

La superación o conservación del modelo de atención custodial en salud mental y su relación con el principio de calidad. Informe sobre Italia y Brasil

Por Silvia Chiarveti, Mónica Miljiker, Gustavo Skliar y Clara Szpindel*

El siguiente trabajo es un resumen de lo expuesto en las "VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población", organizadas por el Área Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani en Julio de 2005. El título original del trabajo es "La superación o conservación del modelo de atención custodial en salud mental y su relación con el principio de calidad. Informe sobre España, Italia, EE.UU., Brasil, y Chile.

Informe preliminar sobre Argentina". El trabajo completo ha sido publicado en CD-Rom. Eventos Académicos N° 3. VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Mónica Abramzón, Liliana Findling, Ana María Méndez Diz, Pablo F. Di Leo (editores). Noviembre 2005. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

El trabajo consiste en la presentación parcial de resultados, correspondientes al primer año del proyecto de investigación realizado en el Instituto Universitario ISALUD con el financiamiento de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación Argentina. El proyecto mencionado lleva por título "Análisis de los distintos modelos de atención en salud mental y su relación con las normas de calidad vigentes en nuestro país" y su ejecución comprende el período 2004-2006. El presente trabajo toma solamente el análisis y los resultados relativos a Italia y Brasil.

Introducción

El lema del Día Mundial de la Salud del año 2001 fue "Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión". Con ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha querido subrayar que no existe justificación alguna para excluir de nuestras comunidades a las personas que padecen enfermedades mentales, ya que se disponen de conocimientos que ofrecen esperanzas fundadas para su atención en la comunidad.

La Asamblea General de las Naciones Unidas se ha unido a este llamamiento de la Organización Mundial de la Salud, reafirmando los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental de que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental, que toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad y que todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos limitado posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y perturbador posible.

En nuestro país la enfermedad mental suele estar poco considerada en las políticas públicas. El modelo de internación en asilos, alejando a los

* Los autores pertenecen al cuerpo de investigadores del Instituto Universitario ISALUD.

internos de su familia y la ausencia de respeto por los derechos humanos, no son productores de salud sino que incrementan el estigma que pesa sobre esta población. La condición de vulnerabilidad por la pérdida de los lazos socio-familiares y económicos que implica la institucionalización deja a los enfermos mentales excluidos de la sociedad. En noviembre de 1990 se llevó a cabo, en Caracas, la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por OMS/OPS. De allí surgió la Declaración de Caracas, que partiendo de la observación de que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva y de que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de estos objetivos, declara, entre otros puntos:

- 1) Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de la Salud y en el marco de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
- 2) Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios (1).

Entre las 10 Recomendaciones fundamentales que en años recientes ha producido la OMS, es pertinente considerar la que se titula: "Prestar asistencia en la comunidad" y que dice:

"Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido" (2).

Se observa, entonces, que las deficiencias de los servicios constituyen uno de los muchos obstáculos que son necesarios resolver para dar mejores respuestas al proceso salud –enfermedad– atención en el campo de la salud mental.

Las transformaciones que se requieren en los servicios de salud mental deben estar guiadas por principios rectores del sistema, entre los cuales cobra significación la calidad, entendida como la medida en que los servicios mejoran la salud. El principio de la calidad implica que los servicios generen el máximo mejoramiento posible de los niveles de salud, satisfaciendo las expectativas de sus usuarios por una atención buena, oportuna, continua, cortés y respetuosa. No sólo se pretende calidad en los procedimientos sino también en los resultados finales, es decir, en la calidad de vida (3).

La calidad implica, entonces, que los usuarios de los servicios reciben asistencia oportuna, eficaz y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

En nuestro país, la Resolución de la Secretaría de Salud N° 432/93 creó el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, uno de cuyos componentes está dedicado a la elaboración de normas de funcionamiento, procedimientos y de atención médica.

En 1996, mediante la Resolución 210/96 se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica las Normas de Diagnóstico y Tratamiento de las Cinco Patologías más frecuentes en el ámbito de la Salud Mental (Depresión, Neurosis, Psicosis, Conductas Adictivas y Psicopatología Infante Juvenil).

Esta normativa vigente podría considerarse el inicio de un proceso de mejora de la calidad de la atención en salud mental, pero requiere un mayor desarrollo del mismo y de los otros componentes que incluye el Programa Nacional de Garantía de Calidad.

Estos desarrollos son prioritarios en función de las transformaciones que se requieren en los servicios de salud mental para acercarse al logro de los objetivos, avalados e impulsados incluso por los organismos internacionales.

De allí la importancia de un análisis que permita comparar modelos prestacionales públicos vigentes, identificando alternativas de atención que mejor cumplan los requisitos de calidad y que se adecuen a las características de cada realidad local.

Identificar las experiencias nacionales e internacionales exitosas permitirá elaborar estrategias para superar las deficiencias y disparidades regionales que hoy presenta el sistema de salud en esta materia, sobre la base de propuestas de modelos de mejor calidad.

Desarrollo de la investigación

El **objetivo general del proyecto** de investigación consiste en:

Analizar los distintos modelos de atención públicos en salud mental existentes en Argentina con relación a las normas de calidad vigentes e identificar sus posibles alternativas.

Como primer objetivo específico se trabajó en el relevamiento de modelos de atención en salud mental en países seleccionados.

Se consideraron las experiencias de Italia, España, Estados Unidos, Brasil y Chile, a raíz de la reforma que han implementado en el modelo de atención en salud mental.

Cada país fue organizado para su estudio en ejes articulados: Perfil del Sistema de Servicios de Salud y Perfil del Sistema de Servicios de Salud Mental. Se estudiaron a partir de variables, dimensiones e indicadores plasmados en un Protocolo diseñado para el relevamiento de la información.

Luego se diseñó un Protocolo para relevar información que permitiera identificar resultados de calidad en Salud Mental en los países se-

leccionados y Argentina. Para ello se consideraron tres grandes variables que dan cuenta de la calidad en Salud Mental: Políticas de Salud Mental, Programas/Planes Nacionales/provinciales de Salud Mental y la Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental.

En función del tiempo disponible, esta ponencia se centrará en el estudio y análisis de dos países: Italia y Brasil.

Debido a la complejidad de variables, dimensiones e indicadores de los Protocolos, hemos tomado para esta exposición, en relación a cada uno de los ejes, los siguientes:

1 Eje Perfil del Sistema de Servicios de Salud:

- Organización general del sistema de servicios de salud;
- Reforma Sectorial, donde se incluye el Marco Legal y la Calidad Técnica y la Calidad Percibida.

2 Eje Perfil del Sistema de Servicios de Salud Mental

- Organización general;
- Reforma Sectorial;
- Calidad y salud mental.

País: Italia

1. Perfil del sistema de servicios de salud

1.1 Organización general del sistema de servicios de salud

En 1978, la Ley 833 de Creación del Servicio Sanitario Nacional, instituye “un sistema nacional de salud basado regionalmente que provee cobertura universal libre de cargo en el punto de acceso”. El sistema

está organizado en tres niveles:

- a) **Nacional:** es responsable de garantizar los objetivos generales y principios fundamentales del servicio nacional de salud.
- b) **Regional:** los gobiernos regionales son responsables de perseguir los objetivos nacionales principales planteados por el Plan Sanitario Nacional a nivel regional..
- c) **Local:** es responsable de la organización de los servicios de salud, a través de una red de organizaciones gerenciadas de salud (empresas sanitarias) basadas en la población (unidades locales de salud) y hospitales públicos y privados acreditados. Las ULS (unidades locales de salud) tienen una población media de captación de 250.000 habitantes. Proporcionan la atención directamente a través de centros o servicios prestados por **consorcios de hospitales públicos** (que proporcionan cuidado altamente especializado de tercer nivel de complejidad); **hospitales de investigación** (hospitales nacionales orientados a la investigación que funcionan en el nivel local) y **proveedores privados acreditados** (hospitales de agudos y crónicos, laboratorios de diagnóstico, hogares de ancianos, especialistas para el paciente ambulatorio y médicos generalistas).

Reforma sectorial

El cuadro 1 sintetiza el proceso de Reforma:

Es importante señalar que las 3 reformas están acompañadas por un **marco legal explícito**, que transforman el rol del Estado en salud “de una función de organización y gestor de servicios a la de garante de la equidad sobre el territorio nacional”, a través de los Niveles Esenciales de Asistencia financiados con recursos públicos (5).

La Ley 833/78 de creación del Servicio Sanitario Nacional reemplaza

Cuadro 1

	1° reforma	2° reforma	3° reforma
Periodo	Desde 1978 hasta comienzo de los años 90	Desde comienzo de los años 90	Desde 1997, en el contexto de una transición general hacia un Estado federal
Eje de la reforma	Creación del Servicio Sanitario Nacional (SSN). Ley N° 833/78	Introducción de mercados internos y descentralización regional. Decretos legislativos de 1992 y 1993	Reforzamiento del papel regulador del nuevo Estado
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> – Acceso universal y libre a todos los ciudadanos – Financiamiento basado en impuestos – Expansión de los servicios públicos 	<ul style="list-style-type: none"> – Establecimiento de un mercado interno, promoviendo la competencia – Devolución de poderes a las regiones 	<ul style="list-style-type: none"> – Transferencia de responsabilidades a las regiones de proporcionar un paquete básico de beneficios – Presupuesto equilibrado
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> – Integración de niveles de atención en el nivel local: creación de las Unidades Locales de Salud (ULS) con referencia poblacional 	<ul style="list-style-type: none"> – División parcial entre la compra y la provisión de servicios – Devolución de poderes en la atención de la salud y responsabilidad financiera 	<ul style="list-style-type: none"> – Instalación de pautas básicas, a través del Plan Sanitario Nacional 1998-2000, para evitar niveles diferentes de atención de la salud entre las regiones. – Papel principal del Estado en formular el marco regulatorio básico para el ejercicio de la autonomía regional: <ul style="list-style-type: none"> • Planificación estratégica • Competencia regulada • Calidad de la atención. (4)

zó el régimen anterior basado en numerosas cajas de seguro de salud, excesivamente fragmentadas, con prestaciones extremadamente variables entre ellas, conllevando la carencia de protección adecuada a los sectores más débiles de la población. El SSN otorga la misma protección a todos, mediante un sistema enteramente financiado por el impuesto general sobre el ingreso (6).

Persigue, entre otros aspectos, la tutela de la salud mental.

Es significativo de las dificultades de implementación de la Ley el hecho de que demoraron 15 años en aprobar el Primer Plan Sanitario Nacional (para el período 1994- 1996), a pesar de que la Ley lo requería en un tiempo cercano.

Calidad técnica y calidad percibida.

El paquete de reformas de 1992-1993 prestó considerable interés a la calidad de la atención de la salud, y el gobierno central implementó las medidas correspondientes a través de varios decretos publicados a mediados de los últimos años '90. Fueron apuntados principalmente a la medida de la satisfacción de los usuarios así como en garantizar los derechos de los pacientes y una mayor responsabilidad hacia las expectativas de los ciudadanos. Posteriormente se implementó el paquete de medidas de calidad identificando 79 indicadores de satisfacción para ser desarrollados a través de todos los niveles de atención en cuatro áreas relacionadas: atención personalizada y humanizada, los derechos a la información de los ciudadanos, la calidad de los servicios de hotelería y las políticas de prevención de las enfermedades. Además, las reformas de 1999 adoptaron posteriormente medidas para evaluar y promover la calidad.

Los bajos niveles de satisfacción del ciudadano han sido uno de los problemas más duraderos del SSN, a pesar de haber mejorado a partir de las reformas de 1992 y 1993.

El Plan Sanitario Nacional 1998-2000 dio pasos significativos tendientes a la promoción y evaluación de la calidad de la atención estableciendo y regulando el Programa Nacional de Calidad de la Atención de la Salud y el Programa Nacional sobre Pautas Clínicas.

Se estableció un procedimiento para la acreditación institucional de proveedores públicos y privados, basado en la evaluación de la calidad de su infraestructura y recursos humanos.

En el Plan Sanitario Nacional 2003-2005 se enfatiza que “es la cultura de la calidad lo que torna eficaz al sistema, consistiendo en realizar un mejoramiento continuo, guiado por las necesidades de los usuarios” (7).

2. Perfil del sistema de servicios de salud mental

2.1 Organización general

El gran cambio de la organización de la psiquiatría italiana ocurrió en 1978, cuando se aprobó la Ley N° 180, posteriormente integrada a la

Ley N° 833 de Reforma Sanitaria que creó el SSN. Esta Ley N° 180 dispone implementar el proceso de desinstitutionalización practicado hasta entonces e iniciado en 1962 por Basaglia en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia, sancionando así las innovaciones producidas por este proceso:

- a) la eliminación de la internación psiquiátrica en hospitales psiquiátricos, y
- b) la construcción de servicios en la comunidad que sustituyen totalmente la internación en hospitales psiquiátricos.

Si bien la Ley N° 833 ya planteaba que los servicios debían organizarse con estructura departamental, los proyectos objetivos “Tutela de la Salud Mental”, emanados en 1994 y 1998 por el Ministerio de Salud, contienen indicaciones cada vez más precisas con respecto a la organización de los Departamentos de Salud Mental (DSM), a las estructuras que deben componerlo, a los recursos necesarios, a los procesos integrados entre las distintas unidades operativas que garantizan el hacerse cargo de todos los pacientes. Estos DSM que se instituyen en las Empresas Sanitarias Locales (ASL) constituyen las organizaciones fundamentales del sistema. El DSM está formado por distintas **unidades operativas**, es decir, por servicios que tienen tareas diferenciales. El Departamento tiene como tarea principal hacer funcionar a estos **servicios en una red**, alrededor del paciente, de una forma integrada, según sus necesidades. Estos servicios ofrecen cuatro tipos básicos de asistencia:

- **Centros de Salud Mental y Consultorios (CSM)**, para la asistencia territorial y domiciliaria.
- **Servicios Psiquiátricos de Diagnóstico y Cura (SPDC) y Hospital de Día**, para la asistencia en régimen de institucionalización. Los SPCD son divisiones pequeñas de 10-15 camas situadas en el hospital general con internaciones breves de 13 días como media.
- **Centros Diurnos**, para las intervenciones socio-rehabilitadoras en régimen semi-residencial.
- **Estructuras residenciales**, para las intervenciones rehabilitadoras en régimen residencial: (Comunidades terapéuticas con un máximo de 20 camas, de alta, media y baja protección sanitaria)

2.2 Reforma sectorial

La Reforma se inicia, pues, con la Ley N° 180 conocida como Ley de Reforma Psiquiátrica. Los puntos centrales de esta Ley, resumidamente, son:

- a) A partir de su aprobación queda prohibida la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y queda prohibida la internación de pacientes psiquiátricos en aquellas estructuras. Se dan directivas a las administraciones regionales, para que se establezcan los tiempos de un gradual proceso de alta de los pacientes internados, para un progresivo vaciamiento de los hospitales psiquiátricos.
- b) Los servicios territoriales son los responsables por la salud mental

de una población dada y coordinan el conjunto de las estructuras necesarias; entre estas estructuras pueden existir enfermerías psiquiátricas en hospitales generales locales, que no puedan exceder las 15 camas. Esta limitación del número de camas restringe la reproducción de situaciones que podríamos llamar “mini-manicomios” dentro de los hospitales generales;

- c) Queda abolido el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental, la tutela jurídica, la internación compulsiva y el tratamiento compulsivo. El enfermo mental es un ciudadano pleno para todos los efectos, con sus respectivos derechos sociales y civiles, que incluyen el derecho a un tratamiento. Estos principios son mantenidos aún en caso de Tratamiento Sanitario Obligatorio, que esta previsto en la Ley (8).
- d) En los casos en que se requiere institucionalización, la misma debe efectuarse en los hospitales generales, en servicios psiquiátricos específicos de diagnóstico y cura al interior de las estructuras departamentales para la salud mental, incluyendo también los centros y los servicios extra hospitalarios, con el fin de garantizar la continuidad terapéutica;
- e) La Ley prohíbe utilizar los hospitales psiquiátricos actualmente existentes como divisiones especializadas psiquiátricas de hospitales generales o secciones psiquiátricas y utilizar como tales divisiones o secciones neurológicas o neuropsiquiátricas;

De hecho, la Ley N° 180 sancionó en el plano legislativo el pasaje de una asistencia centrada en el hospital psiquiátrico a una radicada en el territorio, afirmando la centralidad de la intervención en el nivel de los centros de salud mental.

La **Ley de Cooperación Social en 1991** prevé la inclusión de ex pacientes de institutos psiquiátricos y sujetos en tratamiento psiquiátrico. Estas “empresas sociales” son emprendimientos que producen lo social, que generan valor social agregado, mediante el reconocimiento de las capacidades de las personas y la creación de las condiciones necesarias para que se puedan desarrollar y transformar, no solamente produciendo bienes para el mercado sino la propia creación como sujetos. Autores como Franco Rotelli y Diana Mauri sostienen que así como el mercado excluye, también crea sujetos porque alimenta intercambios, encuentros, experiencias, emociones. (9)

Estas empresas sociales son un espacio donde convergen el mundo de la empresa y la producción con la asistencia social, ya que el Estado acepta reducir los gastos sociales, ofrece trabajo sin licitación, ofrece capacitación y el uso de edificios públicos.

A nuestro entender, la creación de las empresas sociales constituye el punto más alto en un verdadero proceso de desinstitucionalización al procurar la efectiva reinserción social de las personas con padecimiento psíquico.

El proceso de Reforma Sectorial iniciado con la Ley N° 180 ha sido acompañado por los Proyectos-Objetivo “Tutela de la Salud Mental” de

1994-1996 y de 1998-2000, que son decretos del Presidente de la República y que se formulan en base a la evaluación realizada acerca de los aspectos de la Ley N° 180 que no han sido debidamente desarrollados y dan pautas para los nudos problemáticos que se deben mejorar. Por ejemplo, la plena realización de los DSM en el primero de ellos, y en el segundo, aspectos relativos a la presencia de situaciones de “institucionalización” que no han sido tocadas por el proceso de supe- ración de los ex hospitales psiquiátricos (se refiere a la institucionalización de pacientes en edad evolutiva y a la realidad de los hospitales psiquiátricos judiciales).

Al mismo tiempo, los Planes Sanitarios Nacionales implementados en diferentes períodos acompañan estos Proyectos-Objetivos con definición explícita de objetivos y estrategias de intervención que deben alcanzarse e implementarse.

2.3 Calidad y salud mental.

En 1997 se establecen los requisitos estructurales, tecnológicos y requisitos organizativos mínimos para las estructuras del DSM.

Los requisitos mínimos organizativos generales se refieren a los siguientes aspectos organizativos: política, objetivos y actividades; estructura organizativa; gestión de los recursos humanos; gestión de los recursos tecnológicos; gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad, líneas guía y reglamentos internos y sistema informativo.

El Proyecto-Objetivo de 1994-1996 plantea las acciones prioritarias para el trienio, entre las que se cuentan la identificación a nivel nacional de un sistema de indicadores de calidad de la asistencia psiquiátrica. El Proyecto-Objetivo de 1998-2000 establece en cada DSM un Núcleo de Evaluación-Mejoramiento continuo de Calidad (MCQ), que funciona de soporte de las actividades dirigidas a mejorar la calidad profesional, la calidad percibida y la gerencial. Cada DSM, cada año, deberá empeñarse en al menos un proyecto de MCQ relativo a cada una de las calidades mencionadas.

Es importante destacar que todo lo referido a calidad y SSN se encuentra formalizado en leyes, decretos legislativos, decretos del Presidente de la República, resoluciones ministeriales y abarca los diferentes componentes de un programa de calidad.

País: Brasil

1. Perfil del sistema de servicios de salud

1.1 Organización general del sistema de servicios de salud

La política nacional de salud se fundamenta en la Constitución Federal de 1988, que fijó los principios y directrices para la atención de la salud en el país, prestada por medio del Sistema Unificado de Salud.

El Estado es, entonces, el proveedor del derecho a la salud “median- te políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de

enfermedades y otros riesgos y el acceso universal y equitativo a todas las atenciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud”¹.

Con miras a garantizar este derecho, la Constitución formula la implementación de un Sistema Unificado de Salud pública (SUS), fundado en un diseño de acceso universal que proporcione atención integral bajo el principio de equidad (prestando atención a cada individuo según sus necesidades).

Por la Ley N° 8080/90 de creación del Sistema Unificado de Salud, se establece que se trata de una red de salud coordinada basada en un modelo por regiones, escalonado y descentralizado. La autoridad de conducción para el SUS recae exclusivamente en cada nivel de gobierno: el Ministerio de Salud; las Secretarías Estadales de Salud; y las Secretarías Municipales de Salud.

En Brasil, los servicios de salud se administran mediante la combinación de dos sistemas: el sistema de salud pública de cobertura universal y el sistema privado de “atención médica suplementaria”. El sistema público incluye a proveedores de servicio tanto públicos como privados.

1.2 Reforma sectorial

La reforma de salud del sistema brasileño lo ha llevado de un modelo de seguro social, vinculado a la condición de actividad laboral, a un sistema donde toda la población tiene derecho a la salud independientemente de su actividad y de si contribuye o no al sistema (10).

La reforma sanitaria se ha enmarcado dentro de los siguientes principios:

- Cobertura universal. Atención integral y equitativa.
- Descentralización de los servicios a los municipios.
- Financiamiento de las acciones a través de un subsidio a la demanda de modo que se integró parte del sector privado como proveedor de servicios.
- Participación y control social a través de los Consejos de Salud.

Una variedad de actores sociales fueron participantes activos en el movimiento de reforma sanitaria de fines de los años setenta, incluidos los educadores universitarios, expertos técnicos, profesionales y organizaciones locales que representan una variedad de intereses sociales. La Comisión de Reforma Sanitaria Nacional, resultado de la 8ª Conferencia Nacional de Salud, redactó propuestas escritas para ser incluidas en las normas básicas para la reforma del sector de la salud, que fueron posteriormente definidas por el Congreso en la Constitución Federal de 1988 y en las Leyes Orgánicas de Salud (LOS).

Se requiere a cada nivel del gobierno para instituir los Consejos de Salud y las Conferencias de Salud de control permanente cada cuatro años, proporcionando así un foro para la participación y el control so-

cial. Los Consejos de Salud se han establecido en todos los Estados y en 99% de los municipios. Están constituidos por usuarios, trabajadores de salud, proveedores de servicios y coordinadores de sistemas públicos.

Marco legal. La Constitución Federal de 1988 y su ampliación a las constituciones estadales en 1989, las Leyes Municipales Orgánicas de 1990 y la legislación federal complementaria (Leyes 8080 y 8142/90) contienen el grueso de la reforma del proyecto y lo dota de condición jurídica total.

Calidad técnica y calidad percibida. La Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de Salud, a través de su Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DRAC), replanteó el PNASH², con el objetivo de hacerlo más amplio, para que pudiera ser aplicado en las diversas complejidades de los servicios. Así, a partir de 2004-2005, pasó a denominarlo “Programa Nacional de Evaluación de los Servicios de Salud” (PNASS) y es un instrumento de apoyo a la gestión del SUS en lo tocante a la calidad de la asistencia.

La evaluación en salud considera la evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de las estructuras, procesos y resultados relacionados al riesgo, acceso y satisfacción de los ciudadanos frente a los servicios públicos de salud en la búsqueda de resolución y calidad (11).

2. Perfil del sistema de servicios de salud mental

2.1 Organización general

La red de salud mental está organizada a través de las siguientes estructuras:

Centros de Atención Psicosocial

Los CAPS instituidos conjuntamente con los NAPS (Núcleos de Asistencia Psicosocial) a través de la Resolución SNAS N° 244/92, son unidades de salud locales regionalizadas que cuentan con una población adscrita definida por el nivel local, y que ofrece atención de cuidados intermedios entre el régimen ambulatorio y la internación hospitalaria en uno o dos turnos de 4 horas, por equipo multidisciplinario, constituyéndose también en la puerta de entrada a la red de servicios en salud mental.

Servicios Residenciales Terapéuticos

Los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT) son casas insertadas en la comunidad, destinadas a los portadores de trastornos mentales, a aquellos egresados de internaciones psiquiátricas de larga permanencia que enfrentan dificultades de reintegración familiar, vivienda y reinserción social. Constituye una modalidad asistencial sustitutiva a la internación psiquiátrica prolongada, con el compromiso de rescate de

² El programa de evaluación de los servicios hospitalarios PNASH tenía como objetivo posibilitar la mejora de la calidad de los servicios hospitalarios del SUS y unificar parámetros de análisis para todos los hospitales del país, dentro de patrones de calidad y excelencia.

¹ Art. 196 de la Constitución Federal.

la ciudadanía y reintegración social, no configurando como servicios de salud, mas sí como servicios residenciales con función terapéutica y tienen una importancia estratégica en la reestructuración de la asistencia psiquiátrica.

Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales

Las UPHG son unidades para la internación de pacientes de corta duración y tienen como ventaja la reducción del estigma, menor encierro, mayor control social de las prácticas asistenciales, y la proximidad del acceso; sin embargo, por el hecho de estar situado en un modelo biomédico puede tener un énfasis excesivo el tratamiento farmacológico; y además por tratarse de una internación breve corre el riesgo de no contar con una red externa adecuada (12).

Hospitales psiquiátricos

Instituciones con características asilares, aunque se tiende a su desactivación.

2.2 Reforma sectorial

A partir de 1990, con la implantación progresiva del SUS, el proceso de reestructuración psiquiátrica en Brasil es una política oficial de gobierno, estimulada y conducida por el Ministerio de Salud. Se formaliza por la sanción de la Ley 10.216 de 2001, que dispone sobre la protección y los derechos de los portadores de trastornos mentales y redirecciona el modelo de atención y establece como responsabilidad del Estado el desarrollo de una política de salud mental, la asistencia y promoción de acciones de salud a los portadores de trastornos mentales con la debida participación de la sociedad y de la familia, la cual será prestada en establecimientos de salud mental.

La Ley prohíbe la internación de pacientes portadores de trastornos mentales en instituciones de características asilares, es decir, aquellas que se encuentran desprovistas de un régimen de internación estructurado de forma de ofrecer asistencia integral a la persona portadora de trastornos mentales, incluyendo servicios médicos, de asistencia social, psicológicos, ocupacionales, de ocio, y otros.

Por último, contempla que aquellos pacientes que llevan largo tiempo de hospitalizados o a los que se los caracteriza con una situación de dependencia institucional, derivada de su cuadro clínico o de la ausencia de soporte social, serán objeto de una política específica planificada y de rehabilitación social asistida, bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria competente, asegurándose la continuidad del tratamiento cuando éste sea necesario.

Antes de la Ley de Reforma Psiquiátrica por Resolución 106 de 2000, se instituyeron los Servicios Residenciales Terapéuticos para los portadores de trastornos mentales.

Posteriormente a la Ley, por Resolución 251 de 2002, se establecieron las directrices y normas para la asistencia hospitalaria en psiquiatría, se reclasificaron los hospitales psiquiátricos, y se definió y estructuró la puerta de entrada para las internaciones psiquiátricas en la red del SUS.

En el 2003, la Ley 10.708, instituye el Programa “De vuelta para casa” para pacientes con trastornos mentales egresados de internaciones (cuyas familias no puedan hacerse cargo y no tengan otros medios), que consiste en un auxilio financiero mensual durante un año a las personas que padezcan trastornos mentales, que podrá ser renovado si el paciente no se encontrara reintegrado.

Finalmente, la Resolución 52 de 2004 del Ministerio de Salud, instituye el Programa Anual de Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria en el SUS.

En síntesis: la política de salud mental es considerada prioritaria para el gobierno y el Ministerio de Salud, que tiene como premisa fundamental la deshospitalización, mediante la implementación de un conjunto de medidas que tiendan a la construcción de un modelo de atención de base comunitaria con ofertas complejas de atención médico-social sobre una directriz de rehabilitación psicosocial.

Para ello, tiene como objetivo reducir progresivamente las camas psiquiátricas, calificar, expandir y fortalecer la red extra hospitalaria, los Centros de Atención Psicosocial, los Servicios Residenciales Terapéuticos y las Unidades Psiquiátricas en los Hospitales Generales.

Esto supone acciones de salud mental en la atención básica, así como la implementación de políticas de atención integral a usuarios de alcohol y otras drogas, y la ejecución del programa “De vuelta para casa” (13).

2.3 Calidad y salud mental

El Ministerio de Salud evaluó, desde el 2002, todos los hospitales psiquiátricos del SUS (públicos, filantrópicos y privados). La inspección fue realizada por equipos de las Secretarías Estaduales y Municipales de Salud, y se compone de una evaluación técnica y una investigación de satisfacción a los usuarios agudos y crónicos.

El PNASH tenía, en muchos estados y municipios, la función de desencadenar la reorganización de la red de salud mental, mediante el cierre de las camas psiquiátricas y, consecuentemente, la expansión de la red extra hospitalaria.

Por medio de los PNASH-Psiquiatría fueron establecidas directrices y normas para la asistencia hospitalaria en psiquiatría, reclasificando a los hospitales psiquiátricos, definiendo y estructurando la puerta de entrada para las internaciones psiquiátricas en la red del SUS, así como definiendo una nueva forma de remuneración de acuerdo a la puntuación obtenida en la evaluación técnica y en la evaluación de los usuarios de esos servicios (12).

Resultados y conclusiones

Italia

Del análisis de los datos obtenidos surge una fuerte estructura relacional entre la reforma del sistema de salud y la reforma en salud mental, con una direccionalidad explícita y claramente formulada en am-

bos casos a través de la legislación correspondiente. Se trata de un proceso dinámico que, de manera progresiva avanza en el sentido de corregir tanto los déficits que se evalúan como los obstáculos que se presentan en su implementación.

En 1978, con la Ley 180 de Reforma Psiquiátrica, se sustituye el modelo de atención custodial en salud mental, por un modelo de atención basado en la comunidad, de carácter territorial, sancionando así las innovaciones introducidas por Franco Basaglia desde 1962. Implementa el proceso de **desinstitucionalización** eliminando la internación en hospitales psiquiátricos, prohibiendo la construcción de nuevos, aboliendo el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental, estableciendo la construcción de servicios en la comunidad que sustituyan la internación en dichos hospitales y en el marco del respeto a los derechos civiles y políticos de los pacientes y al derecho social a un tratamiento.

Se da, así, inicio al proceso de reforma en el sector de la salud mental. Reforma que no es aislada, ya que en diciembre del mismo año (1978) la Ley 833 de Creación del Servicio Sanitario Nacional incorpora en su articulado a la Ley 180, insertando plenamente a la psiquiatría en el sistema sanitario con cobertura universal y libre de cargo en el punto de acceso. Es decir que la reforma en salud mental se realiza en este nuevo contexto, con sus beneficios.

Se ha señalado el rol determinante del DSM y las estructuras que lo componen, las cuales cubren un espectro de intervenciones que van desde la consulta ambulatoria hasta internaciones breves y servicios de mediano y largo plazo, en caso de ser necesarios, pero con funciones de rehabilitación. Finalmente la integración del paciente o ex paciente internado en las empresas sociales, culmina el proceso de reinserción social.

En la estructura relacional que vamos perfilando, los Proyectos-Objetivo "Tutela de la Salud Mental" y los Planes Sanitarios Nacionales constituyen parte sustancial de la dinámica del proceso de reforma.

El cuadro 2 refleja la evolución de las camas psiquiátricas desde el inicio de la reforma hasta el año 2003. Es importante observar que, a pesar del cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, se sigue contando con un número importante de camas. No ha sido desagregado en esta información, cuántas de ellas se encuentran en hospitales psiquiátricos aún no desactivados y cuántas pertenecen a los servicios en hospitales generales, centros de salud mental y demás estructuras alternativas.

El **principio de calidad** tanto técnica como percibida, comienza a

ser fuente de preocupación para el Estado recién en el marco de la 2ª reforma, cuando se introducen mercados internos y competencia regulada. En este punto nos permitimos interpretar que, en la lógica neoliberal en salud, la acreditación de calidad por parte de los servicios es uno de los criterios básicos para la competencia regulada en el mercado.

De todas maneras podemos afirmar que se inició un proceso progresivo y cada vez más preciso de búsqueda de calidad en los servicios y se procuró la satisfacción del usuario. De los datos obtenidos no surge desarrollo significativo en la procura de satisfacción de los operadores.

La preocupación por la calidad en el SSN tiene sus efectos en el sector de salud mental, ya que las normas generales lo comprenden. A partir de 1994 se va estableciendo legislación y es particularmente destacable que el Proyecto-Objetivo 1998-2000 crea en cada DSM un Núcleo de Evaluación-Mejoramiento continuo de Calidad (MCQ) y que apunta al desarrollo en cada DSM de los componentes clásicos de un programa de calidad.

Brasil

La creación del SUS en 1990 pone especial énfasis en el derecho a la salud, el acceso universal y equitativo a una atención integral.

Se trata de una reforma del sistema de salud, ya que hasta allí existía un sistema de seguro social vinculado a la actividad laboral y se pasó a un sistema donde el derecho a la atención de la salud es independiente de la actividad y de la contribución o no al sistema.

En tanto se llega a la reforma a partir de un proceso amplio de participación social iniciado hacia fines de los '70 en el campo de la salud colectiva, esta reforma tiene aspectos muy singulares como la participación y control social a través de los Consejos de Salud y de las Conferencias de Salud, que fueron establecidas formalmente en la ley 8142/90.

Existe en Brasil una estrecha relación entre el proceso de reforma del sector salud y la construcción de un marco legal sólido que abarca desde la Constitución Federal de 1988 y su ampliación a las constituciones estatales en 1989, las leyes municipales de 1990 y la legislación federal complementaria con una sinergia que organiza un sistema de salud que integra todas las jurisdicciones.

Ahora bien, veamos como se articula este proceso de reforma sanitaria en el campo de la salud mental. El movimiento de reforma en salud mental data desde 1987, cuando en la I Conferencia Nacional de

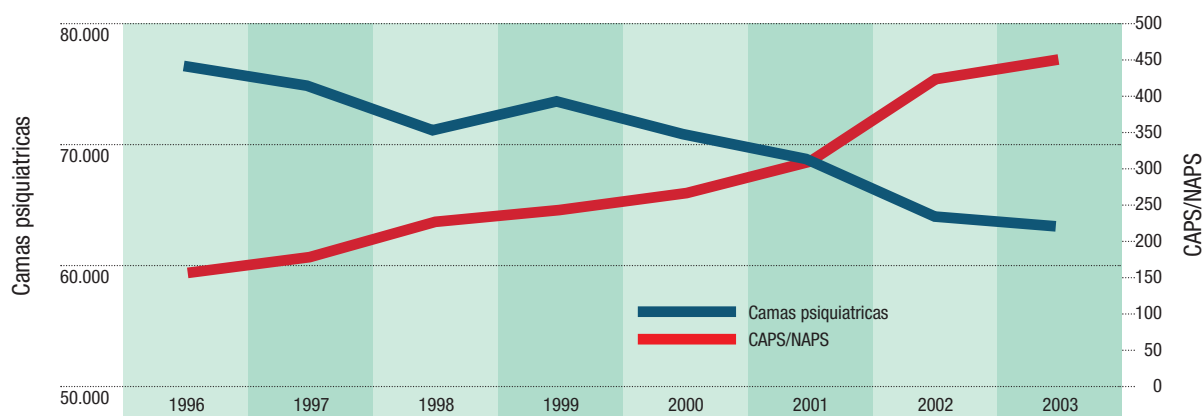
Cuadro2

Italia	1978(*)	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Camas psiquiátricas/100.000	160	140	100	80	42.34	14.15	13.42
número total de camas psiquiátricas	-	-	-	-	24.259	8.174	7.731

(*) Año de consagración legal de la Reforma psiquiátrica italiana.

Elaboración propia en base a datos brindados por la World Health Organization Office. Perfiles del país. www.euro.who.int/hfad

Gráfico 1 Brasil: evolución 1996-2003



Fuente: elaboración propia en base a DATASUS. Ministerio de Salud de Brasil-Sistema de Informaciones en Salud.

Salud Mental³ ya se proponen cambios en las premisas teóricas y éticas de la asistencia psiquiátrica.

En 1992, en Brasilia, la II Conferencia Nacional de Salud Mental, plantea claramente que “la red de atención debe sustituir el modelo hospitalocéntrico por una red de servicios diversificada y cualificada a través de unidades de salud mental en hospitales generales, emergencia psiquiátrica y pronta ayuda general, unidades de atención intensiva en salud mental y régimen de hospital de día, centros de atención psicosocial, servicios territoriales que funcionen 24 horas, viviendas protegidas, centros de convivencia, cooperativas de trabajo y otros servicios, que tengan como principio la integridad del ciudadano” (13).

Esta Conferencia propone que a partir de esa fecha (4/12/92), el Ministerio de Salud y las Secretarías Estaduales y Municipales de Salud asuman como directrices de política de salud mental los principios contenidos en el proyecto de ley del diputado federal Paulo Delgado, referentes a la sustitución del tratamiento manicomial por otros servicios (14).

Como resultado de estas recomendaciones de la Conferencia, el Ministro de Salud, en noviembre de 1994, crea en el área de salud mental el Programa de Apoyo a la Deshospitalización (PAD) de los internados por largos períodos en hospitales psiquiátricos.

Previamente, en agosto de 1992, la Asamblea Legislativa del Estado de Río Grande do Sul había aprobado la Ley 9716, de Reforma Psiquiátrica y de Protección de los que padecen de sufrimiento psíquico, que prohibía la construcción y ampliación de hospitales psiquiátricos públicos o privados, facultándose a los existentes la progresiva transformación (en el plazo de 5 años) en hospitales generales. También en 1992 habían sido instituidos los CAPS. En febrero del 2000 se instituyen los Servicios Residenciales Terapéuticos.

Brasil formaliza en marco legal la reforma psiquiátrica en 2001, sobre la base de la propuesta de Paulo Delgado, luego de casi 10 años

de su presentación. Mientras tanto ha ido estructurando las diversas alternativas que integran la red de servicios en salud mental que completará en años sucesivos con las directrices y normas para la asistencia hospitalaria en psiquiatría y el Programa “De vuelta para casa”.

En relación al tema calidad, tanto en salud como en los específicos de salud mental, Brasil sólo tiene un desarrollo importante en lo tocante a la evaluación de los servicios de salud, iniciado en 1998, como evaluación de los servicios hospitalarios y luego extendido a los servicios de salud en general. Este programa tiene un componente relativo a la psiquiatría, pero su desarrollo ha alcanzado a la evaluación de los hospitales psiquiátricos solamente.

El gráfico 1 refleja la relación entre el progresivo cierre de camas psiquiátricas y el crecimiento en el número de CAPS, que ofrecen atención de cuidados intermedios entre el régimen ambulatorio y la internación hospitalaria.

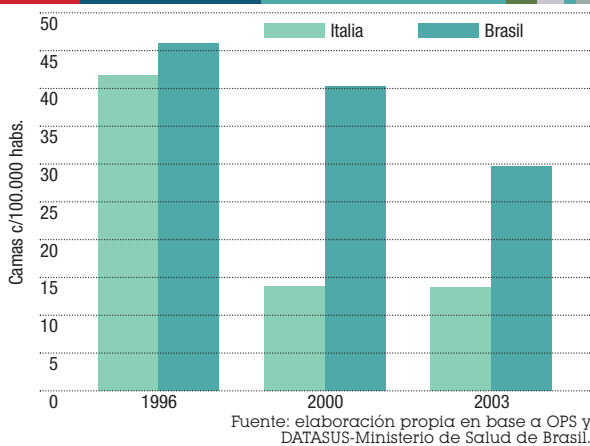
Conclusiones

De la comparación entre los modelos de atención en salud mental implementados por ambos países podemos concluir que:

- **El modelo italiano es un modelo consolidado de cambio de un modelo custodial a uno de atención en la comunidad**, alcanzando prácticamente en casi todas las regiones los objetivos de sustitución del hospital psiquiátrico y la eliminación de las internaciones en dichas instituciones.
- **El modelo brasileño es un modelo en proceso de transición del modelo custodial al de atención en la comunidad**, pero con una tendencia a la instalación firme de este último, ya que tiene como objetivo la sustitución de las instituciones con características asilares.
- La tendencia al descenso del número de camas psiquiátricas cada 100.000 habitantes es similar en ambos países. Sin embargo el descenso es mayor en el caso de Italia dando cuenta de la consoli-

³ Las Conferencias ya existían antes de su formalización legal.

Gráfico 2 Evolución de camas cada 100.000 habitantes



dación del modelo de reforma iniciado con anterioridad al caso brasileño. Ver gráfico 2.

- En ambos países el proceso de reforma del sector salud mental cuenta con antecedentes de cambios en las estructuras de atención y en las prácticas que se desarrollan en ellas. Es decir, que la reforma, una vez iniciada formalmente a través de la legislación, sanciona las innovaciones y los principios que la sostienen.
- En ambos países, una vez iniciada la reforma, no se detiene, siendo acompañada por el marco legal necesario para su solidez jurídica.
- En ambos países, pero más acentuado en Brasil, tanto la reforma del sistema de salud como la reforma en salud mental, pone particular énfasis en los derechos de los ciudadanos, procurando el respeto a las garantías de acceso a los servicios y a la eliminación de las internaciones compulsivas, de manera de controlar prácticas represivas y violación de derechos.
- En Italia, el proceso de reforma sectorial se inicia con fuerte apoyo político de los partidos que integran la coalición de gobierno y va construyendo apoyo social, permitiéndole, a partir de la Ley 180, su consolidación. Además, para lograrla, a partir de 1978, se deben crear las estructuras de atención, que no había. En cambio, en Brasil, la reforma se inicia y continúa con un amplio apoyo social, el movimiento antimanicomial, y con apoyo político del Partido de los Trabajadores, que no estaba gobernando Brasil. Esto da cuenta de porqué se tarda tanto tiempo, más de 10 años, en aprobarse la Ley de Reforma Psiquiátrica. Sin embargo, es interesante destacar que hasta esta aprobación, se fueron construyendo estructuras de atención que facilitan su implementación.
- Ambos países tienen legalizado el proceso de rehabilitación y reinserción social de los pacientes psiquiátricos y ex pacientes de los hospitales psiquiátricos: en Italia a través de las empresas sociales y en Brasil a través del Programa de Vuelta a Casa.
- En Italia, la preocupación por la calidad técnica y la calidad percibida en salud mental comienza casi 15 años después de la sanción de la

Ley 180 y en Brasil llega casi simultáneamente con la sanción de la ley. Pero es notable cómo esta preocupación se sostiene en la necesidad de lograr mejoras en los resultados de salud mental y en lograr la satisfacción del usuario del sistema y de los ciudadanos en general, ya que el avance en el desarrollo de la transición o la consolidación de la reforma obtienen su fortaleza de ambos componentes de la calidad.

En relación a las recomendaciones de la OMS, ambos países han llevado a cabo un proceso que, en nuestra interpretación, han dado letra a dichas recomendaciones, ya que han demostrado que es posible alcanzar la superación del modelo custodial.

Como reflexiones finales afirmamos que, sin extrapolar acritica y descontextualizadamente un modelo, tal como nos enseña Brasil, que se apoyó en la experiencia italiana, es posible nutrirse del análisis de los procesos y modelos de otros países o regiones, para iniciar reformas del sistema de salud mental y no efectuar meras reformas en el sistema (3). Tampoco es válido considerar que la organización política federal de un país es un obstáculo para una política en salud mental y una reforma en todo el territorio. Brasil, que es un país federal de larga data e Italia, que se federaliza recientemente -y que deben tener en cuenta las autonomías regionales y estatales- han encontrado el modo de ir resolviéndolo progresivamente.

Referencias bibliográficas

- (1) González Uzcátegui, R.; Levav, I.(Editores): "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación". OPS. Washington D. C. 1991.
- (2) OMS: "Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". Ginebra. 2001.
- (3) González García, G.; Tobar, F.: "Más salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina". Grupo Editor Latinoamericano. ISALUD. Segunda Edición. Buenos Aires. 1999.
- (4) Ana Rico; Teresa Cetani (Editores) "Health Care in Transition: Italy". The European Observatory on Health Care Systems. 2001
- (5) Traducido de www.ministerosalute.it/psn/psnhome.jsp
- (6) "El servicio Nacional de Salud en Italia". Traducido de Revue Internationale de Sécurité Sociale. 1979. En "Cuadernos Médico Sociales N° 14" – CESS y Sociedad Médica de Rosario-Rosario.1980.
- (7) Traducido de Plan Sanitario Nacional 2003-2005. www.ministerosalute.it/psn/psnhome.jsp
- (8) Traducido de: Tykanori Kinoshita, Roberto: "Uma experiencia pioneira: A reforma psiquiátrica italiana". En "Saúde Mental e Cidadania". Pág. 67-83. Edições Mandacaru. Segunda edição. Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental. Sao Paulo (Brasil). Trabajo presentado en el II Congreso de Trabajadores en Salud Mental del Estado de San Pablo en 1986.
- (9) de Leonardis, O.; Mauri, D. ; Rotelli, F. : "La empresa social ". Buenos Aires. Nueva Visión. 1995.
- (10) Federico Tobar.: "Reforma de los sistemas de salud en América Latina: Brasil". Fundación Isalud (Editor). Buenos Aires. 1998. 339 p
- (11) Ministerio de Salud de Brasil. Programa Nacional de Evaluación de los Servicios de Salud. <http://pnass.datasus.gov.br/pnass/index.jsp>
- (12) Ministerio de Salud. Link a Salud Mental. Secretaría Ejecutiva de Salud Pública. Gobierno do Para. Situación de salud. Salud mental. INVERSO-Instituto de Convivencia y Recreación del Espacio Social. Sandra Fortes, "As unidades psiquiátricas de los hospitales generales y la reforma psiquiátrica". http://www.sbmfc.org.br/site/vi_congresso/Reforma%20Psiqui%C3%A1trica.pps
- (13) Ministerio de Salud. Secretaría de Asistencia de Salud. Brasil: "2ª Conferencia Nacional de Salud Mental. Relatoria Final. La reestructuración de la Atención en Salud Mental en Brasil". Mimeo. 1992. Traducción de Beatriz Zambianchi y Miguel Tollo.