

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

Conferencia

Prof. Dr. Ángel M. Ginés: Muchas gracias a nuestro compañero chileno y a Ariel. Y muchas gracias a la Sociedad de Psiquiatría y a la Revista de Psiquiatría por tan importante y necesaria iniciativa.

Voy a usar los cinco minutos en hablar de política. Si fuera una hora haría lo mismo...

A lo largo del siglo pasado, la atención de la salud mental de nuestra población transitó una peripecia penosa de deterioro y exclusión sanitaria y social.

Hace veintiséis años, en el propicio ambiente de la apertura democrática, un movimiento de amplia participación promueve el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM). Cómo no recordar hoy a nuestros referentes de aquella gesta: Juan Carlos Rey, Luis Prego Silva, Hugo Trenchi, Daniel Murguía, Carlos Mendilaharsu y Juan Carlos Carrasco.

El Programa tuvo una trayectoria compleja y contradictoria, pero logró avances que contrastan con el largo periplo previo de iniciativas frustradas y problemáticas insolubles.

Nuestro movimiento democrático en salud mental tiene ahora la oportunidad de germinar en el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), de firmes bases solidarias, humanistas y científico-técnicas; con cambio del modelo hacia la atención primaria, con financiamiento equitativo y sostenible, con gestión descentralizada y enraizada en la comunidad.

Las innovaciones aportadas por el PNSM —con principal expresión en el sector público y universitario— se beneficiaron del desarrollo de la conciencia universal en derechos humanos y de 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 y los dispositivos psicosociales y educativos. Este efectivo conjunto permite multiplicar y elevar la calidad de las intervenciones no solo en el episodio crítico —que fue su lugar casi exclusivo— sino en prevención, promoción, habilitación y rehabilitación.

Nuestro Programa debió confrontar y avanzar sobre dos deudas históricas: 1.^a) la marginación y concentración asilar de enfermos mentales y 2.^a) el notorio retraso en incorporar recursos psicosociales y de psicoterapia a los servicios de salud. Peor aun, la problemática de fin de siglo, incubada por décadas de regresión social y cultural, se expresó con especial malignidad luego del desastre del 2002, agregando nuevos y difíciles desafíos.

Para abordar esa compleja problemática las acciones psicosociales y de psicoterapia resultan imprescindibles. Imprescindibles, pero en el entramado de las transformaciones que interactúan con ellas: educación, arte, ciencia y tecnología, sobre el cauce de un desarrollo social y productivo sostenido y soberano, con justa distribución de los bienes materiales y culturales.

El notable avance en psicoterapia y en los procedimientos psicosociales abiertos a la comunidad —en el Hospital de Clínicas y en otros servicios—, acumulado durante un cuarto de siglo, aportó al decreto del Poder Ejecutivo del 23 de agosto de 2011, que señala el carácter prioritario de la salud mental en el SNIS y la incorporación progresiva de prestaciones psicosociales y de psicoterapia, ampliando, por primera vez, el derecho ciudadano a estos servicios. He aquí ventana y oportunidad, de las que nos hablaba recién

Minoletti: oportunidad que se abre a la salud mental, pero recíprocamente para el sistema de salud de volverse integral..., buen ejemplo dialéctico de complementación y potenciación.

Los notables recursos del arte en psiquiatría y salud mental están lejos aún de beneficiar a nuestra población en forma equitativa, accesible, oportuna y universal. Cuando una contradicción de este tipo se instala, su superación solo puede lograrse con decisión política y activa participación de las fuerzas sociales. El cuerpo psiquiátrico nacional y la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay resultan una relevante columna de esas fuerzas sociales transformadoras, en la perspectiva de anidar y florecer en el nuevo sistema de salud, superando el prolongado periplo de exclusión social y sanitaria.

Tres cuestiones estratégicas se abren hacia el futuro:

1.^a) La edificación del SNIS que nos convoca como ciudadanos y como trabajadores de la salud; la participación activa, consciente y organizada de la sociedad es condición principal.

2.^a) La construcción de servicios de salud mental en las entrañas de ese sistema supone articular las bondades de la psicología y la psiquiatría, de los procedimientos psicosociales, de psicoterapia y neurobiológicos. Esta convergencia impone cambios radicales de mentalidad, nuevos estilos de trabajo colectivo e interdisciplinario y contratos laborales de calidad que consagren la dedicación exclusiva y la superación del multiempleo.

3.^a) La investigación en salud mental, de procesos y resultados, de la rezagada epidemiología general y de servicios —árbitros imparciales e inteligentes de nuestros planes y acciones— es cuestión cardinal para avanzar hacia un arte fundado en comprobaciones, condición imprescindible para la alta calidad del sistema de salud y para avanzar con inteligencia en las transformaciones.

Prof. Dr. Miguel Cherro: Aunque es una responsabilidad hablar después de Ginés, voy

a retomar algunos de los temas que planteó Ángel y uno de ellos es la invocación a lo que entiendo que es un cambio cultural que nos compromete a todos, no solo como ciudadanos sino también como técnicos, pues entiendo que el cambio cultural debe abarcar no solo pautas que comprendan a la sociedad sino también a los técnicos en nuestra modalidad de trabajo.

De manera telegráfica señalaría e insistiría en la necesidad de hacer investigación, de realizar estudios epidemiológicos y de incrementar nuestra modalidad de trabajo en equipo. Quizá sea una diferencia sustancial entre los psiquiatras de adultos y los psiquiatras de niños que los psiquiatras de niños sin el equipo multidisciplinario no somos absolutamente nada; es decir, la función del psiquiatra en el campo de la niñez y la adolescencia se descentra del psiquiatra propiamente dicho. Esto no quiere decir que el psiquiatra pierda jerarquía, sino que adquieren relevancia otros integrantes del equipo con los cuales debemos funcionar integrados permanentemente. Quizá el protagonismo del psiquiatra sea menor en el campo de niños y adolescentes que en el campo de los adultos.

Además, veo en el campo de trabajo de la Salud Mental, en general, algo así como un vicio que consiste en la falta de integración y de coordinación, vicio que apunto a corregir con la transformación cultural que proclamo.

Lo que compruebo habitualmente es que hay voluntad política de proponer proyectos interinstitucionales, pero estos habitualmente quedan trabados porque los recursos que los abastecen generalmente son sustraídos por mandos medios —permítaseme llamarlos así—, que, no imbuidos de la tónica más amplia del proyecto macrointerinstitucional, distraen recursos de ese proyecto para asignarlos a pequeños proyectos intrainstitucionales.

No sé si quedó telegráficamente confuso, pero este es un problema real de nuestro país, que exige un cambio cultural en nuestro país.

Otro problema que a mi juicio merece solución, y que creo que en algunos puntos se está encarando, es la necesidad de la regionaliza-

ción, pero no regionalización solo del punto de vista laboral sino formativo, como difusor, a la manera de centros regionales que no solo cumplan la atención sino que promuevan la educación general de los técnicos de la salud mental.

Prof. Dr. Ricardo Bernardi: Buenas noches. Agradezco el poder estar acá en esta reunión en el Sindicato Médico, donde, como decía Montalbán, uno se siente como en su casa.

Enriquecido por las exposiciones de los doctores Minoletti, Montalbán y de los compañeros de mesa quisiera exponer algunas ideas sobre el paradigma de trabajo en salud mental que esperamos nutran las próximas décadas. Quisiera reflexionar, a partir de mi experiencia en psicología médica, como psiquiatra y también como psicoanalista y psicoterapeuta, poniendo ejemplos concretos que nos obliguen a reflexionar sobre los beneficios y riesgos que traen aparejados los cambios que estamos viviendo. En las exposiciones anteriores se hizo referencia a la importancia de aprovechar las ventanas que se abren en este momento, con lo que estoy de acuerdo, así como también señalar las condiciones que hacen que estas ventanas sean útiles.

Voy a tomar el ejemplo de la psicoterapia, que es el que mejor conozco, y que me parece ilustrativo.

Creo que este es un gran avance histórico que, como dijo el Dr. Ginés, comenzó con un trabajo integrado en la Clínica Psiquiátrica y que pasa ahora al programa de salud. Es un gran paso que lleva la psicoterapia a mar abierto, pero que también exige decirse con cautela aquello de: «despacio por las piedras».

¿Qué puede aportar? Es fácil de decir: poner al alcance de la población un recurso de salud de probada eficacia.

¿Dónde puede fallar? Primero que nada, es necesario tener en cuenta que la actitud psicoterapéutica forma parte de la actitud de todo técnico en salud mental que está en contacto con el sufrimiento humano. Un

estudio ya clásico, realizado en Inglaterra hace muchos años, mostró que si en los tres primeros minutos de una consulta el médico o el técnico en salud no miraban a los ojos al paciente, esa consulta no llegaba a buen término.

Los médicos y técnicos que se acercan a trabajar en Salud Mental lo hacen en general por una vocación de ayuda. No hay que enseñarles esto, pues ya lo saben. Se trata más bien de mantener viva esta disposición, de evitar el desgaste o *burnout*, y de permitir que esa mutua mirada a los ojos dé todo su resultado. ¿Por qué esto es tan importante?

En el DSM-5, que saldrá a la luz en las próximas semanas, se discutió un intento de cambiar radicalmente la concepción de los trastornos de la personalidad. El resultado final parece que va a sostener una posición intermedia, pero incluye una escala de funcionamiento mental donde se jerarquiza tanto el funcionamiento en relación con el propio sí mismo o self como la relación interpersonal con el otro. La capacidad de empatía y la capacidad de intimidad son, en ese sentido, fundamentales. Esto en el paciente. Pero si al mismo tiempo en la atención que brinda un servicio de salud mental no hay empatía e intimidad entre los profesionales de la salud y los pacientes, estamos haciendo cualquier cosa menos una salud mental humana con significado humano. O sea que la primera tarea es crear condiciones de trabajo que salvaguarden y permitan desarrollar ese interés originario por el otro.

Paso ahora al segundo punto, y como aquí hay personas que tienen responsabilidad en el desarrollo del programa de salud mental desde distintos lugares en el Ministerio o en la Facultad, me gustaría decirlo con toda claridad. Para que la ventana que se abre para el ingreso de la psicoterapia sea útil y no nos caigamos por ella, hace falta un pretil, una baranda que sirva de protección para que quienes brindan la psicoterapia tengan la formación adecuada. La ausencia de una reglamentación de la práctica de la psicoterapia en el Uruguay puede tener efectos desastrosos,

pues el sistema va a elegir a aquellos que le exijan un menor desembolso económico y no a los que tengan una mayor capacitación.

Esto se complementa con el tercero y último de los puntos que quiero señalar. Aquí mencionamos el ejemplo de la NICE (National Institute of Clinical Excellence). Una persona amiga que trabajaba para este instituto inglés, que es una referencia mundial, me decía:

La mejor auditoría en salud mental es la investigación de procesos y de resultados.

Entonces, si queremos una psicoterapia que sea eficiente y que contribuya como un motor al desarrollo de la salud mental tenemos que cuidar estos tres factores: mantener vivo el interés por el ser humano, capacitar adecuadamente a quienes prestan los servicios (esto vale tanto para la psicoterapia como para cualquier otro tipo de tratamiento) y, por último, monitorear los resultados a través de una adecuada investigación del proceso y los resultados de los tratamientos.

Prof. Agda. Dra. Nora Rodríguez: Agradezco especialmente la invitación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay a la Clínica de Psiquiatría Pediátrica para participar en este debate, y a los doctores Minoletti y Montalbán sus exposiciones.

Es valioso reflexionar en forma explícita sobre aquello que está implícito en nuestra tarea docente de forma cotidiana. En la Clínica de Psiquiatría Pediátrica llevamos a cabo diversas acciones relacionadas con la formación del Psiquiatra Pediátrico. Para ello partimos de un *modelo* como eje que orienta nuestras prácticas, y lo visualizamos en un *contexto*, que trasciende la formación del especialista, vinculado a cómo entender la Salud Mental, cómo promoverla y mejorarla.

Una de las necesidades de la Clínica es, entonces, definir un perfil: *cuál es el psiquiatra pediátrico que queremos formar*. Esto se relaciona con algunos de los comentarios iniciales vinculados a un cambio de actitud. El Prof. Cherro habló de un cambio cultural,

a mí me gusta definirlo como un *cambio de paradigmas*, vinculado a la jerarquización de la medicina basada en la evidencia, los estudios epidemiológicos, el monitoreo y la evaluación de nuestras acciones terapéuticas, la integración a equipos interdisciplinarios y la definición de acciones en los diferentes Niveles de Atención en Salud, dentro de un Sistema de Red.

La Psiquiatría Pediátrica es una disciplina más joven que la Psiquiatría General y quizá se ha formado ya —como decía el Prof. Cherro— con una constitución eminentemente interdisciplinaria. De la interdisciplina se habla mucho, pero llevar este cambio de paradigma a la práctica no es una tarea fácil. *Se aprende en el hacer*, por lo que es imprescindible que el posgrado participe de estos equipos en diversas instancias.

En el caso particular de la Psiquiatría Pediátrica, se trata de equipos interdisciplinarios ampliados, con protagonistas que no son solamente psicólogos o trabajadores sociales, sino otros técnicos, como el psicomotricista, el fonoaudiólogo, el psicopedagogo, interactuando con una comunidad ávida de propuestas en Salud Mental y que involucra referentes fundamentales en la vida de los niños, como padres y educadores.

Desde el punto de vista de la formación de los psiquiatras de niños, nos hace falta todavía mucha práctica interdisciplinaria, y también nos hacen falta respuestas sanitarias. Hay una importante comorbilidad de los trastornos del desarrollo con las condiciones que tratamos los psiquiatras de niños. Cada vez que abordamos niños con problemas de desarrollo sin tomarlos en cuenta y sin hacer el abordaje pertinente, estamos dando una respuesta terapéutica parcial y, por lo tanto, insuficiente.

Esa ha sido nuestra lucha y nuestro deseo, pero implica recursos financieros, no siempre disponibles, para generar estos equipos. Implica también diseñar abordajes en los diferentes niveles de atención para generar prácticas eficientes, su sistematización y la evaluación de su eficacia.

Es imprescindible, entonces, que el psiquiatra pediátrico en formación tenga una práctica que atraviese todos los niveles de atención y le permita conceptualizar sistemas eficientes de referencia-contrarreferencia. De igual forma, es fundamental que tenga formación en metodología de investigación, para comprender la etiopatogenia de los problemas y definir la pertinencia de abordajes diagnósticos y terapéuticos, así como la forma de prevenirlos y de promover salud.

En ese sentido, desde que tengo memoria, desde mi ingreso a la Clínica de Psiquiatría y a partir de la propuesta inicial de trabajo del Prof. Cherro en su Clínica, se mantiene un diseño que toma en cuenta dichos niveles de atención, el trabajo interdisciplinario, la inserción comunitaria y la metodología de investigación.

Desde entonces, la integración en espacios comunitarios continúa y se ha ido fortaleciendo a partir de la interacción y comprensión de las necesidades de la comunidad, generándose estrategias diseñadas desde dicha integración, a partir de un trabajo de campo sostenido con mucho esfuerzo y continuidad.

En el nivel de resolución de crisis, una ventaja con la que contamos es que la mayoría de los niños se interna en los hospitales generales, habilitándose un contacto fluido con los Servicios de Pediatría, fomentándose un diálogo permanente entre los psiquiatras pediátricos y otros agentes de salud, de forma que podemos pensar los problemas de manera más integrada y facilitar así la desestigmatización de la patología psiquiátrica.

Hay ausencias, necesitaríamos otros niveles de resolución, por ejemplo, en hospitales diurnos.

Para terminar, quiero subrayar que se aprende haciendo y que no sirve de nada un modelo teórico si no se hace realidad en la práctica. Al reflexionar sobre esto, recordé una frase de Vincent Van Gogh que decía que «... para crecer hay que hundirse en la tierra». Tenemos que trabajar mucho en los distintos ámbitos, en los distintos niveles de atención en salud para construir un perfil de

especialista que pueda aportar en estas distintas áreas, tomando en cuenta un abanico de respuestas pertinentes en el marco de un Sistema de Red Interdisciplinaria de Atención en Salud Mental.

Dr. Horacio Porciúncula: Podría empezar diciendo: «Rema..., rema...», que hay otra luz al otro lado del río. Pero el río es turbulento, complicado. Pero quiero ser práctico en las cosas que pueda decir.

La primera cosa es encontrarnos y discutir sobre estos temas. La segunda, asumir responsabilidades; somos responsables de este lugar en el cual nos encontramos como sociedad global, sociedad país y responsables de lo que hacemos en el día a día. Cada mañana me digo que el que elige y puede dejar no se puede quejar.

Desde ese lugar quiero plantear algunos de los complejos problemas que enfrenta la salud mental en su globalidad. No es una discusión de modelos. Me encantó escuchar al profesor Minoletti. No discutimos el modelo, lo tenemos claro teóricamente, sabemos cuál es el deseo de trabajar con la comunidad y evitar que los hospitales existan. Hace muchos años con la doctora Margarita Arduino y con el profesor Ginés tuvimos oportunidad de ir a ver *in situ* el modelo y vinimos entusiasmados con esa idea, intentando plasmarla aquí, en Uruguay...

[Intervención fuera de micrófono: Mejorarla...]

... ¡Mejorarla! Y Ginés hacía una gráfica que asustaba a todo el mundo, porque decía que en el 2000 se cerraban las colonias. Pero tengamos claro que nosotros somos una parte de esta sociedad y como parte de ella tenemos nuestro poder y nuestras influencias, que a veces son muy pocos, porque las decisiones se juegan en otros territorios.

Hoy por hoy tenemos muchos problemas. Uno bien claro, que todo el mundo reconoce, es el impacto que ha tenido el tema de las prestaciones en salud mental. Desde el lado

de ASSE ha sido un impacto muy negativo por dos grandes razones. Primero, no nos aportó un solo centésimo, sino que nos quitó plata. Segundo, no nos dieron los recursos humanos que necesitábamos para cumplir con esas prestaciones. Por lo tanto, aumentaron considerablemente las demandas en nuestros recursos humanos en el primer nivel, llevando al agotamiento, al enojo, a la rabia, a todos esos sentimientos complejos.

¿Dónde están los \$ 8 per cápita que nos iban a dar?, ¿dónde están los 135 recursos humanos que pedimos? Lo entendí hace dos o tres días hablando con los economistas del ministerio. Nosotros recibíamos un monto —pónganle 100 %— del Estado para cumplir con nuestras actividades de la salud pública. Por cada peso que nos dan nos bajan ese 100 %. Hoy por hoy, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) puede decir que «de aquel 100 % que les dábamos, hoy les damos un 60 %. El otro 40 % lo están pagando». Con respecto al servicio privado, eso fue un aumento.

Eso es una gran dificultad y la segunda gran dificultad es que tenemos los equipos de salud mental en todo el país —y esto es un orgullo que hemos mencionado en muchos lados—, interdisciplinarios, multidisciplinarios capaces de dar respuesta como nadie lo tuvo antes como país en América Latina. La dificultad es que estamos agotados en ese esfuerzo cotidiano y la dificultad de enfrentar las nuevas patologías: la violencia, el consumo de sustancias, los

trastornos graves de personalidad donde se genera además, por cuestiones socioeconómicas y culturales, otro tipo de alteraciones para las que tampoco tenemos muy buena respuesta.

Hoy añoramos los trastornos severos y persistentes; les diría que si yo estuviera en el hospital de vuelta añoraría aquellos momentos del año 1980 —Paulo— cuando teníamos en la sala la mayor parte de pacientes con trastornos psicóticos, en donde uno tenía algunas herramientas que permitían de alguna manera manejar esas situaciones críticas. Hoy está el hospital con un grave problema de vasos comunicantes donde no tenemos salida. Aquí hay varias personas que trabajan en el hospital y saben que la alternativa de adónde se va el paciente es compleja y dificultosa. Si tuviéramos otras alternativas sociales, casas de medio camino, hogares protegidos, como los que vimos en Chile hace muchísimos años... Los fui a ver porque pensé que eran lugares especiales, y cuando llegué por primera vez a Chile vi que eran casas como cualquier otra. Después fuimos a Brasil a ver los CAPS, y vimos las casas, la *moradia*. Y es tan sencillo..., pero tan sencillo que necesita, inicialmente, una doble presupuestación, sostener esto que hay hoy y generar lo otro concomitantemente. Y eso a veces es muy difícil.

Por lo tanto, les diría: ¡Atento, Houston, estamos en problemas!...

Esperemos llegar. Gracias.