rica experiencia universitaria ha permitido poner en marcha el Programa de Formación en Psicoterapia en Servicios de Salud en el marco de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. La formación de la Federación Uruguaya de Psicoterapia resulta un aporte relevante.

II. La prevalencia o problemática de fin de siglo

Sobre aquellos problemas históricos prevalentes, en los que estamos avanzando, se desarrolla crecientemente la **prevalencia de fin de siglo**, agregando complejos problemas.

Existe un nuevo perfil en la demanda masiva a los servicios de asistencia y una notoria inadecuación en la respuesta. Se incluyen aquí las molestias y quejas corporales –que no correlacionan con trastornos somáticos consistentes–, los problemas emocionales y del estado de ánimo, entrelazados con problemáticas existenciales: *trastornos por estrés, trastornos adaptativos, trastornos depresivos, y situaciones de padecimiento personal, familiar y social que merecen asistencia sin constituir trastorno*. Alta prescripción de medicamentos, “medicina alternativa” y expansión de propuestas folclóricas –que contrastan con la prodigación, sin apropiada evaluación científica, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de tecnología especializada– traducen las dificultades para responder con propiedad a las actuales necesidades de personas y comunidades.

De especial preocupación resulta **la violencia social, familiar y el maltrato infantil y sus consecuencias, y la incidencia creciente de la muerte violenta**. La violencia y las muertes violentas (homicidio, suicidio y accidentes considerados en conjunto), por sus causas y en especial por sus consecuencias, se han convertido en un problema principal de salud. Entrelazados a la violencia, **el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones** y diversas condiciones de **padecimiento en la vida cotidiana**. Las modificaciones de la conducta de las personas y los grupos sociales, con tendencia al egocentrismo y a la devaluación de los vínculos solidarios; la exaltación competitiva sin consideración por el prójimo y por sí mismo; la incertidumbre y enajenación en la actividad laboral con desempleo, subempleo y multiempleo; los fenómenos

de emigración, marginación y fragmentación social constituyen un complicado entramado de riesgos y daños.

Los espacios de crecimiento y de formación de los seres humanos, la familia, los ámbitos de convivencia e intercambio creativo y recreativo y la actividad laboral, resultan fuertemente perturbados y hasta desmantelados, afectando especialmente a niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores.

En Uruguay estos fenómenos de fin de siglo aparecieron con relativo retraso y menor intensidad, pero ya están instalados en forma endémica y se han expresado con especial malignidad luego del desastre financiero de 2002. Esta emergencia social propone a la sociedad y al personal de salud el desafío de cooperar en nuevos campos donde las prácticas tradicionales resultan insuficientes y donde las acciones en salud mental resultan imprescindibles.

Estos y otros problemas aparecen sobre una compleja inflexión de la cultura en el último tercio del siglo, condicionada por cambios económicos, tecnológicos y sociales con fuerte y creciente concentración regresiva de bienes materiales y culturales.

III. Evaluación crítica

Las mayores dificultades del PNSM han sido y siguen siendo:

1. La mala calidad de los contratos del personal de salud.
2. El retraso de los sistemas de registro, elaboración de datos, evaluación de resultados, construcción de indicadores y controles de calidad. *Se trata de avanzar el arte en salud/enfermedad a un arte sostenido en comprobaciones.*
3. La inmovilidad de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
4. La separación del sector salud mental respecto de los servicios de salud.

IV. Mirada al futuro

Hacia el futuro sería esperable obtener la consolidación y el despliegue de los nuevos escenarios.

1. **Elevar la calidad de hospitalización de los pacientes en los episodios críticos.** Los servicios asistenciales (públicos y mutuales) deberán disponer de internación especializada, en salas generales y en domicilio para los episodios críticos. El subsector mutual deberá asegurar la internación durante todo el episodio y cada vez que este ocurra, sin la limitación actual de treinta días por año.
2. **Consolidar los Centros de Salud en la comunidad.** Estos Centros deben transformarse en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental, en articulación con el primer nivel de atención integral en salud.
3. **Multiplicar los Centros de Rehabilitación,** pieza fundamental para mejorar la socialización de los pacientes, cooperar con las familias y disminuir la frecuencia de hospitalización. Operan en la actualidad 14 Centros Departamentales y 5 Centros en Montevideo coordinados en la Comisión Intercentros. El Patronato del Psicópata y su Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica están encomendados por ley 11.139 y decreto 117/971, respectivamente, a impulsar y conducir estos desarrollos. El subsector mutual deberá incorporar la rehabilitación en la cobertura de sus afiliados.
4. **Crear albergues comunitarios permanentes (Hogares Protegidos)** para no más de ocho o diez personas, en los que el cuidado y la recreación aporten el mejor nivel de dignidad para cierto porcentaje de pacientes con grave daño y en los que la convivencia familiar no es posible; y residencias supervisadas para los pacientes con buen nivel de desempeño social pero que no conviven con sus familias. Hasta el presente las necesidades de albergue permanente son brindadas por la Colonia de Alienados y las “Casas de salud”, en condiciones muchas veces inaceptables.

La aplicación de la ley 9.581 sobre la Asistencia de Enfermos Mentales, de 1936, es una necesidad perentoria, hasta que se disponga de una nueva ley.

5. **El acceso pleno o protegido de los pacientes a la vida social.** Las diferentes estructuras asistenciales en construcción no son para retener a los pacientes, como alternativa al asilo, sino para facilitar su tránsito a la vida en la comunidad; de allí la importancia de concebir espacios, más allá de los servicios de salud, para que las personas –en el diverso nivel de competencia al que logran acceder– se incorporen a actividades creativas apropiadas. Son caminos viables el **Taller Protegido** y la **Cooperativa Social**, asegurada por ley y que permita a los rehabilitados operar en la actividad productiva sin las desventajas de la discapacidad remanente.

El despliegue coordinado de estas nuevas estructuras permitirá la transformación del Hospital Vilardebó en un Centro de Salud Mental, calificado en hospitalizaciones especializadas y abierto a la comunidad y la superación definitiva de la Colonia de Alienados. La profunda marca de estos asilos en la actividad laboral y en la vida social y cultural de Santa Lucía, 25 de Agosto, Ituzaingó, Pueblo Nuevo, Moré, aconseja la amplia participación de esas comunidades en las vías de superación, comenzando por reconocerles el haber albergado durante casi un siglo más de veinte mil pacientes, gravemente afectados, procedentes de todo el país.

La construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud –con cambio del modelo asistencial– es una de las tareas prioritarias de la sociedad uruguaya para el período histórico que comenzaremos a transitar. Su primera fase deberá atender el estado de emergencia social con intervenciones sociales y sanitarias, urgentes y extendidas, sobre amplios sectores de la población. Las acciones en salud mental resultan imprescindibles. Es condición necesaria articular estas acciones en el primer nivel de asistencia.

El PNSM ha subrayado cuatro aspectos a enfatizar en la **estrategia del primer nivel en la emergencia social:**

1. La calidad en la relación entre el equipo de salud y la comunidad, que supere los desencuentros que son tan notorios.
2. Atender las problemáticas de nueva prevalencia (trastornos por estrés, trastornos adaptativos, trastornos depresivos y situaciones que merecen asistencia sin constituir trastorno).
3. Atender las condiciones y consecuencias de la violencia.
4. Atender el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones.

V. Las normas y estructuras actualmente operativas

Principales estructuras que operan actualmente en los lineamientos del PNSM:

1. **Programa Nacional Salud Mental (DIGESA-MSP)**, con una Comisión Asesora Técnica, de amplia participación y sus Grupos de Trabajo.
2. **Dirección de Unidades Asistenciales Especializadas de ASSE** (Colonia de Alienados, Hospital Vilardebó, Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales, 11 Centros de Salud Mental en Montevideo y 24 Centros de Salud Mental Departamentales y algunos Centros de Rehabilitación).
3. **Patronato del Psicópata** (ley 11.139) y su **Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica**.

La Comisión Honoraria está integrada por el Director del Programa de Salud Mental del MSP, el Inspector General de Psicópatas, los Directores del Hospital Vilardebó y Colonia de Alienados, el Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, un representante de la Sociedad de Psiquiatría a propuesta de ésta, tres representantes de la comunidad (uno abogado y otro contador); los cuatro últimos designados por el Poder Ejecutivo. El Patronato tiene Comisiones Delegadas en todos los departamentos del país y en la Colonia de Alienados.

4. **Ley sobre la Asistencia de Enfermos Mentales** de 1936 (ley 9.581). Sus órganos

son el Inspector General de Psicópatas y la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas.

5. **Asociaciones de Familiares**. Centenares de familiares asociados, en Montevideo y en diversos departamentos, están coordinados en una Red de Asociaciones de Familiares.

Para progresar en el PNSM resulta imprescindible lograr una activa participación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Para lograr las mayores garantías a los pacientes, sus familias y el personal de salud es menester asegurar una **Auditoría nacional permanente** del PNSM y **Auditorías de OMS/OPS y del Alto Comisionado de DD. HH.** en forma periódica, pero regular.

VI. Desarrollos no incluidos en este documento

Existen relevantes desarrollos en Psiquiatría Pediátrica y Salud Mental en Comunidad que no han sido incorporados a este documento. Tampoco se han incluido los desarrollos específicos en algunos importantes sectores de salud mental (Centro Izcali y Centro Diurno Piñeyro del Campo) ni los aportes de distintas ONG. Los desarrollos tan trascendentes de los diversos departamentos y sus problemáticas (muchas veces bien diferentes de la zona metropolitana), por sus peculiaridades y heterogeneidad exigen una participación creativa de protagonistas departamentales (Asociación de Psiquiatras del Interior, Patronatos delegados, Intendencias, familiares, comunidad, etc.); resultaría muy torpe abordarlos con criterios centralistas. Queda pendiente, pues, un esfuerzo colectivo más amplio y abarcativo, que actualice el PNSM, en el contexto del cambio de modelo en salud.

La Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental acordó este Documento Programático el 16 de agosto de 2005, en la Sala de Sesiones del Ministerio de Salud Pública. Las organizaciones que participaron en la sesión plenaria se indican a continuación.

Asociaciones científicas y/o profesionales

Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay

Coordinadora de Psicólogos

Colegio de Enfermeras y Asociación de Nurses del Uruguay

Colegio de Abogados (Comisión de DD. HH.)

Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas

Federación Uruguaya de Psicoterapia

Asociación de Psiquiatras del Interior

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay

Sociedad de Psiquiatría Social del Uruguay

Sociedad Uruguaya de Psicología Médica

Asociación de Psicología y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia

Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia

Asociaciones de Usuarios y Familiares

“Aprendiendo a ser”, CIPRES, Esperanza, Patronato, Sur-Palermo, Teodoro Vilardebó

Intercentros de Rehabilitación

Inspector General de Psicópatas y Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas (ley 9.581)

MSP-ASSE (Dirección de Unidades Asistenciales Especializadas)

Unidades de Salud Mental Comunitarias, de Hospital General y Departamentales

Hospital Vilardebó

Colonia de Alienados

MSP-DIGESA

Dirección de Programas

Dirección del PNSM

Coordinación de las Direcciones Departamentales de Salud

Patronato del Psicópata (ley 11.139)

Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata y Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica

Universidad de la República y formación universitaria habilitada

Facultad de Ciencias Sociales (Departamento de Trabajo Social)

Facultad de Enfermería

Facultad de Medicina

Clínica de Psiquiatría Pediátrica

Clínica Psiquiátrica

Medicina General, Familiar y Comunitaria

Medicina Legal

Programa de Formación en Psicoterapia en Servicios de Salud

Psicología Médica

Facultad de Psicología

Maestría en Psicoanálisis (Asociación Psicoanalítica del Uruguay)

Programa Nacional de Salud Mental

Dirección General de la Salud

Ministerio de Salud Pública

República Oriental del Uruguay