

Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud

Martin de Lellis

Resumen: La promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental se inscribe en un proceso de recientes transformaciones políticas acontecidas en Argentina. El presente trabajo se propone caracterizar el proceso de institucionalización asociado al modelo asilar, una reflexión en torno a la adecuación del conocimiento epidemiológico en salud mental producido en las últimas décadas y de la formación de recursos humanos para dar respuesta a las demandas del nuevo paradigma. Seguidamente se exponen propuestas que se enmarcan en el nuevo escenario: a) La organización de una red de servicios que sustituya al paradigma asilar; b) El fortalecimiento de la visión epidemiológica que permita la formulación de prioridades y la toma de decisiones; c) La adopción de lineamientos para la gestión y formación de los recursos humanos en salud mental.

Palabras clave: Salud Mental, Institucionalización, Derecho la salud.

Saúde mental na agenda da política de saúde pública

Resumo: A promulgação da Lei Nacional de Saúde Mental é parte de um processo de mudanças políticas recentes ocorreram na Argentina. O presente trabalho tem como objetivo caracterizar o processo de institucionalização associado com o modelo de asilo, uma reflexão sobre a adequação do conhecimento epidemiológico em saúde mental ocorreu nas últimas décadas e da formação de recursos humanos para atender às demandas do novo paradigma. Aqui, as propostas que se enquadram no novo cenário são as seguintes: b) Fortalecimento da abordagem epidemiológica que permita a formulação de prioridades e tomada de decisão: a) A organização de uma rede de serviços para substituir o paradigma isolado c) Adopção de orientações para a gestão e formação de recursos humanos na área da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental, Institucionalização, Direito a saúde.

Introducción

Durante los años 80 se produjeron ciertos procesos políticos relevantes para comprender la situación actual de la salud mental en Argentina.

Por un lado, se fortalece la crítica al modelo de atención asilar enmarcado en la corriente de reformas impulsadas en Europa y en Estados Unidos, el cual puso en evidencia la penosa situación de las personas institucionalizadas y la necesidad de adoptar urgentes reformas en la red de servicios asistenciales.

En segundo lugar, los procesos de descentralización, desregulación y privatización de servicios que afectaron la estructura institucional y el desempeño del Estado nacional en su conjunto, tuvieron también impacto sobre el sistema de servicios de salud y, consiguientemente, en el ámbito más restringido de las acciones en Salud Mental.

De la mano de este proceso en el cual la privatización fue el eje orientador de las políticas públicas y la dimisión del Estado fue el denominador común en aquellas áreas en las cuales había adquirido una histórica preeminencia, el campo de la Salud Mental perdió jerarquía institucional y manifestó una escasa o nula capacidad para la ejecución de programas sanitarios.

Tales procesos pusieron en evidencia la debilidad institucional que caracterizaba a las políticas públicas en Salud Mental, pues se carecía de un marco regulatorio, un organismo de aplicación y de las capacidades institucionales necesarias para adoptar las reformas que se requerían.

La situación descrita pudo ser revertida en el pasado reciente, con la sanción de la ley Nacional de Salud Mental y del Decreto Reglamentario 603/13, que obliga a los poderes políticos y a las organizaciones sociales a emprender las reformas que son absolutamente prioritarias en el campo de la Salud Mental, y cuyas principales contribuciones se condensan sintéticamente en los siguientes capítulos:

a) Derechos de los pacientes (capítulo III), en el cual se enumeran los principales derechos que deben ser objeto de protección específica, tales como recibir asistencia sanitaria, conocer y preservar su identidad, recibir tratamiento de acuerdo a la alternativa terapéutica más conveniente, no ser discriminado, ser informado de manera adecuada y comprensible acerca de sus derechos, no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales, no ser sometido a trabajos forzados y brindar su consentimiento a las prácticas que se adoptarán en el marco de su tratamiento.

b) Modalidad de abordaje (Capítulo V), en el cual se define el carácter interdisciplinario del equipo de salud, la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.

c) Internaciones (Capítulo VII), en el cual se establecen los requisitos que deben cumplir las mismas en materia de consentimiento expreso del paciente, condiciones para el alta, dictámenes de los profesionales que deben participar en la decisión de internar, rol de la justicia, periodicidad de los informes a cargo de las instituciones asistenciales, prohibición de creación de nuevos manicomios, necesidad de efectuar la internación en hospitales generales.

Es claro que la implementación de la ley requiere una transformación de las políticas públicas en el ejercicio del rol de rectoría y de las herramientas de gestión necesarias para el cumplimiento de las metas fijadas. Pero desafía también a los centros productores de enseñanza e investigación, ya que se requiere una actualización de los sistemas de información a fin de generar datos útiles para la formulación de prioridades y la toma de decisiones, así como la interiorización de una visión epidemiológica y de un modelo comunitario de abordaje en los actuales y futuros graduados, a fin de contribuir a su plena inserción en el campo de la salud mental.

Comenzaremos revisando cuál es la problemática específica ligada a las instituciones de encierro y a la dificultad de integrar la salud mental en las redes de servicios de salud, para tratar luego la cuestión epidemiológica y la reorientación en los procesos de formación de los recursos humanos. A continuación, una serie de propuestas enmarcadas en el nuevo escenario propuesto por la ley nacional de salud mental y su decreto reglamentario.

Desinstitucionalización y redes de servicios

Por un muy largo período en la historia de Occidente los enfermos mentales, privados de todo derecho, eran tratados mediante la coerción y el aislamiento en instituciones de

encierro junto con otras categorías de individuos cuyo denominador común era la carencia, la transgresión y la condición de irracionalidad:

“Mendigos y vagabundos, gentes sin hacienda, sin trabajo o sin oficio, criminales, rebeldes políticos y herejes, prostitutas, libertinos, sifilíticos y alcohólicos, locos, idiotas y hombres estafalarios, pero también esposas molestas, hijas violadas o hijos derrochadores fueron por este procedimiento convertidos en inocuos e invisibles”. (Dorner, 1974, pp.29)

La progresiva medicalización de lo que entonces configuraba el dominio de la locura, la demencia y la imbecilidad fue un proceso que se planteó conjuntamente con la emergencia en un nuevo dispositivo institucionalizado de segregación: el Asilo psiquiátrico (Ackernecht, 1979).

Los establecimientos creados en este período, en los cuales se concentrará un gran número de pacientes con trastornos mentales para su diagnóstico y tratamiento hallarán una progresiva legitimación científica bajo la denominación de Colonias, que proponían constituirse con las características de autosustentabilidad en el plano económico y autonomía en el plano administrativo-financiero.

A medida que se profundiza el desarrollo del capitalismo industrial, la categoría trabajo estará asociada a un valor terapéutico y una función moralizante que adquirirá relevancia por su contribución al disciplinamiento de las relaciones sociales. Es en este marco que el asilo adoptará la laborterapia y la educación en oficios como uno de los ejes cardinales de la estrategia asistencial, la cual se conjugará con las propuestas basadas en el humanismo y en el tratamiento moral, el cual se expandirá rápidamente en las naciones occidentales.

En líneas generales, el éxito de los asilos afectó su propia sustentabilidad, ya que se derivaron a los mismos un número desbordante de pacientes que correspondían a los más variados cuadros patológicos y de deterioro social. La capacidad de los Asilos resultó cada vez más insuficiente, y el hacinamiento se reveló como uno de los problemas centrales que debían hacer frente quienes conducían tales establecimientos, exhibiendo cada vez con mayor dramatismo la existencia de recursos finitos para una demanda que tendía a expandirse indefinidamente.

Así fue como instituciones sin murallas que la aislen del exterior, creadas para la rehabilitación y la protección fueron transformándose en espacios de aislamiento y exclusión social. La inactividad, el abandono y el encierro de por vida fueron prevaleciendo y desplazando los fines originales que dieron sentido a su emergencia como Instituciones y que caracterizaban su misión original. Si bien fueron suprimidos los muros exteriores a través del régimen de “puertas abiertas”, se tendió a reproducir un régimen de aislamiento en cada una de las unidades asistenciales (pabellones), que servían al propósito de cuidar al mayor número de personas con el menor número de agentes, lo que reforzó las características custodiales del modelo de atención (de Lellis, 2006).

En este periodo recrudescen las críticas planteadas por eminentes figuras del campo académico desde una perspectiva sociohistórica (Rosen, 1974) o antropológica

(Goffman, 1961); así como a través de la legislación internacional y nacional que establecieron bases normativas para el tratamiento de los enfermos mentales.

El imperativo de la “reforma” aparece entonces formulado desde la experiencia desarrollada en Italia con la sanción de la Ley 148, lo cual sentó el debate acerca de la necesidad de suprimir definitivamente los manicomios y abogar por el desarrollo de dispositivos asistenciales alternativos a las situaciones de encierro, así como revertir las condiciones de estigmatización (Rossetto y Lellis, 2011).

Desde esta perspectiva, el término institucionalización designará las consecuencias más penosas que experimentan las personas alojadas durante un largo tiempo en los asilos neuropsiquiátricos (en tanto Instituciones totales) y que tienen devastadoras manifestaciones asociadas a la privación psicológica, física y social.

Una de las consecuencias más fatídicas del modelo basado en la institucionalización ha sido la fractura entre los asilos y el resto de las instituciones que conforman las redes sanitarias de atención. Herederas de aquellas instituciones que atendían las enfermedades que por entonces se consideraban “malditas” (por ej: la lepra), los asilos neuropsiquiátricos se emplazaron en sitios apartados de los centros urbanos, con dificultades de accesibilidad y desarticulados del resto de las instituciones que conformaban el sistema de atención.

Esta es una de las razones por la cual la inclusión del componente salud mental en el sistema de servicios de salud ha sido a menudo problemática y, en la mayoría de los casos, fallida. Las instituciones del primer nivel tales como los Centros de Atención Primaria de la Salud no incorporaron adecuadamente profesionales de la salud mental que, integrados con el resto de los profesionales del equipo de salud, pudieran brindar respuestas efectivas a las demandas de asistencia en dicho nivel, tales como el impacto emocional asociados con eventos o crisis vitales, trastornos de aprendizaje, problemas vinculares o aquellos asociados a conductas de auto y heteroagresión (Morales, 1999).

Se suponía que los problemas de más difícil resolución y que ameritaban el tratamiento de emergencias y/o urgencias (ej: episodios de crisis psicótica, intoxicación por abuso de sustancias) debían ser derivados al segundo nivel de atención (por ej: los hospitales generales), en el cual se podría brindar una adecuada contención y tratamiento. Las dificultades existentes para atender y resolver adecuadamente dichas problemáticas impulsaban a los profesionales que se desempeñaban en el ámbito de los hospitales generales a efectuar la derivación a instituciones monovalentes, pues se suponía que estos podían contar con mayor capacidad resolutoria para actuar en esta clase de situaciones, pero que, en los hechos, no producían otra cosa que una progresiva cronificación de los pacientes asilados.

Este proceso en el cual se expresa la imposibilidad de resolver las crisis subjetivas (a menudo asociada con procesos vitales) demostrada por las distintas instituciones que configuran el sistema de atención terminaron conjugándose con las prácticas segregativas que durante siglos afectaron el tratamiento/consideración de la locura, sin asegurar el mínimo cuidado o atención sanitaria.

Así fue cómo en el año 2007 un informe producido por la organización no gubernamental titulado “Vidas arrasadas” (CELS, 2007) estimaba aproximadamente unos 20.000 pacientes asilados en establecimientos públicos y/o privados de carácter monovalente. Otros datos revelados por dicho informe fueron los siguientes: el 80% de

los internados se hallaba en esta condición durante un período mayor a un año y una proporción significativa pasaban allí el resto de sus vidas.

Aún cuando algunas estimaciones indiquen que esa tendencia ha tenido una ligera pero sostenida reversión en el transcurso del último lustro, también es cierto que se trata de una transformación que, en la medida que debe remover pautas culturales e institucionales acendradas durante décadas, resultará arduo también lograr su efectiva transformación en el corto y mediano plazo.

La atención de las adicciones y de los abusos en los consumos de diferentes sustancias- ubicada en el marco general de la salud mental, presenta rasgos específicos que conviene recuperar en esta presentación acerca de la integración de la salud mental a los servicios generales de salud. Considerada habitualmente como una problemática más ligada a la seguridad y al control o persecución del comercio internacional de drogas ilícitas (ej: narcotráfico) nunca obtuvo una apreciable consideración en término de las políticas sociales y sanitarias, y han sido muy escasas la inclusión de programas y recursos destinados a trabajar sobre la problemática.

Amenazas y obstáculos a la integración disciplinaria

Diversos aspectos relativos a la formación y gestión de los recursos humanos se constituyen en obstáculos para la implementación de las propuestas de transformación.

La primera cuestión importante a señalar son las históricas disputas corporativas que han atravesado a las profesiones que integran el campo de la salud mental, y que han resurgido o se han agudizado en ocasión de la reciente sanción de la ley nacional de salud mental.

De acuerdo a la noción del campo científico (Bourdieu, 2002), los agentes que encarnan a las distintas disciplinas despliegan estrategias para arrogarse el status privilegiado de lo científico como fundamento legitimador de las prácticas que cada una de ellas representa en dicho campo específico de relaciones: por ejemplo, basadas en la tradición positivista las ciencias naturales han negado la posibilidad de concebir otro modo científico y, al mismo tiempo, las investigaciones sociales con pretensiones de científicidad se constituyen en *focos de peligro* por quienes descreen de ellas, y que podrían reforzar la negación de legitimidad de las ciencias sociales.

En tal sentido, las disputas en torno al estatuto de las ciencias en los cuales se fundan las acciones en el campo de intervención, (ej.: medicina centrada en las ciencias naturales enfrentada a las corrientes específicas de las ciencias sociales, conocimiento apoyado en la evidencia de datos empíricos u observables frente a la referencia a datos cualitativos) pueden ser empleadas para reforzar una posición hegemónica en la toma de decisiones concernientes al campo de actuación.

Sin embargo, el campo de la salud mental presenta, a diferencia de otros ámbitos científicos, un escenario abultado de diversidades teóricas y tecnológicas de aplicación. Esta pluralidad tiene su origen en circunstancias históricas y en los emergentes científicos que, frecuentemente, nacen de distintas posturas epistemológicas y, no pocas veces, a partir de situaciones sociopolíticas diferentes.

Podemos observar que, aún cuando adscriban retóricamente al enfoque de derechos, coexisten entre las disciplinas y al interior de cada una de ellas distintas escuelas o

corrientes teóricas que plantean intensos desacuerdos respecto de aspectos tales como el objeto de intervención, el encuadre de trabajo o las técnicas terapéuticas a emplear, que llevan incluso a consolidar lo instituido:

“La amplitud teórica y pluralista de la ley, así como de los dispositivos legitimados para la atención, habilita a que todos los profesionales –independiente de la disciplina y el marco teórico que portan, así como las prácticas de trabajo que llevan adelante – tengan margen para validar lo que hacen, sin necesidad de repensar ni introducir modificaciones respecto al propio rol profesional. En el marco de la ley, los profesionales ubican, legitiman y defienden la forma en que trabajan”. (Rosendo, 2010 pág.408)

Otras cuestiones giran en torno a cuáles son los criterios diferenciales mediante los cuales las disciplinas científicas intentan establecerse como posición dominante o hegemónica en la toma de decisiones, tal como la ejercida por la medicina en Occidente (y, en este caso particular, la psiquiatría) durante un dilatado período histórico.

Entre otros aspectos, dos cuestiones se hallan contenidas en la ley que amenazan la integración disciplinaria por las disputas corporativas que han suscitado:

En primer lugar, la posibilidad de que todo profesional del equipo interdisciplinario de salud mental puede acceder a un cargo de jefatura de servicio siempre y cuando se halle suficientemente capacitado para esta tarea:

“Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental” (Ley nacional, Art. 13)

El debate acerca de cómo anteponer al criterio de incumbencia profesional el criterio de idoneidad ha puesto nuevamente sobre el tapete el interrogante acerca de cuáles son las fuentes de las que extrae su preeminencia y legitimidad científica históricamente la medicina por sobre otros saberes que concurren al campo de la atención en salud.

La medicina adquirió una posición hegemónica en el concierto de las profesiones de la salud, pero al precio de ser concebida como una instancia reparadora que actúa sobre lo somático (con prescindencia de los aspectos subjetivos) y explicando el funcionamiento del organismo por el inadecuado o distorsionado funcionamiento de sus partes elementales. Esta concepción mecanicista y reduccionista se aplica con mucha dificultad al campo de la salud mental, pues gran parte de los malestares y/o dolencias no se hallan localizadas en procesos somáticos mensurables sino que se trata de dificultades y tensiones manifestadas en el plano psicológico y que son resultado de procesos vitales que las personas atraviesan en contextos problemáticos que amenazan el equilibrio y/o estabilidad de los sujetos.

De hecho, la psicología en su vertiente clínica ha sido durante mucho tiempo considerada como una profesión “auxiliar de la medicina” hasta que se sanciona la ley de ejercicio profesional de la psicología en la cual esta profesión adquiere un estatuto

legal autónomo y ya no depende directamente de la autorización médica para actuar profesionalmente, por ejemplo en el campo clínico.

Sin embargo la psicología, subalternizada como profesión, y especularmente reflejada en la medicina clínica, no ha podido desplegar las formulaciones teóricas y técnicas que más genuinamente la representan: así es como se ha desarrollado centrada en lo psicopatológico mucho más que en sus vertientes comunitaria y salutogénica. Gran parte de lo que fue su acervo específico como profesión (la utilización fundada y racional de metodologías de evaluación psicológica con base científica) ha visto cercenado su desarrollo al promoverse la adopción de intervenciones que desdeñan la utilización de criterios diagnósticos y sistemáticos para su evaluación científica.

En segundo lugar, las prerrogativas de decidir (y autorizar) las internaciones que, de ser una actividad reservada a los médicos psiquiatras pasó a convertirse en una actividad compartida con otras profesiones del campo de la salud mental, dado que en la ley nacional se indica, como primer requisito de toda disposición de internación

“la evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o psiquiatra”. (Ley Nacional 26657, Art.16)

Esta disposición invita a revisar un supuesto que tenía la forma de un tabú incuestionable, como era la concentración del poder de internar en la incumbencia profesional de la psiquiatría, y que ha llevado a una curiosa argumentación defensiva de este colectivo en ocasión de discutirse el proyecto de ley en las Audiencias públicas. Allí, representantes de la asociación de psiquiatras afirmaron que debía regir plena autonomía para establecer la *lex artis*, que de ser llevada hasta sus últimas consecuencias desdeñaría los marcos regulatorios del ejercicio del arte de curar y habilitaría prácticas curanderiles en desmedro de los propios profesionales médicos.

Si bien estas instancias amenazan con producir una fractura en el equipo interdisciplinario de salud, sin duda que de resolverse satisfactoriamente estos obstáculos puede alcanzarse el propósito deseado de profundizar aún más los lazos que unen a las distintas disciplinas intervinientes en torno a la visión que aporta el nuevo paradigma.

Recursos humanos: los procesos de formación

Como ha sido señalado en la conferencia mundial celebrada en Toronto realizada durante el año 2005, el problema de los recursos humanos en salud mental comparte similares características que los restantes recursos humanos en salud: la distribución inequitativa, la migración incontrolada, la precarización laboral y la inadecuada orientación formativa de las universidades e instituciones formadoras.

Por ejemplo, un examen comparativo de la cantidad de psicólogos por habitante en muy distintos países del orbe ofrece una medida indicativa de la inequitativa distribución del recurso humano profesional. De acuerdo a las tasas provistas por el Atlas de recursos humanos de la OMS, Argentina ostenta la tasa de psicólogo por habitante más alta del mundo (121,2 x 100.000), seguido por países escandinavos, europeos y de América del

Norte. Sin embargo, mientras en ciertas regiones del país se observa un marcado déficit de profesionales, en otras zonas el recurso humano manifiesta una distorsiva sobreoferta que incide negativamente sobre el mercado de trabajo profesional, y contribuye a la precarización o al bajo reconocimiento salarial de la fuerza de trabajo. De acuerdo a los datos provistos por el estudio nacional que trabajó con base en datos del INDEC (Alonso y Gago, 2010), cerca de las tres cuartas partes de la fuerza de trabajo profesional (75,4%) está concentrada en tres distritos del país, tal como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Santa Fe.

Además del problema que representa la inadecuada cantidad y distribución de los profesionales en las distintas regiones del país, existe un extendido consenso en torno a que la calidad y diversificación de profesionales especializados en salud mental que actualmente se forman en las instituciones públicas y/o privadas no responden a las necesidades sanitarias de la población. Tal como lo señaláramos en anteriores trabajos (de Lellis, 2011), la orientación seguida por las instituciones universitarias formadoras del recurso humano han estado cooptadas por el modelo clínico como instancia legitimada por la comunidad profesional, obturando la plena inclusión de corrientes teóricas y aplicaciones técnicas que demuestren un alto grado de transferencia al campo social, así como instancias de inserción profesional que trascendieran el contexto asistencial e incorporaran acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención temprana de la enfermedad.

Esto ha conllevado, entre otras, las siguientes consecuencias:

a) Bajo grado de conocimientos y desarrollo de competencias básicas para trabajar en el ámbito de lo público que atienda todos los niveles de acción sanitaria y desde una perspectiva poblacional.

b) Omisión en el tratamiento de las problemáticas más relevantes –por su prevalencia y efectos multiplicadores negativos– de salud mental del país; en particular aquellas que impactan sobre los grupos más vulnerables que se hallan más amenazados por las condiciones de exclusión y pobreza con un criterio de equidad.

c) Desconocimiento de los ejes políticos que son rectores en la salud mental desde una perspectiva sanitaria, tales como la Declaración de Caracas, la Convención Internacional para la protección de los derechos de las personas con discapacidad y, más recientemente, la ley nacional n° 26657.

Podemos aseverar entonces que existe una brecha importante entre la demanda de calificaciones profesionales para dar respuesta a los desafíos del nuevo paradigma y la oferta de capacitación existente, tanto en el ámbito público como privado, tal como lo reflejan diversas aproximaciones empíricas sobre esta cuestión.

En una encuesta aplicada sobre los graduados que trabajaban en el sector público y en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a fin de evaluar el compromiso de los mismos en la adopción de cambios en las prácticas se observó que los profesionales señalaban límites insalvables (por ejemplo, las prácticas de trabajo instituidas, la personalidad de los profesionales, las dificultades de interacción entre los profesionales de muy difícil resolución), pero además consideraban poco razonable pretender la transformación del perfil profesional de quienes manifestaban una extensa trayectoria de formación, experiencia y desempeño en determinada línea de trabajo.

Como expresa textualmente la autora:

“No sólo analizan límites insalvables (...) sino que tampoco consideran razonable pretender la transformación del perfil profesional de quienes tienen una extensa trayectoria de formación, experiencia y desempeño en determinada línea de trabajo. Los profesionales presentan más expectativas de continuidad de lo establecido que ideas transformadoras e instituyentes. Parece entonces factible afirmar las importantes dificultades que entraña una ley que se propone transformar un modelo profesional instituido y legitimado como válido por la comunidad profesional que lo porta”. (Rosendo, 2009 pág.12.)

Por otra parte, un estudio realizado en profesionales de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires relativo a la labor profesional en el marco del contexto legal vigente (Pomares y Di Nella, 2012), se obtuvieron las siguientes conclusiones: a) El ámbito público es poco definido o sin demasiada especificidad; b) El rol profesional se restringe al de psicoterapeuta; c) La práctica profesional tiende a ser pensada liberalmente; d) El discurso clínico se impone al pensamiento sanitario; e) El rol del profesional reproduce en su praxis concreta la dualidad mente-cuerpo; f) El sujeto tiende a ser observado casi exclusivamente en su enfermedad; g) La promoción de la salud no aparece en el horizonte de la práctica; h) El profesional de este campo tiene escaso interés en la actividad pública intra e interinstitucional.

Otro de los aspectos relevantes se vincula con los escenarios en los que se define la práctica pre-profesional en el ámbito del posgrado (ej: residencias). La mayor parte de los alumnos y/o profesionales que se desempeñan en el campo de la salud mental desarrollan su aprendizaje en instituciones monovalentes, las que precisamente se hallan cuestionadas desde el marco normativo actualmente vigente, y se evidencia en el escaso margen para el desarrollo de otras modalidades y dispositivos de atención.

Los efectos de dicha formación profundizan las brechas en relación al diagnóstico de las necesidades asistenciales que impactan sobre los servicios de salud y las respuestas consiguientes: los programas de formación de pregrado y posgrado no incorporan suficientemente el desafío de confrontar al estudiante con su futura inserción como profesional, dada la escasa proporción de horas asignadas a las prácticas pre-profesionales o en servicio.

Tales referencias empíricas no tienen otro objeto que señalar las posibilidades pero también los obstáculos potenciales que cabe esperar en el proceso de implementación del presente marco legislativo, si nos atenemos al escaso conocimiento y/o compromiso manifestado por los recursos humanos en relación a los lineamientos allí comprendidos.

La visión epidemiológica

Tal como afirman reconocidos expertos en la materia:

“La epidemiología de las enfermedades mentales es una de las cuatro prioridades sanitarias de toda sociedad postindustrial, junto con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las lesiones debidas a los accidentes. La salud

mental es mucho más importante, pues abarca no sólo la psiquiatría, sino también gran parte de la actividad de los médicos generalistas; después de los procesos infecciosos corrientes, las afecciones psiquiátricas constituyen el segundo o tercer motivo de consulta". (Jenicek y Cléroux. 1987, pág. 363)

En comparación con otras áreas de la salud pública y hasta el año 2010 en el que se constituye un área específica de epidemiología en el marco de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, ha sido escasa la tradición y continuidad de investigaciones poblacionales que contribuyan a caracterizar la magnitud, impacto, severidad y evitabilidad de los trastornos mentales en la Argentina.

Asimismo, la carencia histórica de un sistema de vigilancia epidemiológica que arroje información fehaciente y continua sobre los trastornos mentales o sobre las estrategias que se emplean para su mitigación, ha tenido como consecuencia la invisibilidad del problema y, en tal sentido, la escasa jerarquización de la problemática en las políticas públicas de salud.

Desde una perspectiva demográfica, las Naciones Unidas calculan que entre el año 2005 y el 2025 la población total de América Latina y el Caribe aumentará un 23%, por lo que se incrementarán la magnitud de los trastornos mentales en el conjunto de la población. Se estima, que, al menos, una de cada cuatro personas padecerán uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (OMS. 2001).

Con el objetivo de estimar la población afectada por trastornos mentales en la República se desarrolló un estudio epidemiológico en la región de América Latina y el Caribe (Rodríguez, Kohn, Levav y cols. 2009). En dicho estudio se observó que las personas de 18 años y más afectadas por trastornos mentales alcanzan una proporción de poco más del 20%, y las tasas medianas nos indican que la depresión mayor (en una proporción significativamente mayor para el género femenino) y el consumo de alcohol (en una proporción significativamente mayor para el género masculino) congregan la mayor frecuencia de casos.

Entre otros aspectos, los estudios efectuados en la región permitieron establecer la brecha entre la magnitud y relevancia que alcanzan las problemáticas en salud mental y los recursos presupuestarios que se le asignan para su atención, instalar la problemática en la agenda de prioridades del sector salud, así como planificar servicios y recursos que permitan fortalecer la capacidad de respuesta de la red asistencial.

Las problemáticas convocantes para los especialistas en Salud mental dejan de hallarse restringidas a lo que sucede en las instituciones de encierro e incluyen numerosas situaciones de malestar y/o trastornos que se plantean en el decurso de la vida cotidiana y que deben abordarse prioritariamente en el primer nivel de atención (de Lellis, 2006), tales como distintas manifestaciones de violencia, trastornos alimentarios, uso y abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, comportamientos autodestructivos, violencia intrahogareña, consecuencias psicosociales en situaciones críticas de catástrofes o desastres.

Dos problemas son particularmente destacados en el reciente abordaje epidemiológico de la salud mental: el consumo problemático de sustancias y el problema de los intentos o hechos consumados de suicidio.

De la reciente encuesta efectuada sobre una muestra poblacional significativa de la población económicamente activa se han obtenido datos que revelan inobjetablemente que la prioridad en términos de problemáticas ligadas al consumo de sustancias continúa siendo el alcohol, cuya prevalencia en el último mes ha sido de 50,6% mientras que el consumo de tabaco 28,9% el consumo de tabaco, mientras que el consumo de drogas ilícitas asciende a 2,7 % del total.

A pesar de la elocuencia de los datos relevados, cabe señalar que el problema de las adicciones surge como tema de agenda política hacia mediados de los años 70, y surca toda la década de los años '80 con un eje rector orientado hacia las políticas de seguridad y específicamente lo que se consideraba por entonces el control y represión del narcotráfico. Las instituciones que se crearon por esta fecha reprodujeron esta concepción, desdibujando la relevancia sanitaria que por sí tenía la problemática y proyectando hacia la sociedad una representación acerca del consumo de drogas muy ligado al delito y la marginalidad.

Respecto de la problemática del suicidio, el relevamiento efectuado por el Área de Epidemiología de la DNSM y Adicciones nos permite señalar que la incidencia del suicidio se ha incrementado recientemente, especialmente en ciertos grupos etarios como los jóvenes de 15 a 24 años (10,7 x100000) (Sola, 2011) y los ancianos, comprendidos entre 80 y más años (13,4 x100000), y que la razón de masculinidad es de aproximadamente 4, se mantiene estable en el plazo comprendido entre el año 2000 hasta la fecha en la mayoría de las regiones del país (MSAL, 2011).

Aún cuando las evidencias epidemiológicas nos alertan sobre el impacto que las nuevas morbilidades (a menudo con características epidémicas) tienen sobre los servicios, la Salud Mental se constata un profundo atraso en lo referido a los modelos de abordaje de las diversas problemáticas sanitarias, clásicamente tomado en términos psiquiátricos, en el sentido más restrictivo del término, esto es, como una problemática médica y, dentro de esta, como un asunto bio-psico-patológico.

Un nuevo escenario

De acuerdo con el diagnóstico anteriormente planteado, examinaremos algunas propuestas que se desprenden directa o indirectamente de los actuales marcos normativos y político-institucionales, que plantean muy importantes iniciativas de transformación para actuar en cada uno de las dimensiones apuntadas como relevantes.

En primer lugar, la carencia histórica de una visión epidemiológica ha llevado a que se trabaje “a ciegas” y no se jerarquicen los problemas atinentes al campo de la salud mental. De allí que resulte tan importante la incorporación de una visión epidemiológica que permita trazar prioridades y la instalación de la salud mental en la agenda pública, para orientar acciones basados en el modelo comunitario de atención, así como los datos que conforman una “línea de base” que servirá como ulteriores evaluaciones acerca del impacto y eficacia de las políticas públicas.

Las investigaciones en salud mental en el nuevo milenio se enfrentan a un conjunto de desafíos de difícil resolución, entre los cuales sobresale la necesidad de superar la brecha entre los nuevos enfoques teóricos (ej: epidemiología transcultural y psicociocultural) que incorporan una mirada enriquecida por las nuevas dimensiones

y variables psicosociales y la posibilidad de modificar las condiciones que describen y caracterizan estas nuevas aproximaciones en la materia (Menéndez, 2010). La relevancia de la perspectiva sociocultural cobra una nueva dimensión, dada la importancia que asume en la actualidad el modelo de abordaje comunitario en salud mental y la implementación de acciones de carácter promocional o preventivo.

En segundo término, hemos destacado que la institucionalización asilar ha desarticulado las redes y ha impedido la inclusión plena del componente salud mental en el sistema de servicios de salud, y que es perentorio superar la fractura histórica que se ha dado con las distintas especialidades que configuran el campo de la salud en general. Esto ha sido recogido en los instrumentos de gestión tales como la ley Nacional, el cual propone una reestructuración del modelo de atención, consistente en: la inclusión y/o fortalecimiento del componente de salud mental en el primer nivel de atención, así como la apertura y fortalecimiento de los servicios de salud mental en los hospitales generales (con o sin internación).

En línea con lo formulado en el Consenso de Panamá la ley nacional ha fijado el año 2020 como plazo para el cierre de los manicomios, lo que implica un proceso de reestructuración de los servicios así como la apertura de nuevos dispositivos comunitarios.

Finalmente, se requiere fortalecer la integración a las redes institucionales de establecimientos y servicios de salud, con el objetivo de asegurar a los usuarios la integralidad y continuidad en los procesos asistenciales, de acuerdo a sus distintas necesidades (tanto de nivel local, como entre los servicios sanitarios de distinto nivel de complejidad).

En tal sentido, un nuevo marco normativo indica que las políticas públicas en materia asistencial respeten los principios de asegurar la mayor cercanía de la atención al lugar donde viven las personas; la garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona y la articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda. (Decreto Reglamentario 603/13. Art. 9)

En tercer lugar, se plantean aquellas cuestiones atinentes a la formación de los recursos humanos en salud mental. Tal como surge de lo explicitado, las distorsiones en la distribución y formación de los recursos humanos en salud mental ha impedido poner en marcha las reformas necesarias planteadas en la ley nacional, y ha producido la extraña coexistencia de la abundancia de recursos humanos que han recibido una formación altamente sofisticada y una realidad institucional en la que se han reproducido por décadas prácticas atávicas asociadas al abandono y la negligencia en el proceso de atención.

Por su particular relevancia se destacan ciertos factores críticos, tales como la fragmentación disciplinaria, la reproducción de hegemonías sostenidas en criterios injustificados y las disputas corporativas que han impedido trabajar integradamente y “en equipo”, contrariando las propuestas de lograr una respuesta multidimensional, articulada y compleja a las problemáticas hoy prevalentes en salud mental. De allí la relevancia que tiene la adopción de lineamientos que adecuen y actualicen la

capacitación de grado y permanente de los recursos humanos que se constituirán en implementadores de las políticas públicas de salud mental.

Durante décadas en gran parte del continente la formación universitaria se ha sostenido en las banderas de la autonomía, que constituyó una garantía para asegurar la independencia de la enseñanza científica respecto de las intromisiones del poder político, pero que al cabo del tiempo se ha configurado como una de las banderas más regresivas, en la medida que se propone definir las prioridades y contenidos de la formación con prescindencia de cualquier tipo de injerencia del poder político e institucional.

La ley nacional se propone revisar tales principios arraigados durante décadas y establece responsabilidades importantes de parte de los poderes públicos por asegurar (conjuntamente con las Universidades) la formación continua de los recursos humanos que ya se desempeñan en el sistema de servicios, pero también proponer medidas que permitan orientar la calidad de formación de los profesionales en el nivel de grado y de posgrado.

“Que la autoridad de aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental de todo el país”. (Ley nacional, Art. 33)

Tras la firma del consenso de Panamá adquirió estado público el documento de posición publicado por la OPS durante el año de 2011, en la cual se insta a procurar la mayor congruencia posible entre el desarrollo de los recursos humanos y las políticas y planes nacionales que se guíen por las resoluciones adoptadas por los estados miembros de la OPS/OMS, y de acuerdo a las convenciones internacionales vigentes en el campo de los derechos humanos.

En síntesis, tales leyes, normativas y documentos rectores en la materia señalan que la capacitación del personal de salud en el nivel de pregrado y posgrado, no sólo en cuanto a contenidos teórico-técnicos y metodológicos, sino también, en cuanto a aspectos valorativos y actitudinales y al desarrollo de las habilidades profesionales necesarias (comunicacionales, por ejemplo) para llevar adelante este nuevo tipo de intervenciones son piezas clave del éxito de la reorientación de los servicios de salud.

Por último, es reconocido ya que el saber interdisciplinario no surge por imposición de un marco normativo que establezca su obligatoriedad sino que es resultado de los saberes y las prácticas que, en un determinado contexto institucional, los profesionales adoptan y ponen en juego mediante su relación con otros profesionales que integran los equipos de salud.

Una de las cuestiones que surge con claridad es que la ley nacional propone un modelo de trabajo interdisciplinario (Capítulo V, Art. 8) una redistribución del poder en el seno del equipo interdisciplinario de salud y de este con la comunidad, en el que pueda tomarse también en cuenta a la perspectiva que aportan actores no convencionales,

tales como los usuarios, familiares y organizaciones no gubernamentales que abogan por garantizar la protección de derechos en este colectivo social.

Por ejemplo, la participación de organizaciones no convencionales en el reciente período es testimonio de la importancia que adquiere pensar los niveles de participación considerando los distintos momentos que configuran el ciclo de las políticas públicas en el país, en virtud de los siguientes ejemplos que mencionaremos sólo a título ilustrativo:

a) Discusión de los proyectos de ley basados en la Convención Interamericana para la protección de los derechos de las personas con discapacidad y ley nacional de salud mental, b) Inclusión en el órgano de revisión que se aboca al control y la fiscalización de las condiciones que amenazan los derechos de los pacientes con padecimiento mental; c) Incorporación en los equipos técnicos abocados a la implementación de la política pública, en el marco institucional que establece la autoridad de aplicación. (CELS, 2012).

Desafíos futuros

La salud mental conlleva un potencial transformador sobre la lógica de funcionamiento de los servicios de salud en general si incorpora una mirada compleja que permita caracterizar los múltiples determinantes asociados con las nuevas morbilidades, centrada en lo promocional y que permita superar el clásico dualismo mente-cuerpo que ha dominado durante décadas el diseño de las currículas de formación, las investigaciones epidemiológicas y la organización de los servicios de atención.

Sin duda que en este proceso se desatarán resistencias al cambio, producto de un modelo que históricamente ha reforzado la exclusión de los padecientes mentales pero al precio de una desresponsabilización colectiva respecto de cómo comprender lo mental en la salud (de Lellis, 2006) y cómo diseñar acciones que permitan su protección y cuidado a través de acciones que involucren a los servicios sanitarios y a otros sectores sociales.

De lo contrario, si se subordina aún más a la lógica medicalizadora terminará reforzando un modelo de concepciones y de prácticas que poca eficacia ha demostrado para tratar los nuevos determinantes que hoy afectan a las poblaciones, los cuales generan crecientes trastornos que amenazan la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Nunca parece más apropiado reafirmar aquel lema propuesto por la OMS y adoptado en las campañas oficiales con ocasión del Día Mundial de la Salud Mental que señalaba que “no hay salud sin salud mental”, pues aún los profesionales (y los servicios en los que estos se desempeñan) se hallan aplanados por una concepción dualista que ha desterrado históricamente los procesos mentales de todo interés científico y ha encarado el estudio de los procesos orgánicos con prescindencia de los procesos mentales y/o espirituales que también obran en su determinación.

Referencias

- Ackernecht, E. (1979). Breve historia de la psiquiatría. Buenos Aires. EUDEBA.
- Alonso, M. M. y Gago P. T. (2010) Relevamiento sobre la formación y distribución de Psicólogos en Argentina. Actualización cuantitativa. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires. Argentina.

- Bourdieu, P. (2002). Campo de poder, campo intelectual. Buenos Aires: Montessor.
- Centro de Estudios Legales y Sociales, Mental Disability Rights International. (2007). Vidas arrasadas. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2012). Derechos humanos en Argentina. Informe 2012. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Decreto Reglamentario 603/13. Boletín Oficial 29/05/2013.
- Dorner, K. (1974). Ciudadanos y locos. Editorial Taurus. Madrid.
- Goffman, I. (1961). Internados. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jenicek, M. y Cléroux, R. (1987). Epidemiología: principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Salvat.
- de Lellis, M. (2006). Psicología y Políticas de Salud. Buenos Aires: Paidós.
- de Lellis, M. y Rossetto, J. (2008). Cien años después: transformaciones de una institución asilar. Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. *Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology*. 1(1), 23-31.
- de Lellis, M. (2011). A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo. *Revista Diálogos*. Universidad de San Luis. 2(2), 7-25.
- Ley Nacional de Salud Mental 26657. Boletín Oficial 29/05/2013.
- Menéndez, E. (2010) Modelos, experiencias y otras desventuras. En: Haro, J. Epidemiología sociocultural. Buenos Aires:Lugar.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2011) Perfil Epidemiológico del suicidio en la Argentina. Algunas aproximaciones. Buenos Aires.
- Morales, C. F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.
- OMS. (2001). Informe de la salud mental en el mundo. Washington D.C.
- Pomares, L. y Di Nella, Y. (2012). Rol, dispositivos y legalidad según los profesionales del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En: Di Nella, Yago. Inclusión mental. Buenos Aires: Koyatún.
- Rodríguez, J., Kohn, R., Levav, I. y cols. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe En Rodríguez, J. (editor). Salud Mental en la Comunidad. OPS. Serie Paltex. Washington D.C.
- Rosen, G. (1974). Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental. México: Siglo XXI.
- Rosendo, E. (2009). Las leyes en el campo de la salud: entre la defensa de intereses corporativos y profesionales y la regulación de las prácticas profesionales. Psicología y pedagogía. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Universidad del Salvador. 8 (21).
- Rosendo, E. (2010). Satisfacción laboral, capacitación profesional y prácticas instituidas de los profesionales de la salud mental: análisis de la viabilidad y factibilidad de la aplicación de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tesis de doctorado. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Rossetto, J., y de Lellis, M. (2007). El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca. *Revista Científica Vertex*. 18(73), 225-238.

Sola, M. (2011) Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina. 1995-2007. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2(9), 18-23.

Recibido em dezembro de 2013

Aceito em abril de 2014

Martin de Lellis: Profesor Titular Regular en la Cátedra Salud Pública y Salud Mental I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Endereço para contato: delellis@fibertel.com.ar