

De los principios a la acción

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Resumen

El artículo intenta analizar las dificultades que se presentan para concretar los principios básicos de la Reforma psiquiátrica contenidos en los documentos internacionales, especialmente la Declaración de Caracas, y la Ley Argentina de Salud Mental y Adicciones. Sigue un resumen de las acciones necesarias para hacer realidad las propuestas y los principios enunciados.

Summary

The article attempts to analyze the difficulties that arise to specify the basic principles of the Psychiatric Reform contained in international documents, especially the Declaration of Caracas, and the Argentine Law on Mental Health and Addictions. There follows a summary of the actions necessary to make the proposals and principles enunciated a reality.

Los Principios

La propuesta de la revista es la de realizar una reflexión que tome como referencia la Declaración de Caracas, emitida por la Conferencia Regional en 1990 y la sanción en Argentina, en el año 2010, de la Ley 26.657 de Salud Mental y Adicciones. Sin duda ambas están basadas en el respeto a los derechos humanos de las personas bajo atención de salud mental y proponen un cambio radical en el modelo de atención: abandonar la atención centrada en la internación en Hospitales Psiquiátricos y sus consultorios externos para el seguimiento ambulatorio, avanzar hacia un modelo basado en la atención en los servicios de atención primaria y hospitales generales, con apoyo en los dispositivos creados para la rehabilitación. El eje de los Derechos Humanos y el desplazamiento de la atención del sufrimiento mental y las adicciones al primer nivel del sistema de Salud y Hospitales Generales, son los principales y fundamentales de lo que hemos dado en llamar “la reforma psiquiátrica”.

Pero vale recuperar el contexto histórico, social y jurídico, que encuadra tanto a la declaración de Caracas como a la Ley 26.657. En 1948 Naciones Unidas sancionan la Declaración Universal de Derechos Humanos, en cuyo Artículo 1º señala “*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos*”. A partir de

esta Declaración queda ampliamente cuestionado el orden jurídico privativo de libertad que sufrían los enfermos mentales, ya que su núcleo es la igualdad entre los humanos. Toda la legislación posterior a nivel internacional ratifica este principio. Sesenta y siete años hace que la Asamblea de la recién creada Organización Mundial de la Salud aprobara en 1953 la Recomendación del Comité de Expertos para la Reestructuración de los Servicios de Psiquiatría basados en la internación en hospitales psiquiátricos hacia modelos de cuidados de Salud Mental. Tras pocos años (1963) EEUU sanciona la llamada Ley Kennedy de creación del Programa de Psiquiatría Comunitaria, que simultáneamente se propuso cerrar grandes hospitales psiquiátricos y abrir Centros de Salud Mental bajo el programa de “Psiquiatría Comunitaria”. En la misma época el Reino Unido comienza, a través de la Seguridad Social, a implementar un programa de atención por los médicos de familia de las personas afectadas de sufrimiento mental. Simultáneamente se cierran algunos hospitales psiquiátricos y se crean clínicas para la atención ambulatoria, la más conocida en Londres, donde atienden varios psicoanalistas, la Clínica Tavistok. En los años setenta del siglo pasado Italia sanciona una ley, propuesta por la organización “Psiquiatría Democrática” que encabeza Franco Basaglia y se difunde la atención de salud mental en los servicios de las Unidades Sanitarias del primer nivel de Salud. En 1978

la Conferencia de Alma Atta incluye la atención de la salud mental en la propuesta de la “Atención Primaria de la Salud” (APS). Diferentes países de Europa siguen este camino de reforma desde 1970 hasta el presente, ya que se fue consolidando la capacidad, efectividad y eficacia de la atención de los trastornos mentales en estos Servicios del primer nivel del sistema de Salud. Poco después de la Declaración de Caracas, (1991) la Organización Mundial de la Salud sanciona los “Principios para la Protección de los enfermos mentales (Principios de Salud Mental, OMS 1991). En 1993 la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, emite la “Declaración de Viena” que incluye a los enfermos mentales entre la población cuyos derechos deben protegerse y promover. En 1999 se celebró la “Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, en la cual se refuerza el principio de igualdad para las personas con sufrimiento mental. Sumando el derecho a la intimidad, el derecho a la rehabilitación, a la resocialización y el derecho a la protección del Estado, entre otros. Este conjunto amplio de derechos de las personas con sufrimiento mental está presente en la Ley 26.657 sancionada en 2010. En esta misma dirección en Argentina se sancionaron varias leyes provinciales para la atención en Salud Mental y se intentaron desde los años ochenta distintas reformas, de las cuales la única

que sobrevivió hasta el presente fue la sancionada en la Provincia de Río Negro, que desarrolló un sistema de atención con estrategias comunitarias que abarca a toda la provincia, a la vez que logró cerrar el Hospital Psiquiátrico que existía en la localidad de Allen. En síntesis: contamos con un amplio espectro de derechos y compromisos del Estado de promover y proteger los mismos, sancionados por leyes Argentina y por diversos organismos internacionales a los que aceptó y suscribió el país. En su conjunto son la base y los fundamentos, éticos, morales, sanitarios y políticos de lo que hemos llamado “reforma o reestructuración de los servicios de salud mental”. Debemos preguntarnos de que manera, con que efectividad, con qué resultados, estos principios se han hecho actos concretos en la política de salud mental. Reiterando que se trata de dos cuestiones: desarrollar un modelo de salud mental basado en la atención primaria y hospital general, con apoyo social y dispositivos de rehabilitación comunitaria, a la vez que abandonar el modelo basado en la internación y el dispositivo de la atención asilar que representan los hospitales psiquiátricos tradicionales.

Las Acciones

Los principios constituyen los fundamentos que guían la política y las acciones prácticas en función de

construir una realidad concreta, pero en este proceso de construcción intervienen una suma de factores que en general no están contempladas en los principios. Cuando se trata de leyes es su reglamentación la que debe atender a estos factores que ponen en juego el poder del Estado, ya que el cambio de modelo de atención a promover requiere de acciones de diferentes Ministerios (tal como lo contempla la Ley 26.657). Desde la creación en 1957 del Instituto Nacional de Salud Mental en Argentina esta relación entre principios sancionados y acciones de realización no han logrado marchar en un mismo camino: acciones de reforma parcial de algún hospital psiquiátrico, creación de estrategias comunitarias en algunos programas locales, enfrentamientos entre quienes pujan por respetar y avanzar con los principios frente a quienes se resisten a abandonar la fortaleza de los hospitales psiquiátricos, negando en general la realidad de la transgresión de estos principios en el funcionamiento de estas instituciones. El resultado ha sido el de marchas y retrocesos constantes, salvo el Programa de Río Negro que ya mencioné. Con la voluntad, vocación militante y muchos méritos personales, equipos profesionales de Salud Mental, médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, que desempeñan su labor en hospitales psiquiátricos han intentado, siguen intentando, reformar la situación de estos Servicios. Programas de

externación de pacientes, planes de resocialización, logros de contar con alojamientos en la comunidad para personas externadas, planes de estrategias de atención comunitaria en algunos Servicios. Estos esfuerzos son muchos y debemos valorar el esfuerzo, el mérito de estos compañeros y los resultados que obtienen. Pero no cabe duda que esta línea de trabajo no logra avanzar en lo que he señalado: la creación de un nuevo modelo de cuidados y atención del sufrimiento mental en Servicios territorializados de atención primaria, hospitales generales, dispositivos de rehabilitación social, y, por lo mismo no se han podido cerrar los hospitales psiquiátricos. La experiencia mundial nos ha enseñado que donde existen estas instituciones de internación sus camas estarán siempre ocupadas con nuevos ingresos. La voluntad reformadora y ética de humanizar el modo de atención y trato a estos pacientes, por profesionales comprometidos con los principios de la reforma, no alcanza nunca a impedir los efectos institucionales sobre la vida de las personas internadas y el curso siempre presente de la cronificación. Luego de cuarenta años de reforma psiquiátrica sabemos, y no podemos ignorar, que es imposible la coexistencia de ambos modelos de atención, mientras existan abiertos los hospitales psiquiátricos las internaciones serán inevitables y el sistema de atención comunitario termina derivando a estas internaciones a los pacientes graves para cuya

atención no cuentan con los recursos necesarios (alojamiento, ingreso económico, y acompañamiento, especialmente). En síntesis: debemos aceptar que hasta que no hayamos logrado contar con un modelo de atención basado en la comunidad, (hospital general para internaciones breves y dispositivos de rehabilitación social), que aseguren una atención de calidad y eficacia, no se podrá cerrar ningún hospital psiquiátrico. Está claro que la demanda de atención de personas con trastornos mentales severos sigue estando más allá de la reforma, y esto exige contar con los Servicios que atiendan esa demanda desplazada del hospital psiquiátrico. Como veremos más adelante los dos objetivos, crear el modelo alternativo de atención y el cierre de los hospitales psiquiátricos son simultáneos, pero requieren de estrategias y tiempos diferentes.

Cómo Avanzar

Entre los años 2000 y 2004 la Organización Panamericana de la salud (OPS), convocó a un grupo de especialistas para el diseño de un Programa Comunitario de Atención para personas con trastorno psicótico (PCTP), liderado por el Profesor Francisco Torres González, de la Universidad de Granada, del cual formé parte. Quienes integramos esta Comisión habíamos fundado tres años antes una Red de Universidades de Europa y América

Latina, la “Red Maristan”, con el mismo propósito de transferir experiencia y estrategias de reforma entre Europa y A. Latina. El proyecto fue pensado sobre la base de la experiencia de los países europeos y proyectado para países de América Latina. Este trabajo permitió utilizar la experiencia de diferentes procesos de reforma europeos e intentar revisarlos para el contexto sanitario y político de América Latina. Entre las observaciones sobre diferentes países de América Latina surgía claramente que la insistencia en reformas parciales de los hospitales psiquiátricos (en general programas de externación limitados) durante más de veinte años, no se lograba avances en el cambio de modelo de atención, estas instituciones mantenían su centro entre los criterios de atención de los trastornos severos. No me puedo extender sobre las once guías de acción que presenta este programa, tomaré solo los rasgos que entiendo tienen valor para nuestra experiencia local.

Partamos de algo que nos es conocido: Argentina cuenta con una amplia cantidad de profesionales de salud mental, con experiencia clínica y calidad de formación, para cubrir la demanda de atención de trastornos que podemos llamar leves: trastornos de ansiedad, crisis de angustia, insomnio, depresión, neurosis tradicionales, etc. pero la mayor parte de los trastornos mentales severos se siguen atendiendo en los hospitales psiquiátricos

públicos. Lógicamente es esta población la que justifica la existencia y continuidad de dichas instituciones. Los pacientes de mayor poder económico suelen ser recibidos en clínicas privadas, al igual que quienes disponen de seguros de salud privados. El mayor riesgo de la cronificación y de incapacidad cae sobre los hospitales públicos, en las clínicas privadas el curso del trastorno suele ser diferente. En el primer nivel de la atención pública y los Servicios de Psicopatología con que cuentan muchos hospitales generales, suelen disponer solamente de psicoterapeutas y, en algunos, de prescripción de psicofármacos. Al no contar con la complejidad de recursos que requiere la atención del trastorno severo (alojamiento, acompañamiento, ingreso económico, rehabilitación temprana, intervención con familia, etc.) estos pacientes acuden o son derivados al hospital psiquiátrico, que en número de 42 existen en el país. Como ha ocurrido en casi todos los países durante la institucionalización psiquiátrica la condición de pobre y loco es una sola y de ella se han hecho cargo los Estados. ¿Cómo ha sido la experiencia de abordar ambos temas, el cierre del hospital psiquiátrico y la creación del modelo alternativo de atención?

En primer lugar, es necesario diferenciar ambos temas, que requieren de estrategias diferentes. La mayor parte de los hospitales psiquiátricos del país tienen una po-

blación mayor de personas de edad avanzada y alrededor de un promedio de 10 años de internación. Estas personas tienen grados de incapacidad que hacen difícil su rehabilitación para regresar a la comunidad, ya que en su esencia es un tema de discapacidad, se requiere que sea el sistema de protección social del Estado el encargado de atenderlo. Muchos países frente a esta población de edad avanzada y grados importantes de discapacidad, crearon residencias (similares a los llamados geriátricos en Argentina), donde pueden recibir cuidados de salud general y se planifican distintas actividades. Suele ocurrir que dado que estas personas reciben una pensión del Estado o jubilación pueden aportar parte de su ingreso a la Residencia. Esto permite concentrar los esfuerzos en aquellas personas institucionalizadas con mayores posibilidades de rehabilitación. Se trata de un problema diferente al de la desinstitucionalización (reconstruir una subjetividad que permita al sujeto asumir una vida en común, abandonando la subjetividad colonizada por la vida bajo las normas de la institución, en esto consiste la rehabilitación), estas personas deben ser evaluadas en su capacidad de ingresar en un proceso de resocialización, tarea que, si bien es asesorada por los psiquiatras, es esencialmente un trabajo social. Los dispositivos frecuentes de rehabilitación son la inclusión de estas personas en empresas sociales, trabajo subsidiado, organizaciones de la comunidad. Son pro-

gramas sociales especiales y no pueden desarrollarse en los servicios de atención primaria.

El otro tema clave para comenzar a construir la reforma es necesario el cierre del ingreso de nuevos pacientes y los consultorios externos del hospital psiquiátrico, es decir, suspender la atención ambulatoria y la internación en estas instituciones. Esto pone en marcha que la demanda deba ser atendida en los servicios territorializados del primer nivel, los cuales dan continuidad al tratamiento de quienes estaban atendidos en los consultorios externos del hospital psiquiátrico, agregando la atención de los nuevos casos. Siempre se trata de elaborar esta estrategia de reforma a partir de un hospital psiquiátrico, nunca se trata de cerrar todos al mismo tiempo, ya que la demanda de atención debe mantenerse en un territorio y una jurisdicción de Salud. En general se trata de una misma jurisdicción del hospital psiquiátrico y uno o más servicios de atención primaria y un hospital general del mismo territorio. Es necesario acordar con la gestión de Salud responsable de la jurisdicción la instalación de ese nuevo servicio y la disponibilidad de un número, en general bajo, de camas del hospital general. No es necesario que todos los servicios de salud mental cuenten con el nivel de especialización y recursos de un equipo para la atención de personas con trastornos severos. En función de la

demanda del territorio se puede contar con dos o tres equipos radicados en el mismo. En general se trata de proponer a los profesionales que trabajaban en el hospital psiquiátrico (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) su traslado a los centros de atención primaria, a veces mejorando su retribución, a la vez que sumar otros profesionales que ya trabajan en el servicio de atención primaria, u otros nuevos de acuerdo a la demanda de atención. Lógicamente la experiencia de estos servicios debe incorporar a la capacitación necesaria para atender estos pacientes. Es conveniente que estos mismos equipos de atención primaria puedan ser quienes respalden las internaciones breves en el hospital general, asegurando así una continuidad de los tratamientos. Un tema central es la integralidad de los recursos disponibles, esto es para que esta atención sea eficiente y eficaz debe contar con recursos sociales acordados (es decir no deben ser pedidos en cada caso que lo necesiten), estos recursos son: asistencia social para alojamiento, ingreso económico o subsidio (ha sido muy eficaz los llamados renta universal, o pensión universal, o en Francia el RMI). Son también necesarios contar con dispositivos de rehabilitación temprana (Centros de Día, Hospital de Día, etc.), que en muchos casos pueden hacerse con acompañamiento de organizaciones comunitarias, clubes de barrio, Centros vecinales, etc. La idea es sostener una salud mental comu-

nitaria y territorializada. Es obvio que el éxito de esta política que sintetizo depende de la eficiencia y eficacia en la atención de la demanda. En los países que han realizado esta reforma se menciona como “nuevo enfermo mental crónico” a los pacientes atendidos en estos servicios comunitarios, ya que no se observa, como ocurre en los hospitales psiquiátricos, la llamada “puerta giratoria”, pacientes que reingresan a la internación en cada recaída del trastorno mental. Los pacientes con trastorno mental severo suelen sufrir recaídas, pero en general pueden ser atendidos sin internación, reformulando el tratamiento o intensificándolo. Aun cuando no es tema de este escrito vale una observación: a lo largo de los años los psiquiatras han considerado que el delirio era una condición para mantener la internación, de esta manera el delirio facilitaba que ambos, el paciente y su delirio, se hicieran crónicos. La comprensión del delirio fue cambiando en base a su atención en personas que mantienen su vida comunitaria sin abandonar totalmente el delirio, este es siempre un intento de reorganizar algún sentido para la vida, construir el sostén en alguna interpretación imaginaria, luego de la catástrofe subjetiva de la psicosis.

He trabajado muchos años en la formación de recursos humanos en salud mental, esto me da certeza de que el país tiene una ventaja comparativa en cuando a cantidad

y calidad del recurso humano capacitado para avanzar en esta reforma. Argentina, a pesar de las nuevas directrices de la Ley de Salud Mental y Adicciones, a pesar de contar con un respaldo muy amplio entre profesionales y población de los contenidos de la misma, mantiene en largo suspenso su implementación plena. Esta Ley es en su esencia devolver los Derechos Humanos y la dignidad personal a las personas con sufrimiento mental, nuestra obligación ética es asegurar que esto suceda.