

# *Retomando el debate sobre la organización de la Atención Psiquiátrica y en Salud Mental en Uruguay*

Debate

## 2.ª parte: Mesas de trabajo

### Presentación

Aportar a la transformación de la asistencia en psiquiatría y en salud mental no puede hacerse en solitario ni desde una sola disciplina, tampoco desde una mirada exclusivamente técnica. El proceso requiere pluralidad y también rigor científico, capitalización de los aprendizajes en aciertos y errores, acuerdos sobre las líneas a trabajar y alianzas para concretarlas.

Esta instancia de encuentro entre psiquiatras de diferentes ámbitos y orientaciones, con miradas y prácticas diversas buscó simplemente retomar colectivamente el tema, desde nuestra disciplina y comprometernos a trabajar junto con otros para mejorar nuestra práctica profesional.

En el Encuentro de psiquiatras: «Retomando el debate sobre la organización de la Atención Psiquiátrica y en Salud Mental en Uruguay» realizado en los días 26 y 27 de abril de 2013, la mañana del sábado 27 se dedicó a la realización de mesas de trabajo con psiquiatras provenientes de distintos ámbitos de ejercicio profesional.

El tema es vasto y múltiples los puntos de vista presentes. Con el propósito de que la jornada fuera productiva, se permitió el intercambio entre todos los actores sobre la tarea asistencial, su organización y las diferentes modalidades que esta toma en cada territorio o institución. La propuesta para trabajar en taller fue tomar como eje a las personas que se asisten en los servicios, su trayectoria y las acciones que se proponen en su asistencia. A partir de referencias a casos clínicos y preguntas se planteó el debate en dos mesas y luego, las conclusiones en un plenario.

En esta comunicación presentamos una síntesis del plenario.

### Propuesta a las mesas de trabajo

La propuesta de trabajo incluía tres etapas:

1) Cada grupo debe seleccionar dos de las situaciones de consulta tipo planteadas a continuación y describir la trayectoria actual de atención:

Hombre o mujer con trastorno mental severo (incluye psicosis, trastornos del humor de grave evolución y otros trastornos cuya gravedad evolutiva requiera una estructura asistencial compleja).

Hombre o mujer con trastorno de personalidad con o sin consumo de sustancias.

Hombre o mujer con sufrimiento psíquico en contexto de conflictiva existencial con o sin sintomatología ansioso depresiva leve a moderada.

Niño o niña con trastorno del desarrollo.

Adolescente que realiza un intento de autoeliminación.

2) Descripción de la trayectoria de atención que considerarían adecuada para las dos situaciones antes seleccionadas.

3) A partir de lo trabajado reflexionar sobre dos preguntas: ¿Que es lo más urgente a plantearnos como colectivo? ¿Cuáles serían los próximos pasos?

Aclaraciones de los términos usados: descripción de la trayectoria implica describir

estructura y proceso de la atención. Estructura referiere a:

Dispositivos en los que se brinda la atención (policlínicas, consultorios, lugares de hospitalización, lugares de rehabilitación, emergencias, etc.).

Profesionales que asisten (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, internistas, nutricionistas, técnicos en rehabilitación, etc.).

Recursos materiales (espacios de trabajo, insumos, recursos terapéuticos).

Accesibilidad de las personas a los dispositivos y a los profesionales.

Formas de uso de los dispositivos (tiempos asignados, tipo de prestaciones, etc.).

Mecanismos de coordinación de los profesionales y de las acciones.

En este caso definimos proceso desde un punto de vista operativo, como la sucesión de decisiones y acciones que se realizan para responder a la necesidad detectada en la persona asistida.

## Presentaciones en el plenario

### Grupo 1

Integración: docentes de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Udelar, Residentes y posgrados de psiquiatría.

Lugar de ejercicio: Servicios de la Clínica Psiquiátrica en Hospital de Clínicas, Maciel y Pasteur.

**Dr. Luis Villalba** —Nuestro grupo eligió el caso «Hombre o mujer con sufrimiento psíquico en contexto de conflictiva existencial, con sintomatología depresiva leve o moderada».

En relación con lo que está planteado como trayectoria, los dispositivos en los que se brinda la atención generalmente son la policlínica, la emergencia y la interconsulta.

Queremos destacar el tema de la derivación de otras policlínicas o de la emergencia por colegas de otras especialidades.

La consulta por motivación propia se da solo en un hospital, el Maciel. Tanto en el Pasteur como en el Clínicas eso es debido a la organización de las policlínicas, solo recibimos pacientes derivados de otros servicios. Creemos que ese es un problema.

Otro tema es la sobrecarga de la emergencia con patología psiquiátrica leve.

Creemos que lo mejor sería que se trabajara cada vez más en dispositivos interdisciplinarios. Nos parece que tiene que haber claramente un nivel de atención primaria interdisciplinario que pueda recibir las consultas de los pacientes con patología mental leve y que hubiera un acceso rápido a un nivel secundario de atención. Y que esto se enseñara en forma más explícita, más clara.

Sabemos que un gran porcentaje de las consultas por padecimiento psíquico en realidad se hace a los médicos generales; se calcula que hay un 40 %, hay quien dice más, por lo que habría que tener formas de *screening* que permitan evaluar la gravedad del caso y pasarlo al nivel secundario si lo amerita o si no, manejarlo a nivel primario.

Nos parece que tratar depresiones severas en el nivel primario, como en Inglaterra, era algo a no imitar, pero pensamos que tiene que ver con un tema de recursos económicos. Creo que la consulta psiquiátrica en otros países es muy cara, por la escasez de recursos humanos.

Los profesionales que asisten a estos pacientes son en su mayoría los internistas o los psiquiatras que están en la emergencia, la enfermería y los psicólogos. Acá nos detuvimos bastante en el tema de los equipos interdisciplinarios. Cómo armar equipos, que no sea un profesional que lo atienda sino que haya una visión más de conjunto. Vemos como muy importantes los recursos de enfermería en psiquiatría general, contar con enfermería especializada en trastornos mentales. Discutimos acerca de cuál sería el rol de la enfermería en pacientes con trastornos mentales leves. Pensamos que podría haber funciones de apoyo

y de cuidados que podrían ser desarrolladas por enfermeros o que también participaran en esto los psicólogos.

Muchas de las personas con trastornos mentales leves se asisten primero con un psicólogo, generalmente la primera consulta es con médico general o con un psicólogo. Es un tema que también requeriría esta idea de equipo, pues, aunque parezca un trastorno leve, que no sea solo el psicólogo quien vea al paciente. Pues se pueden presentar comorbilidades o situaciones más complejas.

En relación con los recursos materiales, es un tema importante a nivel universitario en relación, por ejemplo, con los espacios de trabajo. En general, se considera que son deficitarios. Los lugares están en malas condiciones; en algunos casos, los consultorios son baños reciclados o están en lugares inapropiados, lejos de la consulta general, con riesgo para el psiquiatra y para el paciente. Habría que mejorar los espacios de atención a los pacientes en general y pensamos que los pacientes que consultan por trastornos depresivos leves si entran a un lugar depresivo por sí mismo, ese espacio no ayuda.

En cuanto a los insumos, las dificultades de comunicación con otros servicios son frecuentes. A veces, por ejemplo, falta algo tan básico como un teléfono, u otros insumos mínimos.

En relación con los recursos, el psicoterapéutico no siempre tiene accesibilidad rápida. En el Hospital de Clínicas y en el Hospital Maciel existe el recurso de la psicoterapia, pero generalmente hay listas de esperas más o menos prolongadas. Acá está el tema de la formación, tanto desde el punto de vista de los psicólogos formados para tratar por lo general los trastornos mentales leves, como la debida formación psicoterapéutica específica para los psiquiatras, o sea, el rol psicoterapéutico del psiquiatra para trastornos leves y graves.

Esperamos mejorar la interacción con los psicólogos. Es un tema interesante en ese tipo de patologías. Hay intentos de la Facultad de Medicina, por ejemplo, lo que es la diplomatura en Psicoterapia, que es una idea de poder trabajar en conjunto, una interdisci-

plina real, pero que ha sido muy difícil llevar adelante en estos años de trabajo. Ha habido un avance, pues en el Hospital de Clínicas es común que trabajen juntos un psiquiatra y un psicólogo, aunque el rol del psicólogo no siempre está bien definido. De parte de los psiquiatras, habría que pensar más cuáles son las herramientas psicoterapéuticas para abordajes breves o apoyos.

Accesibilidad. Pensamos en las dificultades tanto en el Pasteur como en el Hospital de Clínicas, ya que no existe la posibilidad de la consulta del paciente por su propia iniciativa, siempre son derivados de otros servicios.

También son importantes los tiempos que les dedicamos a los pacientes, que, generalmente, requieren tiempo para ser escuchados. La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) hace años que viene planteando que el tiempo de las consultas sea más prolongado; pensamos que lo mínimo sería la media hora. En realidad este problema no lo tenemos tanto a nivel universitario, nosotros tenemos tiempo para ver pacientes. Pero en la práctica mutua se ve muy distorsionado.

Pensamos también en cómo cuidamos a los psiquiatras. Es el tema del cuidado del cuidador, que implica estar atendiendo permanentemente pacientes a veces graves. Por ejemplo, cuando viene un paciente que no es tan grave pensamos: «Este no tiene nada», porque a veces estamos demasiado sesgados a lo que es el paciente muy grave y nos es difícil tener cierta empatía con pacientes menos graves.

El último ítem, mecanismos de coordinación y de las acciones. Muchas veces esto se nos hace muy complejo y es muy desparejo en los diferentes servicios. Eso dificulta la enseñanza, porque si bien teóricamente tenemos muchas veces las cosas claras, lo que sucede, que es lo que tratamos de enseñar, no es lo que decimos. De vuelta se insistió mucho en el trabajo en equipo como herramienta necesaria.

En cuanto a qué lugar ocupamos en ese equipo, nos pareció que la dicotomía entre autoritario y comunitario es excesiva. Por momentos creemos que es importante el

lugar de autoridad del psiquiatra, que no es lo mismo que autoritarismo. Depende mucho también de las patologías de los pacientes el lugar que ocupemos.

Una reflexión en relación con esta actividad. Lo que surgió en 1986 fueron certezas en relación con las dificultades tan serias que veníamos trayendo de muchos años. Creo que en este momento no tenemos esa situación. Tenemos una situación distinta y me parece que las políticas se basan más en situaciones reales. Creo que ahora hay una conciencia más clara de límites.

Por ejemplo, de las cosas que planteó el Prof. Ginés, la desmanicomialización de la psiquiatría y la psicoterapia a nivel general mostraron sus virtudes y sus límites. De lo primero tenemos claro que no todo paciente psiquiátrico puede estar fuera de una situación asistencial de por vida, ya que hay muchos que son un núcleo duro de la patología mental, que de alguna manera va a tener que recibir algún nivel de institucionalización más o menos importante.

Lo otro es que en la psicoterapia a nivel generalizado dimos unos primeros pasos, pero que también implican muchos riesgos, como lo señaló el Prof. Ricardo Bernardi en relación con la evaluación y formación de los psicoterapeutas.

**Dra. Sandra Romano** —Solo un comentario. Creo que queda claro en lo que están planteando, que es la realidad nuestra, que hoy por hoy la formación en psiquiatría en Uruguay es fundamentalmente a nivel hospitalario. Y que a pesar de la intención de incorporar un modelo de trabajo diferente, en la formación en servicio, que es lo que tiene peso real para el desarrollo del rol, está fundamentalmente centrada en el hospital. Eso hace que las cosas sean diferentes después a lo que se necesita para el ejercicio habitual en los medios donde trabajamos.

## Grupo 2

Integración: psiquiatras de ASSE y del mutualismo.

Interior: Patricia Nava, Cecilia Álvarez, Marcos Pamparato, Mabel Bonancea, Karina Rodríguez y Ángel Brignone.

Montevideo: Santiago Cusmanich, Manuel Alcalde, Rafael Sibils, Fernanda Porteiro, Mariela Bonilla y Ana Inés Ruiz.

**Dra. Ana Inés Ruiz** —Nosotros conformamos el grupo con psiquiatras de mutualistas, psiquiatras de ASSE y psiquiatras del interior. El departamento de Salto estuvo muy bien representado por los doctores Marcos Pamparato, Cecilia Álvarez (psiquiatras de adultos) y Patricia Nava (psiquiatra de niños). Del departamento de Cerro Largo participó Karina Rodríguez; de Canelones, Mabel Bonancea.

En las situaciones planteadas para la mesa de trabajo nosotros elegimos «Hombre o mujer con trastornos mentales severos». Incluye psicosis, trastornos del humor de grave evolución y otros trastornos cuya gravedad evolutiva requiere una estructura asistencial compleja. A esto le agregamos: «Niña o niño con trastorno generalizado del desarrollo», o sea que en definitiva estamos hablando de pacientes graves, tanto adultos como niños.

Con respecto a ASSE. En Montevideo, básicamente, el acceso de los pacientes al sector de policlínica tiene algunas barreras que tienen que ver con los tiempos de espera que son de al menos un mes —en algunos lugares tal vez más—, requiriendo en general pase de un médico general o de algún otro especialista.

En relación con la internación psiquiátrica, los colegas que trabajan en ASSE destacan:

En Montevideo la internación se concentra en el Hospital Vilardebó; existen muy pocas camas de hospital general para pacientes de psiquiatría en los hospitales Maciel y Pasteur.

Poca disponibilidad de camas, tanto a nivel de la emergencia del Hospital Vilardebó (son 20 camas) como en el resto de las salas.

El 50 % de los pacientes internados en el Hospital Vilardebó son pacientes judiciales. O sea, más allá de los pacientes de sala 11 y 16, en los sectores abiertos hay un alto porcentaje de pacientes ingresados por orden de juez.

La fragmentación en la atención que se da a nivel de la asistencia pública. En el caso de un paciente que consulta al psiquiatra en la policlínica de un centro de salud, y que está sufriendo una descompensación, asegurarse la internación en el hospital psiquiátrico es algo que puede llevar varias horas y es altamente probable que no llegue a hacerlo efectivo. Un paciente que viene del centro de salud, visto por un psiquiatra, descompensado, es una odisea que al llegar al Hospital Vilardebó pueda permanecer internado, fundamentalmente por un tema de disponibilidad de camas.

En lo vinculado al tema de la rehabilitación existen lugares donde son derivados pacientes graves para hacer los tratamientos. En ASSE, tanto en el interior como en Montevideo, no están totalmente resueltos temas como, por ejemplo, los trabajos protegidos y las casas de medio camino, que son otro tipo de cobertura necesaria para estos pacientes, que podrían llegar a desarrollar una actividad.

Con respecto al sector mutual, también hablando de pacientes graves, en Montevideo casi todas las mutualistas tienen en la urgencia un psiquiatra que está de retén y que una vez que llega un paciente dispone de dos horas para verlo.

En Montevideo, el acceso a la policlínica en el mutualismo tiene un tiempo de espera que generalmente nunca es menor a un mes. Una vez que un paciente grave compensado llega a la policlínica, más allá del tratamiento farmacológico y del seguimiento que se haga, que muchas veces dista de ser el deseado en cuanto a tiempos, se deriva a la rehabilitación.

Desde setiembre de 2011, las prestaciones en salud mental en las mutualistas exigidas por el MSP incluyen para estos pacientes con trastornos mentales graves y persistentes la rehabilitación en centros específicos (por ejemplo, el Centro Psicosocial Sur Palermo,

en forma individual o grupal). Por lo tanto, el acceso a la rehabilitación, si bien es un comienzo, desde hace un año y medio ha mejorado, teniendo en cuenta que previamente la rehabilitación en el mutualismo dependía del recurso individual o familiar para ser pago en forma particular.

En relación con el tiempo disponible para cada paciente en la policlínica, actualmente es de 15 minutos. A partir de julio de 2013, sobre la base de convenios firmados entre el MSP y el SMU-SPU este tiempo debería ser de 20 minutos.

La gran mayoría de las mutualistas y seguros privados no tiene servicios de internación psiquiátrica en sus sanatorios generales (con excepción del Casmu que tiene en el servicio de emergencia algunas camas para pacientes de psiquiatría, de corta estadía); y en ese sentido la disponibilidad de camas es mejor que en ASSE. De todas maneras, en los últimos años la demanda de camas en los sanatorios psiquiátricos se ha acrecentado y eso no ha sido acompañado de una mayor oferta concomitante.

En el mutualismo no es tan difícil la odisea de internar a un paciente y aunque se pueda demorar algunas horas —o en algún caso más de un día y medio como dijeron, en el Casmu— la gente accede a la internación psiquiátrica. Mientras el paciente no es trasladado al sanatorio psiquiátrico queda generalmente en las salas de emergencia o en alguna sala de observación del sanatorio.

Es necesario destacar que si el paciente pertenece al Fonasa, uno de los avances es que es posible extender la internación más allá de los treinta días anuales que estaban fijos.

En el mutualismo, todo lo que tiene que ver con los trabajos protegidos, las casas de medio camino y otros tratamientos que no impliquen el seguimiento en policlínica, la internación o la rehabilitación no han sido aún desarrollados.

Uno de los aspectos a mejorar es sin dudas las condiciones de seguridad para los pacientes de psiquiatría, sobre todo los que están

excitados, en las emergencias o en salas de observación de los sanatorios generales.

**Dra. Cecilia Álvarez** —Nosotros destacamos que en el interior, en el caso de ASSE —salvo en algunos lugares donde sí se han abierto algunos lugares específicos— toda la internación psiquiátrica se realiza en los hospitales departamentales generales, ya sea regional, como el caso de Salto, o departamental simplemente, muchas veces sin salas con medidas de seguridad que impliquen reja o puerta. Cuando en el hospital se remodeló la sala de psiquiatría, donde antes habíamos tenido una reja el director puso como requisito que la puerta tenía que ser abierta. Solo se cuenta con un vigilante de la empresa privada de seguridad contratada por el hospital en el sector de mujeres y otro en el sector de hombres. Y esto más o menos es la regla en el interior, con algunos lugares con mayores medidas de seguridad a nivel de ASSE.

En cuanto a la accesibilidad a la consulta en policlínica, en ASSE hay mucha rémora tanto en psiquiatría pediátrica como en psiquiatría de adultos. Pero en todo el interior se cumple una regla que en Montevideo no: el paciente que no veas hoy lo vas a tener que ver mañana y lo vas a ver peor. Entonces, aunque no tengas número lo vas a ver igual, porque al día siguiente vas a tener que lidiar con las consecuencias de no haberlo visto. Capaz que tenemos todos una actitud de mayor responsabilidad social enmarcada en el contacto que tenemos con pacientes y familiares. Nuestros pacientes son nuestros vecinos, caras conocidas que nos cruzamos a diario en las ciudades y pueblos reiteradamente.

A nivel mutual cada departamento se organiza de forma diferente, pero sabemos que lugares especializados hay en muy pocos departamentos. Algunos departamentos han optado por derivar a Montevideo, pero al norte del río Negro eso no es así y se interna en los sanatorios generales, a veces en un ala específica. Esto no solía ser un problema hasta la irrupción del tema de consumo de pasta base y del pase de pacientes de ese

tipo al Fonasa que se ha vuelto un poco más disruptivo. Hasta ese momento no había habido problemas de ningún tipo. Tampoco existe en muchos lugares del interior el corte a los 30 días; seguimos a los pacientes hasta que se mejoran.

En cuanto a la rehabilitación a nivel de ASSE en el interior, en la mayoría de las capitales departamentales se cuenta (por medio de lo que fue la contratación vía Patronato del Psicópata) con los centros de rehabilitación para pacientes con trastornos graves y persistentes. En términos generales, los equipos de rehabilitación funcionan bien; en muchos lugares funcionan policlínicas de seguimiento de neurolépticos de depósito, seguimiento a domicilio, acceso rápido al equipo por parte del cuidador.

**Dr. Marcos Pamparato** —Hasta antes del Fonasa el grueso de la población de pacientes con trastornos graves y persistentes estaba en ASSE. A partir de la reformulación aparecen personas jóvenes con primeros episodios y ahí intentamos tener una estrategia hoy de abordaje precoz. Se ha facilitado el acceso a la consulta, tanto desde la emergencia como de la derivación de los médicos de referencia. Eso permite una primera consulta precoz. La licenciada en enfermería realiza el seguimiento de estos pacientes, así como el de los pacientes con antecedente de intento de autoeliminación y gestiona su seguimiento para lograr el control regular.

Hay algunos servicios en el interior más especializados. En Santa Lucía, la Dra. Marita Ballocco nos mostró el modernísimo servicio de la mutualista de FEMI en Santa Lucía con un control de sistema de asistencia para pacientes psiquiátricos más severos. Pero en algunas ciudades del interior no hay servicios de internación mutual y se contratan en otras ciudades o departamentos. Depende de cada lugar entender las carencias que pueden presentarse dentro de un sanatorio general. El aumento del ingreso de pacientes con patologías más severas desde el punto de vista psicosocial, con UPS (uso problemático

de sustancias) y violencia, vuelve compleja la asistencia. Se impone mejorar la gestión a nivel de la internación, y es imprescindible la dirección técnica especializada.

**Dra. Patricia Nava** —Como psiquiatras pediátricos tomamos como patología severa los trastornos profundos del desarrollo. No son casos que nos lleguen por primera vez a la consulta en internación o en alguna descompensación aguda; generalmente llegan a policlínica. Cada vez llegan con menos edad y estamos teniendo niños que nos derivan de desde los 2 o 3 años. La derivación puede provenir de pediatría; por ejemplo del sistema CAIF, donde detectan patologías graves del desarrollo más precozmente, por suerte; y Primaria.

Después de realizado el diagnóstico el psiquiatra pediátrico necesita un equipo interdisciplinario, pues no puede tratar a este tipo de pacientes en forma aislada, y ni en ASSE ni en lo mutual tenemos el equipo completo. En Salto contamos con fonoaudióloga en ASSE y en la mutual, pero no tenemos psicomotricista ni psicopedagogos ni maestros especializados en ninguno de los dos lugares y es ahí donde cuenta la habilidad que tenemos que desarrollar en cada uno de los departamentos para derivar a ese niño precozmente para empezar a hacer la rehabilitación y apoyo. En este momento en el interior, tanto en ASSE como en lo mutual, uno recurre a los centros especializados que tiene el BPS, sabiendo que al BPS entran los niños que tienen un papá o una mamá que aportan, o si tienen una pensión por incapacidad. En las asignaciones familiares de MIDES, de jefas de familia y de toda la población más carenciada BPS no brinda esa cobertura.

En Salto contamos con una de las dos escuelas especializadas para niños con trastornos profundos del desarrollo —yo les contaba que la de Montevideo es la Escuela 231 y la de Salto es la 126—. Pero no todos los niños con trastornos del desarrollo van a escuela especializada, porque hay muchísimos que uno trata de que puedan concurrir a escuelas comunes.

El rol del psiquiatra pediátrico es hacer los controles evolutivos y todo lo que implica la psiquiatría pediátrica.

**Dra. Nora Rodríguez** —En lo que respecta a ASSE, lo que tenemos excelente es la policlínica de trastornos profundos del desarrollo que es una policlínica de referencia dirigida por la Dra. Gabriela Garrido. Es una policlínica de segundo nivel a donde derivan los propios técnicos de ASSE o de cualquier otro lugar. Es de fácil acceso para los aspectos psiquiátricos, pero requiere los mismos servicios que la Dra. Nava nombró y no tiene lo que debería tener, o lo tiene en forma honoraria. Me refiero a las posibilidades de tener atención en fonoaudiología y psicomotricidad. Hay equipo, pero no es un equipo pago que pueda resolver cosas. También es un lugar centralizado y para estas cosas también hay que pensar en regionalización. Creo que tendrían que tener equipos neuropsicológicos que pudieran abarcar muchas patologías, no solamente los trastornos autistas.

En el hospital en este momento logramos tener un equipo que tiene todos los técnicos, pero uno de cada uno. Veinte años después de que comenzáramos a solicitarlos, logramos que hubiera uno de cada uno.

Avances en ASSE es que tenemos en este momento, por primera vez, llamados a psicopedagogos, a psicólogos especializados en neuropsicología, a psicomotricistas y a fonoaudiólogos, de donde surgieron los escasos cargos que todavía están nombrados.

Problemas: aumento de recursos humanos implica aumento del gasto, o sea, estamos con las manos atadas. No en proyectos pero sí en la realidad.

Desde el punto de vista de lo mutual y con el plan de prestaciones, en lo teórico está previsto como trastornos mentales severos en el Módulo 3, pero la realidad es que no se está cumpliendo en las mutualistas con las características que requería y se hace pero con un costo mucho mayor. Hay algunos avances pero no los suficientes.

Grupo 3

Participantes: \*Dr. Miguel Cherro, Dr. Paulo Alterwain, Dr. Ángel Ginés, Dra. Margarita Arduino, Dr. Ricardo Acuña, Dr. Alberto Minoletti; coordinó la mesa y realizó esta síntesis\*\* la Dra. Sandra Romano.

Desde la organización de la actividad se propuso que una de las mesas tomara como tema las políticas de salud mental en Uruguay, considerando cuáles fueron las propuestas, qué fue lo que se pudo instrumentar y la situación actual.

Para esta mesa se convocó a quienes fueron directores de salud mental en el Ministerio de Salud Pública, a los dos expositores del día viernes, doctores Alberto Minoletti y Ariel Montalbán, y psiquiatras vinculados a cargos de coordinación y dirección en ASSE.

La agenda para esta mesa fue flexible de acuerdo con los intereses y propuestas de los participantes. La intención al convocarlos fue abrir un espacio de análisis e intercambio entre quienes condujeron la política de salud mental desde el MSP, que aportara elementos de reflexión y propuesta al colectivo de psiquiatras.

Las preguntas planteadas como disparadores de la discusión fueron:

- ¿Es necesario un nuevo plan de salud mental?
- ¿Qué ejes plantearían para la nueva formulación de un plan nacional de salud mental?
- ¿Cuáles son los obstáculos y las posibles alternativas para superarlos?
- ¿Cuáles serían las herramientas para avanzar en la construcción de una política de salud mental?
- ¿Qué podemos aportar en este proceso como colectivo profesional?

Se desarrolló un intercambio muy rico, que puso en evidencia el compromiso con el tema y el interés de los participantes en contribuir a la construcción de una propuesta en común. En esta comunicación se transmite una síntesis de la discusión, se señala los aspectos que

fueron de consenso, diversas perspectivas y los aportes individuales.

**Acerca del Plan de Salud Mental de 1986**

Se resalta la importancia del plan de 1986; sus principios y orientación para la acción son valorados como relevantes y actuales.

Se menciona la importancia del contexto en el que se elaboró, salida de la dictadura, funcionamiento de la Conapro, interés de la población en participar, en ser parte de la construcción de nuevas realidades. «... el plan fue un faro porque iluminó el tema» (Ginés).

Se recuerda quiénes participaron en la redacción del plan, y se menciona, entre otros, la participación de Clara Fassler y del entonces decano de Facultad de Medicina, Pablo Carlevaro.

La forma en que se elaboró el plan refleja este contexto, con amplia participación, aportes, perspectivas y actores desde ámbitos diversos, interesados y comprometidos en tanto profesionales e integrantes de la sociedad. «... contexto democrático e inquieto reflejados en el plan [...] opinión participativa de gente que antes no pudo opinar, primera expresión práctica en la democracia» (Alterwain).

Hay acuerdo en que los principios orientadores del plan son relevantes, adecuados y actuales, pero que la estructura tiene carencias que dificultan su implementación: «... el plan fue una expresión de deseos más que un plan» (Cherro). «... fue más importante el imaginario que el plan» (Ginés).

**Necesidad de un nuevo Plan de Salud Mental**

Hay consenso en considerar que se necesita un nuevo plan, en el contexto de la reforma de salud, un plan de Salud Mental que se enmarque en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), nuevo pero en continuidad con el anterior.

\* Se excusaron por no poder participar la Lic. Renée del Castillo, el Lic. Heber Tenembaun, el Dr. Lizardo Valdés y el Dr. Ariel Montalbán.

\*\* La síntesis que se publica fue revisada y validada por los participantes.



## Contenidos

Retomar como ejes los temas históricos, pero en el contexto del SNIS y de los cambios culturales ocurridos y considerando temas que no estaban presentes.

El plan debe tener en cuenta «adaptarse a la nueva realidad y poner en consonancia los currículos formativos, con coherencia y empatía» (Cherro).

«El Plan contiene elementos que no deben borrarse [...] deconstrucción de lo anterior» (Alterwain).

En referencia a temas a incorporar Ginés destaca la atención a las nuevas prevalencias de problemas vinculados a violencia y consumo de sustancias, y cita como aporte el Plan de emergencia de 2005. Cherro plantea incorporar una perspectiva evolutiva, plantear específicamente las propuestas para la población de niños, niñas y adolescentes y para la población adulta mayor.

Varios de los participantes se refieren a la importancia de la formación adecuada de recursos humanos para la implementación de cualquier cambio y la posibilidad de incluir en el plan referencias a las necesidades y orientaciones en este tema: «... rever la formación y el rol del psiquiatra» (Cherro). «... la formación de los recursos humanos para salud mental, [...] investigación, gestión de calidad» (Acuña).

## Estructura

Todos los participantes opinan que el nuevo plan debería ser explícito, claro y concreto en cuanto a objetivos, acciones, plazos, recursos y formas de evaluación y monitoreo. Que debería estar organizado en niveles, un plan general con los lineamientos principales, programas y proyectos específicos, sustentados en datos epidemiológicos y evidencia, que incluyan indicadores para su seguimiento y evaluación y presupuesto para su implementación.

*Necesidad de pasar a una visión de salud pública, perspectiva clínica y de salud pública*

[...] *ampliar el diálogo con epidemiología, salubristas, etc.* (Acuña).

*Debe ser previsto desde una perspectiva pragmática [...] necesidad de definición de roles, rever formación y actividad de los psiquiatras, antes de plantear herramientas: qué plan, qué programa y qué y por qué ahora* (Cherro).

La necesidad de continuidad asistencial y articulación entre los niveles de atención requiere claridad conceptual para definir y discriminar campos de intervención, Atención primaria, Salud Mental, Psiquiatría. Esto implica incluir orientaciones explícitas para el rol de los profesionales de la salud mental en los distintos niveles del sistema de atención y en todas las etapas del proceso asistencial.

## Obstáculos para la elaboración e implementación

La elaboración e implementación de un plan de Salud Mental requiere la participación y cooperación de los diversos actores en torno a un acuerdo que jerarquice el bien común y la necesidad de la población. Este proceso seguramente encuentre obstáculos para su buen desarrollo, cuyo reconocimiento permitiría incluir en la planificación estrategias de afrontamiento de esas dificultades. Se planteó en la mesa este tema buscando capitalizar el aprendizaje desde la experiencia.

En primer lugar se mencionó el corporativismo existente en diferentes cuerpos profesionales, técnicos y de personal de la salud. Se mencionaron algunos ejemplos como la dificultad generada con el personal profesional y no profesional cuando se intenta concretar cambios en la estructura asistencial incorporando nuevos dispositivos y cerrando o modificando otros. Otras iniciativas que encontraron obstáculos se refieren a la incorporación de mecanismos de control de funciones o de detección de problemas individuales que afectan el ejercicio del rol

(trastornos mentales, consumo abusivo de sustancias, etc.).

Para posibilitar esta construcción resulta imprescindible superar la lógica dicotómica que confronta sistemáticamente los intereses individuales y colectivos. Esta forma de funcionamiento necesita ser explicitada y confrontada como problema, buscando alternativas que atiendan las particularidades, manteniendo el eje en la responsabilidad del sistema de atención: atender la salud de la población. En planteo de Cherro sobre incluir el cuidado de los cuidadores puede aportar a una estrategia en este sentido.

De la experiencia de los participantes en diferentes ámbitos y momentos surge la reflexión sobre el impacto de las características individuales en el ejercicio de los roles. Se mencionan como dificultades en algunos casos los rasgos de personalidad, sobre todo cuando estos constituyen trastornos, especialmente los rasgos narcisistas y los antisociales. La posibilidad de controlar el impacto de acciones individuales desde las instituciones se plantea como un nudo crítico.

A la vez se planteó la necesidad de considerar el papel del trabajo y sus condiciones en la producción de patología.

Se destacó la necesidad de establecer mecanismos para la regulación de las prácticas profesionales, que incluyan reconocimiento y difusión de buenas prácticas y control de posible mala praxis.

Hubo un rico intercambio sobre el lugar de la ideología, aspectos en los que puede implicar un obstáculo y otros en los que actúa como impulsor de procesos y acciones. Algunos aspectos prácticos en los que se puede reflejar la ideología:

Revisión de las prácticas desde una perspectiva de Derechos Humanos.

En cuanto al liderazgo en los grupos de trabajo, resaltamos lo manifestado por el Prof. Cherro: «No puede ser el médico por decreto».

## Herramientas para avanzar en la construcción de la política de salud mental

Ginés destaca el papel de la CATP (Comisión Asesora Técnica Permanente), convocada desde el Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, como grupo asesor y de apoyo, que promueve y facilita alianzas y participación para posibilitar una construcción colectiva.

Cherro concuerda en la importancia de los espacios de sinergia, menciona el Plenario de SM que antecedió a la CATP como espacio de asesoramiento al Programa de Salud Mental del MSP y a Enpsiquis, iniciativa que durante dos años reunió a las sociedades científicas y cátedras de Psiquiatría de la Facultad de Medicina para trabajar en común en la propuesta de actividades de formación y temas de interés.

Hay consenso en la necesidad e importancia de establecer alianzas políticas que sustenten y den continuidad a un plan de Salud Mental y alianzas instrumentales que aseguren su implementación.

Nuevamente se destaca la importancia de la formación de *recursos humanos* acorde a los principios y propuestas de la política de salud mental.

Minoletti cita la situación chilena en el 90 y el proceso que condujo a la elaboración del Plan de Salud Mental del año 2000. Tomaron como base los planes exitosos de otros temas de salud, ensayos de cosas que no resultaron y el antecedente del plan 93 con sus aportes y errores. Destaca la importancia de la formación para los líderes que condujeron localmente el proceso, la profundización de la formación a través de la creación de una Maestría de Salud Pública en Salud Mental y cursos para gestores de redes.

## Aportes del colectivo de psiquiatras para este proceso

Se ubica a las Sociedades de Psiquiatría del Uruguay como el ámbito para avanzar en este intercambio.

Apoyan esta iniciativa y proponen darle permanencia, con la creación de una comisión que elabore una propuesta y se plantee la discusión con otras sociedades científicas y otros actores.

Entre las funciones que se proponen para la comisión destacan: la revisión de documentos y antecedentes, avanzar en la definición del rol del psiquiatra, elaborar propuestas para participar en la formación y planificar un foro o congreso sobre salud mental en Uruguay.

## Reflexiones finales

La discusión en la mesa tuvo necesariamente un tiempo acotado y quedaron muchos temas esbozados y los participantes con evidente interés de continuar. La mayoría de los participantes de esta mesa tienen una larga trayectoria en la Psiquiatría en ámbitos muy diversos: ejercicio clínico, trabajo académico y rectoría de políticas de Salud Mental. Desde la riqueza de las contribuciones es posible reflexionar sobre qué implica ser psiquiatra hoy, de qué manera condiciona nuestra tarea el contexto institucional y político, y cuáles son nuestras funciones y responsabilidades.

Estos no son temas que despierten el interés de todos los colegas, pero seguramente muchos compartirán la afirmación de Cherro: «No es completo un psiquiatra si no piensa en las políticas de salud mental».

## Intervenciones del final del debate

**Dr. Ricardo Acuña** —Se habló de la necesidad de un cambio en el modelo de atención, cosa que se decía desde el MSP cuando comienza la reforma sanitaria en 2005, cuando

se acuerdan los tres ejes: financiamiento, gestión y atención, y en lo único en que se ha avanzado es en el modelo de financiamiento. Muchas de las cosas que se hablaron acá tienen que ver con el trabajo médico y con la forma de organizar los servicios, o sea que el cambio del modelo de atención junto con la formación y la capacitación de los recursos humanos es central.

Sandra Romano mencionó que hay elementos del viejo Programa de Salud Mental que deben permanecer y ser tomados como base para la construcción del nuevo plan.

Otra cosa importante es que Salud Mental tenga un presupuesto propio. Si vamos a hacer un plan de salud mental, este tiene que tener una forma de financiamiento. Tenemos que exigir, de acuerdo con la prevalencia y la incidencia de las patologías, un presupuesto acorde a esa carga epidemiológica.

Yo no mencionaba la evaluación porque cuando hablamos de una comisión permanente con un proyecto de plan de salud mental el propio plan tiene indicadores y la forma de ser evaluado.

Junto con esto, incorporar la visión del MSP, la incorporación de los salubristas y empezar a hablar no solo de asistencia sino de prevención y de promoción en salud mental. En la prevención y promoción que se hace a nivel general hay elementos específicos de prevención y promoción en salud mental que tienen que ser rescatados. Ese es el esquema general.

**Dr. Santiago Cusmanich** —Quiero destacar el rol del Patronato del Psicópata, porque de acuerdo con lo que pude escuchar de los compañeros en el año 96, y a partir de ciertas reformas que se hicieron, el subsector público tuvo ciertas ventajas de mejor funcionamiento que el subsector privado. Entonces, en ese sentido, el patronato cumplió una función articuladora de mejorar los servicios.

Además, menciono que en este momento está planteado lo que se llama la presupuestación en ASSE, y en ese caso el patronato pasaría a perder un rol que, a mi juicio, es protagónico en ese aspecto.

**Dra. Sandra Romano** —Solo voy a hacer un comentario puntual.

Creo que el patronato en realidad está cumpliendo una función que no es la que le corresponde, que está funcionando como una comisión de apoyo de ASSE, manejando presupuesto de ASSE de una manera que facilitó muchas cosas pero que en realidad en términos de sistema de atención no genera capacidades, creo que es al revés.

Me parece que no es para entrar ahora, pero el tema que tuvo —y seguramente Nora Rodríguez que está en la dirección de Salud Mental de ASSE lo sabe muy bien— es que nos facilitó muchas cosas en su momento. Era fácil contratar gente... Pero creo que no genera sistema, sino que secuestra del sistema un montón de cosas. Pero es un tema que podemos llegar a discutir tres años acá.

**Dr. Marcos Pamparato** —Hay un trabajo que hizo el profesor Ginés sobre cómo cambió la asistencia en el interior. Él ha cronológicamente dado dos o tres pasos que son relevantes en esto que dice el colega. Primero, la radicación progresiva de psiquiatras en cada capital departamental. A partir de esto, la radicación de más psiquiatras. Y después el desarrollo del patronato en la década del 90, en donde por estos vericuetos administrativos se implementaron equipos multidisciplinarios para trabajar con los pacientes psicóticos crónicos, y un seguimiento de este tipo de pacientes. Pero culmina diez o quince años después con un montón de juicios laborales, con un montón de complejidades que no asumí ASSE y que las tercerizó bajo esta estructura que es y no es de ASSE. Y eso es lo que hace que hoy sea supercomplejo marcarlo como una política institucional. Abrió un camino increíble, pero no lo consolidó.

**Dr. Rafael Sibils** —Hace más o menos veinticinco años hubo una serie de reuniones como estas, como la de ayer y como la de hoy. Y partir de esas reuniones que eran bastante caóticas, donde todo el mundo hablaba de muchas cosas y de experiencias distintas, y

hasta de lo que no tenía que hablar, se generaron movimientos que después plasmaron lo que, a mi modo de ver, fueron avances. Como decía Ariel Montalbán en su conferencia, no estamos bárbaro pero estamos mucho mejor que antes.

El Prof. Minoletti planteaba el tema de la ventana cuando se abre: la oportunidad de hacer cambios. Quizá estas reuniones —y agradecemos mucho a la gente de la Revista, que fue la que las propuso— se puedan planear y constituir en una posible ventana para instaurar algunos de los cambios que estamos proponiendo y que se necesitan, que son muchos.

Intervención del Dr. Alberto Minoletti

Me resultó muy interesante escuchar los debates que han tenido en el día de hoy. Espero haberme formado una idea más o menos acertada sobre la complejidad que representa el sistema de salud mental de Uruguay. Cuatro años atrás visité estructuras de salud mental aquí en Montevideo, y con lo que hoy escucho más unos documentos que he leído sobre salud mental en Uruguay me he formado una impresión. Perdón si algunas de las cosas que diga a lo mejor no corresponden a lo que realmente están viviendo ustedes.

En primer lugar, quiero ordenar mi presentación en dos vertientes. Primero, las fortalezas que me ha tocado ver en estos dos días y, en segundo lugar, los desafíos prioritarios que tienen hacia delante.

**En cuanto a las fortalezas**, es un logro fundamental que estemos aquí reunidos conversando de estos temas. Y que esto ocurra en una sociedad de psiquiatría. En pocas partes de Latinoamérica he visto sociedades de psiquiatría involucradas en este tipo de discusión, preocupadas de hacer propuestas de políticas públicas para un plan de salud mental. Es algo muy valioso y es por lo tanto primordial que continúen con estos debates y con propuestas.

Dentro de lo nuevo que han implementado, en comparación con cuatro años atrás, está el Plan de Prestaciones de Salud Mental del año 2011, el cual representa un avance importante en la provisión de intervenciones de salud mental, especialmente en las mutuales, aunque parece que para unas partes del sistema de salud, como es el caso del ASSE, no ha significado tanto. Además, es un gran avance que se establezca por un decreto oficial de gobierno que «la salud mental es la prioridad de la segunda etapa de la reforma de salud»; es parte de la ventana de oportunidades que tienen ustedes para desarrollar los servicios. Es estratégico apropiarse de esa frase y luchar por esa frase, para que efectivamente la salud mental sea la prioridad de esta segunda etapa.

Ustedes tienen una serie de riquezas que ya había observado cuatro años atrás, como que haya directores de salud mental dentro del ministerio y que muchos de los exdirectores estén aquí presentes en esta actividad. Entiendo también que todavía existe en ASSE algún tipo de dirección de salud mental.

La otra riqueza es que tengan muchos recursos destinados a salud mental. Estuve revisando anoche la información que ustedes han entregado tanto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como a la Organización Mundial de la Salud (OMS). No hubo informe de Uruguay a la OMS en el año 2011, fue uno de los países que faltó dentro del grupo latinoamericano. Pero los informes previos —información que debe ser de mitad de la década del 2000— hablan de un 7 % a un 8 % del presupuesto de salud del país destinado a salud mental, por lo cual sería el país latinoamericano que está invirtiendo más en salud mental. Por lo que he escuchado ayer y hoy, ustedes también invierten mucho en salud como país y si efectivamente el 78 % se destina para salud mental, representaría una gran cantidad de recursos (a menos que esos datos no sean tan exactos).

La riqueza de recursos se observa también en que tienen una cantidad importante de equipos ambulatorios de psiquiatría que están repartidos en el territorio, que han abierto salas

de hospitalización en hospitales generales, lo cual también es muy valioso.

Existe además una riqueza en las experiencias de estos equipos ambulatorios. Ayer estuve conversando con una colega que trabaja en uno de estos equipos sobre el aprendizaje que han generado en estos quince años —y supongo que algo similar ha ocurrido en otros equipos—. Es muy valioso para las políticas públicas aprender de todas estas experiencias locales, de los equipos ambulatorios, de las experiencias de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, de los logros de las organizaciones de familiares, de las buenas prácticas con residencias asistidas, de las experiencias de rehabilitación psicosocial en la comunidad, etc. De todas estas prácticas locales se puede aprender y desde ellas, desde los distintos actores locales, formular políticas que potencien las buenas prácticas. Es necesario reconocer esta riqueza y sistematizar sus aprendizajes para alimentar un futuro plan nacional de salud mental.

**Dentro de los desafíos**, el gran tema que tienen es cómo balancear el sistema de salud mental; creo que está un poquito desbalanceado, diría que hay mucho peso sobre ustedes, los psiquiatras, pero al mismo tiempo los veo un poco reventados trabajando tanto. A pesar de que tienen unas de las tasas más altas de psiquiatras de Latinoamérica, no están trabajando relajadamente, tienen una carga muy grande, tienen que ver pacientes en quince minutos, y aun así la gente espera uno o dos meses para llegar donde ustedes. Eso es un signo de que algo no está bien balanceado.

Hay que pensar, ver y discutir. La conversación de ustedes hoy día me recordó lo que nosotros vivimos en Chile a fines de la década del 90, cuando tuvimos muchas de estas reuniones en muchas regiones del país, escuchando a la gente primero, y luego, sobre la base de lo recogido, elaborando propuestas en el ministerio, presentando las propuestas a los equipos locales e incorporando sus sugerencias a las propuestas para el plan nacional. Dibujamos muchos esquemas para tratar de graficar el modelo de organización de los servicios que

fuera lo más balanceado posible. De acuerdo con las realidades y experiencias locales, algunos estaban de acuerdo con nuestras propuestas y otros estaban en desacuerdo. Tuvimos discusiones fuertes, nos peleamos, negociamos y nos reconciamos y seguimos trabajando juntos por la misma causa, y, al final, se llegó a un acuerdo de modelo que no tuvo grandes opositores; yo diría que un 70-80 % de los equipos estuvieron contentos con nuestras propuestas (nunca todos van a estar contentos). Posteriormente aparecieron opositores al modo en que ese modelo de organización de servicios se estaba implementando en la realidad, pero sin que cuestionaran el modelo que quedó escrito en nuestro plan nacional. Nosotros llegamos a definir detalles muy útiles en el Plan. Por ejemplo, cada cuántos habitantes tengo que tener un centro ambulatorio de salud mental, cuántas camas tengo que tener por tanta población, etc. El modelo lo sentimos como propio en Chile, a pesar de que los componentes pueden estar copiados de experiencias de otros países, pero la forma de organización tiene un sello propio de nosotros, con la cual nosotros nos identificamos y nos sentimos como parte de ella.

Este proceso fue fundamental para el desarrollo de un modelo de servicios de salud mental comunitario. Es necesario aclarar que nuestro primer plan nacional de salud mental surgió en 1993, el cual nos permitió tener muchos aprendizajes de experiencias en pequeña escala, los que fueron de gran valor para formular el plan del año 2000, que permitió masificar el desarrollo de servicios de salud mental en todo el país. Recuerdo que después de cinco años de implementación del primer plan elaboramos un documento de organización de la red de salud mental que nos llevó dos años de discusiones para ponernos de acuerdo con distintos actores, no solo con los psiquiatras, sino con los actores de las distintas disciplinas que conforman los equipos.

¿Qué aspectos críticos me parecieron más importantes para balancear el modelo de Uruguay?

**1. La atención primaria (APS).** Ayer dije una exageración, una caricatura del rol de la APS de los ingleses en salud mental. No se queden con esa caricatura, porque cualquier proceso de atención de enfermedades mentales en la atención primaria tiene que ser un proceso gradual, incremental, no de un día para el otro. Recuerdo que mi maestro, el Dr. Marconi, había estado en Inglaterra a principios de los años 50, cuando ya empezaba a introducirse la psiquiatría en los hospitales generales de Inglaterra y ya la atención primaria; el médico general y la enfermera que formaban la atención primaria inglesa en esos años estaban empezando a hacer algo en salud mental. La historia de salud mental en APS en Inglaterra se ha desarrollado en un período de sesenta años, para llegar a esa frase que les conté ayer que me dijo un amigo médico de familia inglés: «No necesitamos a los psiquiatras para tratar a las personas con depresión».

Ustedes pueden empezar a vivir procesos graduales de incorporación de la salud mental a APS. Supongo que ya hay algo que está haciendo la atención primaria en salud mental; debe estar haciendo algo, porque si ustedes los especialistas se demoran uno o dos meses en atender a una persona con enfermedad mental algo tiene que hacer entretanto el equipo de salud general. Habría que preguntar y ver cómo podemos potenciar procesos que ya están ocurriendo.

Claramente lo que decía ayer el Dr. Ariel Montalbán es fundamental. Una tarea la hace la atención primaria y otra cosa diferente la hacemos los especialistas. Tiene que estar muy claro: qué es lo que hace la atención primaria y qué personas refiere al especialista. Pero para eso se requiere formación en salud mental de los equipos de atención primaria; si no les están enseñando en pregrado cómo hacerlo, es más difícil que acepten tratar a personas con enfermedad mental en centros de APS. Nosotros, en este momento, a raíz del plan muchas universidades ya incorporaron el internado en psiquiatría como parte de la formación del médico general; la psiquiatría

es una de las cinco especialidades básicas. Los internos, después de todo lo que aprendieron de psiquiatría en los años previos, hacen un mes exclusivo de psiquiatría, y de esta forma salen mucho mejor formados ahora para tratar a personas con enfermedad mental que veinte años atrás.

Es importante ir pensando en ese tipo de estrategias de pregrado, así como también en la formación en el trabajo —hemos hecho muchas experiencias en formación de equipos de salud general en Chile—. Es necesario tener protocolos, guías clínicas y manuales, los cuales deben definir cómo será el tratamiento de las enfermedades mentales en la atención primaria.

Entre paréntesis paso un aviso de documentos que pueden utilizar ustedes para incorporar la salud mental en APS. No tengo derechos de autor en ninguno de ellos, aunque he escrito algo en dos de ellos. La OMS sacó un excelente material que está traducido al español, que se llama Guía mhGAP (Mental Health Gap) y que pueden bajar de la web. En esta guía se resume la evidencia internacional de los expertos sobre las intervenciones que pueden hacer los equipos de salud general y específicamente de atención primaria. Está por salir un manual de OPS, del que soy segundo coeditor y escribí varios de los capítulos, como una forma de cooperar con la región (Rodríguez J, Minoletti A. *Manual de Salud Mental para Trabajadores de la Atención Primaria*. OPS, Serie Paltex, Washington 2013). El que quiera leer en inglés algo más profundo, hay un libro que pesa varios kilos de este amigo que les mencioné ayer, Gabriel Ivbijaro, que es médico de familia y que nos pidió a varios que colaboráramos con algunos capítulos de ese libraco; ahí encontrarán con lujo de detalles toda la evidencia mundial que se puede utilizar para salud mental en la atención primaria (Ivbijaro G (ed.). *Companion to primary care mental health*. Radcliffe Publishing Ltd. London UK, 2012). Es un libro que servirá como referencia por muchos años. Les cuento de estas cosas que existen actualmente, y así no tienen que inventar la rueda.

Dependiendo de cómo sea la atención primaria en Uruguay, que supongo será similar a muchos lugares con equipos también sobrecargados con su trabajo asistencial, será necesario graduar el trabajo en salud mental según los recursos disponibles. Uno no puede crear una carga adicional a los equipos APS si no se agregan recursos para realizarla. Es necesario reforzar los recursos humanos y dotar de psicofármacos a la atención primaria para que pueda cumplir una función adecuada en salud mental.

## **2. La rehabilitación me parece que es un segundo aspecto crítico para ustedes.**

Los he escuchado hablar muy a la pasada de este tema, no tengo un conocimiento profundo de su realidad en Uruguay, pero creo que merece una reflexión conceptual. ¿Quién y cómo debe realizar la rehabilitación psicosocial? En general, la mayoría de los expertos mundiales que he consultado coinciden, al igual que lo que muestra la experiencia nuestra en Chile, que eso de tener la rehabilitación en un lugar y el equipo tratante en un lugar diferente no funciona bien, duplica funciones, genera tensiones en distintas direcciones. Lo ideal es que el mismo equipo ambulatorio, comunitario, de especialidad tuviera, ojalá, un local más grande y un equipo más grande, donde se pudieran hacer actividades de rehabilitación, y ojalá la rehabilitación se efectúe de preferencia en espacios comunitarios, porque no hay evidencia de que las habilidades desarrolladas con la rehabilitación *in vitro* (dentro de un centro de salud) se generalicen al medio comunitario; en cambio, la rehabilitación *in vivo* (en la comunidad, en los espacios de vida habituales de todos nosotros) tiene una mayor probabilidad de generalizarse a las distintas situaciones de la realidad de la vida diaria.

## **3. Otro desafío es la psiquiatría en el hospital general.**

Cómo podemos lograr que la mayoría de los hospitales generales grandes tengan un servicio de psiquiatría. Esto tiene muchas ventajas, desde la formación de los médicos generales, la formación de los psiquiatras, hasta para los propios pacientes que se benefician con una atención de salud

más global, integrando las dos vertientes de la medicina, la física y la psíquica. Pero la integración de la psiquiatría en el hospital general también permite tener camas más descentralizadas y utilizar mejor este recurso que siempre es insuficiente (aquí también he escuchado que las camas están siempre ocupadas y que hay demoras para hospitalizar). ¿Cómo se prioriza para que las camas las utilicen las personas que tienen una mayor necesidad de ellas? La experiencia demuestra que es mucho más fácil hacerlo en territorios más pequeños donde se conocen entre sí los distintos actores de salud, donde es más difícil pasarse goles (hospitalizando personas con bajo nivel de necesidades o con problemas sociales y no necesariamente con una crisis psiquiátrica); en los espacios locales pueden dialogar los profesionales de centros ambulatorios de psiquiatría con los profesionales de psiquiatría del hospital general para decidir a qué paciente se prioriza para acceder a la única cama que está disponible ese día. De esta manera la decisión es mucho más participativa y comunitaria.

**4. Es fundamental desarrollar también residencias de medio camino** si queremos implementar un modelo comunitario y creemos que las personas con discapacidades mentales severas deben ser incluidas en la comunidad. Para evitar la institucionalización se requieren estas residencias comunitarias, especialmente cuando la familia no está o su disfuncionalidad impide que cumpla adecuadamente su función de apoyo. Es importante que ustedes aprendan de las experiencias que ya se han desarrollado en Uruguay para que puedan desarrollar políticas al respecto.

**5. Enfoque de salud pública.** Este desafío se relaciona con un tema más general que surgió en el grupo de los directores de salud mental y que uno de ellos planteó de manera muy gráfica como «mirar el bosque». Cuando estamos en un centro de atención cualquiera estamos mirando un árbol y es más difícil que miremos el conjunto de árboles, «el sistema bosque». Para desarrollar un modelo balanceado de servicios de salud mental y responder ade-

cuadamente a las necesidades de la población es necesario mirar el bosque, es decir, mirar a todos los actores y establecimientos que están entregando servicios, y manejar información de todos los componentes para formarse una idea general de cómo está funcionando la totalidad del sistema. Y para eso hay que tener habilidades de salud pública (epidemiología, gestión de servicios, coordinación de redes asistenciales, financiamiento, evaluación de servicios, etc.), y por lo que me han informado ustedes, los profesionales que trabajan en salud mental y dirigen servicios no siempre tienen formación en salud pública. Eso es un vacío que tienen que abordar ustedes y tendrían que buscar fórmulas para ver cómo lo superan, por lo menos que el grupo que va a estar en la vanguardia del desarrollo de servicios, que va a hacer las propuestas de políticas de salud mental, tenga alguna formación en salud pública.

Aprovecho para hacer otro aviso, en el que tampoco tengo interés económico alguno, el Master Internacional de Políticas y Servicios de Salud Mental de Lisboa, que dirigen José Miguel Caldas de Almeida y Benedetto Saraceno, donde uno de los profesores es Thornicroft (que cité en mi conferencia de ayer), junto con otros profesores top del mundo en salud mental pública (o también llamada salud pública en salud mental). La cuarta versión de este máster se inicia en septiembre de este año, y ahí podrían participar profesionales de Uruguay.

Yo trabajo actualmente en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y algunos de ustedes podrían participar en algunos de nuestros programas ([www.saludpublica.uchile.cl](http://www.saludpublica.uchile.cl)). Tuvíamos en un momento en Chile una maestría de salud pública específica en salud mental —en este momento no la tenemos, pero fue muy importante tenerla en los 90, ya que las personas que se formaron lideraron muchos procesos de desarrollo de servicios tanto a nivel nacional como local—. En la Escuela tenemos varios diplomados de un año de duración, por ejemplo, un diplomado en Gestión de Servicios



de Salud Mental para los profesionales que están trabajando y manejando recursos destinados a salud mental a nivel del ministerio o localmente, que están a cargo de salud mental en un área sanitaria, en una municipalidad o en un establecimiento. Tenemos un Diplomado de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria para los clínicos, para que también tengan una idea de salud pública, que aunque estén mirando un solo árbol también sepan cómo funciona el bosque en su conjunto.

En nuestra Escuela de Salud Pública tenemos convenios internacionales con varias universidades de otros países, de modo que si alguna Universidad de Uruguay quiere hacer algún convenio de intercambio, para programas de enseñanza presenciales u *online*, a distancia, puedo hacer de intermediario para lograr algún convenio. Podría haber intercambio de profesores y estudiantes, en ambas direcciones.