

Retomando el debate sobre la organización de la atención psiquiátrica y salud mental en Uruguay

Conferencia

Autor

Ariel Montalbán

Médico psiquiatra. Adjunto a la Dirección del Programa de Salud Mental de ASSE. Ex Prof. Agdo. de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Expresidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Después de esta interesante exposición del Dr. Minoletti, es difícil hablar. A veces uno siente que hay una gran distancia entre lo que él plantea y nuestra realidad. Son interesantes los conceptos vertidos, porque yo pensaba en la frase: «Lo utópico nos sirve para marcar el camino».

Voy a bajar a la realidad, a nuestra realidad uruguaya. Aquí hay gente con amplísima trayectoria y experiencia. Cada uno desde su lugar puede tener una visión particular, pero yo voy a tratar de hablar desde una visión bastante macro.

Evidentemente, no estamos bien, pero estamos mucho mejor que antes. Creo también que podemos estar mucho mejor. El camino no es lineal. Empezó hace mucho tiempo y es un camino con momentos muy fecundos, muy fértiles como usted refería, momentos de estancamiento y momentos de retroceso. La resultante es ir teniendo logros.

Si tuviera que decir por qué suceden esos momentos, diría que es porque hay una necesidad, un contexto, alguien, un actor social que asume el liderazgo y se pone en sus hombros la propuesta y la concreta. Puede haber sido la Facultad de Medicina, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Sociedad de Psiquiatría; diferentes actores lo han hecho.

¿Qué mojonos resaltar? No voy a repetir lo que es el Plan de Salud Mental, lo que fue el programa de implementación de psicoterapia, impulsado por la Facultad de Medicina en su momento y el Programa de Residencias; lo que significó el cierre del Hospital Musto con los equipos de salud mental comunitarios; el impulso que tuvo la psiquiatría de niños y adolescentes, que tenía en nuestro país un

perfil muy bajo desde hacía mucho tiempo y que le voy a dar especial lugar en mi exposición. El residentado en psiquiatría, el residentado en salud mental y lo más reciente: el plan de prestaciones en salud mental del Ministerio de Salud Pública (MSP). Todos son eventos que contribuyen con un camino que es necesario continuar.

Tal vez esté de más decirlo, pero es importante recordar que la carga que conlleva la enfermedad mental viene en aumento. Esta realidad nos condiciona a los psiquiatras cuando vamos a realizar la atención.

Todo esto ustedes lo saben: Una de cada 4 personas padecerá un trastorno de salud mental; la muerte prematura; la morbilidad; la discapacidad; la problemática de niños y adolescentes; el estigma, la exclusión social y la violación de los derechos humanos; los trastornos psicosociales y el sufrimiento psíquico requieren una intervención.

Con respecto a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), está aumentando el peso que tiene la carga de las enfermedades mentales en estos años. En 1990 era de 8.8 % y actualmente de 25 %. Cuatro de los 10 trastornos que generan más AVAD son los trastornos depresivos; los trastornos orgánicos cerebrales; el alcohol y las sustancias psicoactivas; violencia contra la mujer y abuso de niños, suicidios y accidentes. Tenemos que encontrar los mecanismos y los caminos de superación de estos problemas.

Las brechas identificadas son:

Brecha en la información. Yo veía los estudios presentados por el Dr. Minoletti en Chile, la información, la evaluación. Estamos muy lejos de eso en nuestro país. Y ese es uno de

los factores que enlentecen el camino y el desarrollo.

Brecha en la gestión. Es esa disociación que existe entre la gestión interna de nuestros servicios y la gestión de los servicios de salud en general. Brecha en la gestión que existe entre el subsector privado, mutual y el subsector público. Son hendiduras muy importantes que han existido.

Brecha financiera. Realicé un estudio en una institución de asistencia médica colectiva (IAMC) y no llegaba, estaba alrededor del 1 % el presupuesto destinado a Salud Mental.

Brecha en la atención. Se trata de la cantidad de personas con sufrimiento psíquico o trastornos mentales que no llegan a atenderse.

El Dr. Minoletti se refirió al problema de que el gasto fundamentalmente debe ser reorientado, para estar acorde al modelo que uno pretende impulsar.

Carencias identificadas. Falta de estudios epidemiológicos, falta de estudios de costos, falta de servicios de salud mental en atención primaria, desconexión entre los niveles y escasos equipos de tratamiento para niños y adolescentes.

En la salud mental somos actores privilegiados pero no somos los únicos. La salud mental forma parte de la salud general. Estamos muy lejos, Dr. Minoletti, de que los equipos de atención primaria en nuestro país —los equipos generales— se hagan cargo de acciones y actividades que tienen que ver con la salud mental. Un sufrimiento psíquico es una derivación al nivel especializado.

Hay diferentes causas. La desconexión entre los niveles existe. Yo viví ese período en el cual nuestros servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de Salud Mental. Creo que fue extremadamente positivo, porque nos permitió abrir todo un ámbito, una cabeza de nuestra disciplina; pero la salud mental es un concepto mucho más amplio que hace a la salud integral. La psiquiatría es una especialidad médica, con un campo determinado. La salud mental no es patrimonio de los psiquiatras, pero tenemos, sí, una labor irrenunciable

que solo nosotros podemos realizar porque estamos preparados para hacerla.

Hay cambios identificados: el aporte de las ciencias básicas; la mayor comprensión de la interacción biológica, psicológica, social; el avance de la tecnología, el avance de la psicofarmacología; el avance en las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales y la protección de los derechos humanos y una estrategia de inclusión y construcción de ciudadanía. Todo esto ustedes lo saben. Es la historia reciente de la reforma, porque esto lo vivimos. Todos los que estamos acá hemos vivido la influencia de los años 70 en Italia, con Basaglia; Alma Ata (1978); Caracas (1990); Brasilia (2009); Panamá (2010) y las recomendaciones de la OPS (2010).

Veamos el contexto actual en Uruguay. En este momento hay una política de salud claramente desarrollada por el gobierno, el marco legal en salud mental con una ley que es de la primera mitad del siglo pasado y un Plan de Salud Mental que es de la segunda mitad del siglo pasado. Hay otros acontecimientos: la descentralización de ASSE del MSP; la reforma de la salud, que implica el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con un modelo de financiación —Minoletti también se refirió al FONASA—, un modelo de gestión y un modelo de atención. Por último, la implementación del plan de prestaciones en salud mental (de 2011).

A esto aspiramos, pero todavía estamos muy lejos.

Cuando hablamos de equidad, cuando hablamos de accesibilidad sabemos que estamos lejos. Las barreras a la accesibilidad siguen existiendo, si bien se viene trabajando en ese sentido. Para que los que pertenecen a ASSE tengan acceso a la igualdad de prestaciones que tiene el sector privado y viceversa, estamos todavía lejos. Estamos de acuerdo con la territorialidad a la que el Dr. Minoletti se refería. La falta de la diversidad de todos los dispositivos que se necesitan para la rehabilitación y reinserción psicosocial. El funcionamiento en una red integrada de servicios de salud,

la complementación y la intersectorialidad. A todo esto aspiramos.

Tal vez los compañeros del interior tienen más claro lo que es la complementación; en Montevideo, estamos bastante lejos de eso.

Colocando en el centro al usuario, a la familia, a la comunidad y sus necesidades los riesgos a los que nos enfrentamos en este momento son los siguientes. Como dije, no se debe confundir salud mental y psiquiatría. No es bueno, nos distorsiona cuando planificamos. El riesgo de medicalizar y psiquiatrizar situaciones de sufrimiento psíquico y situaciones psicosociales que pertenecen a la salud mental, pero no son para ser abordadas por los equipos especializados; el mismo riesgo que psicologizar, socializar o judicializar, que es un fenómeno que los compañeros que están en el Vilardebó viven con más de un 50 % de las personas internadas, lo mismo que los compañeros de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi.

En este momento, de forma acertada, hay una cantidad de programas denominados de Cercanía o de Proximidad, desarrollados fundamentalmente por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) o por la Intendencia de Montevideo. Por ejemplo, el Programa Aleros, para captar a las personas con problemáticas de consumo; Jóvenes en Red; ETAF, Uruguay crece contigo, etc.; programas dirigidos a la niñez, programas que están dirigidos a los núcleos duros que están generando una creciente demanda de atención que llega a los equipos especializados y crea nuevos desafíos.

Requisitos para la Reforma

Lo he dicho muchas veces: voluntad política, participación de todos los actores, grandes acuerdos y alianzas básicas —a lo que el Dr. Minoletti hacía referencia—, y recursos financieros —usted, Dr. Minoletti, dijo: «recursos frescos»—. Y no alcanza con los recursos financieros, yo hago hincapié en los recursos humanos, porque si no hay

una formación o capacitación de los recursos humanos, de acuerdo con el modelo que se pretende impulsar, esos recursos se dilapidan.

Como estoy en la Sociedad de Psiquiatría —que es mi casa— y en el Sindicato Médico —que también es mi casa—, puedo decir que la psiquiatría debe ser —como lo fue— un actor privilegiado en estos cambios. Debe proponer y liderar los cambios. Lo hizo en el pasado, lo tiene que hacer en el presente y lo debe seguir haciendo. No es el único, pero debe asumir ese lugar. Debe gestionar en lo que tiene que ver con la atención y la rehabilitación de personas con trastornos psiquiátricos.

Estoy tirando para el debate, ¿sí?, para lo que ustedes van a discutir mañana. ¿Cuáles son los lugares que puede coordinar o dirigir otro profesional que no sea un psiquiatra? En algunos casos es mejor que sea otro, pero ¿cuál es el lugar en que necesariamente debe ser un psiquiatra?

Debe participar en ámbitos intersectoriales e interdisciplinarios para aportar a la Salud Mental y estimular la participación de los usuarios y sus familias. En cuanto a la participación de los usuarios y sus familias, inicialmente fue promovida por los más veteranos —entre los que me cuento—. Los compañeros psiquiatras de muchos años hemos sabido trabajar mucho en este sentido, y acá está el profesor Paulo Alterwain que fue testigo de toda esa época. Pero —insisto— existe un área exclusiva de los psiquiatras. Discutamos cuál es, precisémosla, pues eso nos va a hacer trabajar mucho mejor en los ámbitos interdisciplinarios, intersectoriales y aportar a la salud mental, que no es patrimonio de nosotros. Existe una amplia área donde debemos actuar en la intersectorialidad.

Podemos proyectar y hablar de la discriminación y el estigma, porque sabemos que existen, sabemos que es así porque lo hemos vivido. Podemos hablar de la salud mental y de la salud en general; del psiquiatra; de nuestros equipos; de la integración en los niveles; en los sistemas en la red —que sabemos que nos quedamos al margen—; de nuestros servicios

y los equipos de gestión. Pero ¿cuánto pasa por lo que no hemos hecho nosotros? O los caminos o los procedimientos que no han sido los realmente efectivos en ese sentido.

Debemos romper este aislamiento. La ausencia del liderazgo del MSP durante muchos años en el subsector privado tuvo sus desventajas pero también sus ventajas, porque permitió el desarrollo de cantidad de iniciativas y propuestas en forma autónoma e independiente, pero que hoy, después de crecer, están en condiciones de aportar al sistema (figura 1). La atención se concentraba en la figura del psiquiatra que no contaba con los apoyos necesarios para constituir equipos (figura 2).

Me interesa resaltar algunos factores que dificultaron avanzar: la llamada *transición epidemiológica*. Cuando muchos de los que estamos acá nos formamos, la persona centro de nuestra atención era la que sufría un trastorno psicótico. Hoy en día se han desarrollado muchos procedimientos e intervenciones para las personas con trastornos psicóticos. Pero el desafío está en las nuevas problemáticas que nos demandan atención. Nos preguntamos ¿qué pasa con los trastornos de personalidad?, ¿qué pasa con los trastornos por consumo?, ¿qué pasa con el tema del suicidio?, ¿qué pasa con el tema del homicidio?, ¿qué pasa con el tema de los accidentes de tránsito?, ¿qué pasa con el tema de la niñez y la adolescencia?

Creo, porque he vivido varios períodos, que hay períodos en que existe una debilidad del movimiento de salud mental, que está fragmentado, con una debilidad de los roles profesionales y de las disciplinas.

Quiero resaltar el alto impacto que ha tenido el Plan de Prestaciones en Salud Mental, aprobado en setiembre de 2011. En el subsector privado permitió la creación de servicios de salud mental y de referentes, o sea, que tuvo un impacto en la mutualista, en la empresa de salud; un impacto en la organización. Obviamente, un impacto directo en los usuarios, que pudieron acceder a las prestaciones. Promovió la formación de equipos y trabajo interdisciplinario y tuvo un

impacto en todo el equipo de salud, no solo en los trabajadores de la salud mental. Fue muy importante el tema de la cápita, de la inyección económica con un destino exclusivo fuertemente determinado para el tema de las prestaciones.

El SNIS posibilitó el acceso a la salud a sectores que no lo tenían. Eso es un hecho evidente. Promueve la equidad en el acceso a las prestaciones. Hay recursos financieros para la Salud Mental y que haya dinero destinado específicamente es un hecho relevante. También ha habido una transferencia de personas del subsector público al privado. Casi 300.000 personas pasaron del subsector público al subsector privado, quedando en ASSE las personas con alta vulnerabilidad psicosocial. Hay menos personas pero con graves problemáticas y con una mayor demanda a nuestros equipos en general.

El subsector público (ASSE con la Facultad de Medicina) asumió el liderazgo de los avances en psiquiatría y salud mental, con la constitución de equipos comunitarios de salud mental, con énfasis en la prevención y la promoción. Los avances en el subsector privado se dieron impulsados por los desarrollos que se venían dando en el subsector público: la rehabilitación, la implementación de las intervenciones, la psicoterapia, los equipos interdisciplinarios, etcétera.

En el subsector público, destaco la importancia que han tenido el Patronato del Psicópata y la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Quiero resaltar ese rol y pensar qué lugar puede ocupar en el futuro. ASSE ha desarrollado muchos programas en los últimos años: el Programa Interín, el residentado en psiquiatría y luego el residentado en psicología. En los últimos años se nombró psicólogos de área, residentes y practicantes de psicología para trabajar en el nivel general, «en la trinchera», no en los equipos de salud mental, constituyéndose en importantes actores del nuevo modelo.

Resalto además la constitución de la dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, el programa que trabaja en la problemática

Figura 1

El sub-sector privado antes de setiembre del 2011

- El lugar del psiquiatra
- Desarrollo de iniciativas particulares diversas:
- Internación domiciliaria
- Seguimiento de pacientes de riesgo
- Internación en salas de medicina
- Áreas en la Emergencia de Atención en Crisis
- Servicios de Adicciones
- Psicología Médica
- Servicios de atención en Crisis en domicilio
- Experiencias de atención psicoterapéutica

Figura 2

Debilidades

- Dificultad en formar equipos
- Ausencia de rehabilitación y programas de reinserción
- Dificultad en sostener la continuidad de tratamiento
- Limitante de los 30 días en la internación
- Dificultad en la accesibilidad
- Escasas acciones de promoción y prevención
- Ausencia de programas de protección y cuidados de personas TMSP
- Escasas acciones en la intersectorialidad

de las adicciones, la atención en salud a las personas privadas de libertad, las residencias asistidas, el fortalecimiento de los programas de rehabilitación y los programas de atención a las personas en situación de calle.

ASSE se orienta a la regionalización en el contexto de la reforma de la salud, de la reforma del modelo; al fortalecimiento de la dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables; a la complementación público-público y público-privado —ese es un camino, es una definición establecida—; a la red de servicios integrados de la salud. ASSE está en todo el país en condiciones de dar la matriz a todo el sistema de salud.

Para continuar el camino es necesario:

Reafirmar el componente fundamental de la salud mental en la política de salud. Esta es una definición política.

Revisión crítica del marco legal de la salud mental en el país. Hay que hacerlo. Tal vez no haya nada mejor que lo que tenemos, pero animémonos a discutirlo. Hacer una revisión crítica del Plan de Salud Mental, una definición del rol de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, rever el rol de la Inspección General del Psicópata.

En lo que tiene que ver con los recursos financieros y humanos, debe existir un presupuesto para la salud mental luego de un estudio, porque se hace necesario un estudio de costos. Invertimos mucho dinero en centros de rehabilitación y no sabemos realmente qué impacto tiene, cuál es la eficacia y la eficiencia en ese sentido. Proponemos un pago no solo por sexo o por edad, como es la cápita que actualmente se da, sino avanzar hacia lo que puede ser una cápita social y una cápita por riesgo, y vinculada a la patología, a la enfermedad.

Deben formarse los recursos humanos en función de las necesidades de la población y el modelo de atención. Es preciso que nuestros profesionales psiquiatras salgan de la formación en los hospitales y vayan primero a los centros de salud, luego a los equipos de salud mental y también a los equipos de salud

comunitarios. Ese paso aún no se ha dado. La formación de recursos humanos tiene que estar de acuerdo con el modelo que uno está impulsando y con las necesidades.

En cuanto a la prestación de servicios en una red integrada de servicios de salud, es necesario el desarrollo de servicios de salud mental a nivel local; la integración de la salud mental en los servicios generales de salud (a lo que se refirió el Dr. Minoletti); creación de vínculos intersectoriales, alianzas, consensos considerando las realidades y necesidades de la población diferenciadas por género, edad, grupo, riesgo, etcétera.

Hay que discriminar las prestaciones de salud mental del equipo general del equipo especializado, ya que en este momento existe una confusión absoluta. Darle alta capacidad resolutoria para los problemas de salud mental en atención primaria. Establecer los mecanismos de coordinación, articulación, derivación, supervisión, capacitación, etc., entre ambos equipos, o sea, entre el equipo de salud mental y el equipo general. La concreción de dispositivos intermedios —cuesta muchísimo avanzar en este sentido—, tanto por el equipo general como por el equipo de salud mental.

Necesidad de agendas prioritarias: la accesibilidad. Quiero destacar especialmente la necesidad de apoyar programas orientados a la niñez y a la adolescencia. Me parece que es un debe.

Priorizar a las personas de alta de internación, primera crisis, los intentos de autoeliminación, los trastornos mentales severos y persistentes, la problemática del consumo de drogas.

Determinar los procesos asistenciales, las rutas de atención, el registro y la información, la evaluación y los costos. Y desde nuestro lugar promover todo tipo de actividad de lucha contra el estigma y la discriminación. Promover la participación de los usuarios y las familias organizadas. Promover la paridad de los servicios de salud mental con otros servicios (estamos lejos). Promover cargos que respondan a las necesidades actuales, pues

existe disparidad entre el subsector privado y el subsector público. Es necesario discutir lo que significan los cargos de alta dedicación en psiquiatría —está en la agenda de la Sociedad de Psiquiatría y del Sindicato Médico—, así como los programas de cuidado al cuidador.

En cuanto al MSP, la política, el plan, el programa, la supervisión y el control. Un organismo consultivo que puede ser la Comisión Asesora Técnica y un único equipo de gestión para todo el sistema, con un financiamiento propio.

Hay una frase de Benedetto Sarraceno que yo quería traer:

No hay un solo modelo [...] los buenos son varios [...] El cambio se produce desde abajo hacia arriba pero también desde arriba hacia abajo, y mejor aun que los movimientos sean contemporáneos y se fortalezcan mutuamente.

Por último, la necesidad del debate para arribar a acuerdos y consensos que determinen el camino.

Gracias por la atención.