

LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL, UNA COSA DE LOCOS

A cinco años de la promulgación de la ley de Salud Mental, aunque se avanzó en experiencias exitosas de externación de pacientes, aún queda mucho por hacer para lograr los objetivos de desinstitucionalización y reinserción social. En el país hay entre 20.000 y 25.000 personas viviendo en servicios de salud mental



Por Hugo Barrionuevo

Se cumplen cinco años desde la promulgación de la Ley de Salud Mental 26.657 y si bien podemos identificar experiencias exitosas, estos resultados no lograron aún la generalización esperada. Uno de los objetivos en el cual se ha puesto especial énfasis es el proceso de desinstitucionalización y reinserción social de aquellas personas con hospitalizaciones prolongadas, pero el descenso en el número total de personas internadas a nivel nacional es lento.

Tampoco hay evidencia de mejoras sustanciales y generalizadas en la respuesta del sistema a las necesidades de atención ambulatoria de nuestra población; ni indicadores de satisfacción que permitan evaluar si hemos mejorado el trato o la acces-

bilidad a los servicios, por ejemplo. En nuestro país se encuentran internadas en establecimientos y servicios de salud mental, públicos y privados, aproximadamente entre 20.000 y 25.000 personas, de las cuales una importante proporción permanece hospitalizada por motivos que exceden el problema que originó su internación. Es decir que pudieron superar la descompensación o crisis que motivó su internación, pero no se han podido externar por dificultades que solemos agrupar bajo el término de “sociales”. Los avances en este campo han demostrado que esas personas pueden mejorar sustancialmente su calidad de vida y desempeño social cuando acceden a programas de rehabilitación, desinstitucionalización y reinserción comunitaria. Entre otros beneficios logran una mayor autonomía, mejoran sus relaciones interpersonales, pueden capacitarse y trabajar y recuperan derechos perdidos.

Dos modelos que han dado resultados concretos en los países que han consolidado sus experiencias de reforma son: el apoyo económico para la externación y el desarrollo de dispositivos residenciales, también llamados dispositivos intermedios o alternativos a la internación.

Experiencias positivas

En la provincia de Buenos Aires se han implementado ambos modelos con resultados realmente alentadores: el Programa Vuelta a Casa y el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA).

A modo de ejemplo, en el Hospital Esteves ambos programas lograron un desarrollo importante y como resultado de ello se pudieron externar más de 300 mujeres, todas ellas con diagnósticos de trastornos mentales severos, en muchos casos con antecedentes de frecuentes reinternaciones o con años internación, y una sensación de impotencia y desesperanza, tanto para ellas como para los equipos tratantes.

Además del resultado visible (la externación de las pacientes) se produjeron otros efectos también significativos:

El autor es médico psiquiatra (UBA), sanitarista (Academia Nacional de Medicina), especialista en Garantía de Calidad de la Atención Médica (Universidad Falvaloro), especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social (UNLZ) y magíster en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD); doctorando en Ciencias Políticas (USAL). Director de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental (ISALUD) y director asociado del Hospital Esteves.

por un lado en la motivación del recurso humano y por otro en la disminución de la población internada, contribuyendo ambos con el fortalecimiento del proceso de transformación que lleva adelante el hospital.

A través del Programa Vuelta a Casa se logró la externación de más de 200 mujeres, a partir del trabajo con sus familias y el apoyo económico que prevé el programa.

Los resultados del PREA también han sido alentadores: se lograron reinserir en la comunidad más de 100 mujeres y las tasas de reinternaciones son muy bajas. Actualmente residen más de 60 mujeres en 17 casas de convivencia, alquiladas por el programa.

A pesar de ser exitosos, los programas de este tipo no han logrado aún el desarrollo necesario, por lo que su capacidad para dar respuesta a la población potencialmente destinataria es aún insuficiente.

Para promover efectivamente la generalización de este tipo de programas y dispositivos en todo el territorio nacional es imprescindible que participen tanto el sector público como el privado, y para ello es necesario:

- La transferencia de los conocimientos adquiridos en estas (y otras) experiencias exitosas, para que puedan ser replicadas
- La capacitación del recurso humano en dos niveles:
 - Los equipos asistenciales
 - Los equipos de conducción
- Un marco regulatorio que realmente estimule la creación de estos nuevos dispositivos, a partir de estándares adecuados a las distintas realidades locales
- La previsión del financiamiento que acompañe su desarrollo y sustentabilidad

Las internaciones evitables

Ahora bien, las políticas orientadas a la reinserción social de las personas

para las cuales el sistema no tuvo adecuadas respuestas en el pasado y que actualmente se encuentran internadas, deben complementarse con otro tipo de medidas que aseguren que nuestro sistema de atención no está generando las condiciones para que nuevas personas se institucionalicen y pasen a formar parte de los pacientes a desinstitucionalizar en el futuro.

Es decir que corremos el siguiente riesgo: por un lado buscamos orientar nuestros esfuerzos hacia la desinstitucionalización y rehabilitación de personas con internaciones psiquiátricas prolongadas, y por otro lado podríamos estar “fabricando” nuevos “crónicos”, a

En nuestro país se encuentran internadas en establecimientos y servicios de salud mental, públicos y privados, aproximadamente entre 20.000 y 25.000 personas, de las cuales una importante proporción permanece hospitalizada por motivos que exceden el problema que originó su internación

quienes tendremos que desinstitucionalizar en el futuro.

Sabemos que la evolución de los problemas de salud mental, y en particular los trastornos mentales severos, es especialmente sensible a la disponibilidad de servicios adecuados y oportunos. También sabemos que contamos en la actualidad con recursos terapéuticos capaces de modificar sustancialmente la evolución de las personas afectadas. Mortalidad prematura, mayor sufrimiento, deterioro en la vida social, pérdida de autonomía, mayor grado de dependencia, sobrecarga para las familias y la comunidad, menor capacidad productiva, necesidad de servicios más complejos y costosos,

son consecuencias que pueden evitarse con una adecuada planificación y gestión de la red de servicios de salud mental.

La discontinuidad en los tratamientos, producto de la falta de seguimiento y de fallas en la coordinación entre los distintos servicios y dispositivos del sistema de atención, constituye otro de los grandes obstáculos para la efectividad de las intervenciones, especialmente en los problemas más severos que requieren de seguimiento a mediano y largo plazo. A la dificultad en la “adherencia” que se reconoce como propia de los trastornos mentales (y por supuesto de otros problemas de salud de evolución prolongada), se agregan las interrupciones o el abandono de los tratamientos por errores del sistema de atención, cuyos efectos se resumen en el aumento de la discapacidad y en las frecuentes recaídas.

Hace más de una década ya habíamos alertado, en una publicación de nuestra Universidad, sobre la brecha existente entre las personas con necesidades de tratamiento (en función de los datos sobre prevalencia) y las que efectivamente recibían algún tipo de atención en los servicios de salud mental¹. Existen más de 3 millones de argentinos con problemas de salud mental graves, de los cuales sólo un porcentaje menor recibe tratamiento especializado.

Otros autores²⁻³ confirmaron la presencia de esta brecha asistencial en distintos países y comenzaron los esfuerzos por medir su magnitud, comprender sus características e identificar sus posibles causas.

Uno de los grandes riesgos de esta brecha asistencial es el notable incremento en la frecuencia de las recaídas, la discapacidad y la dependencia, la pérdida de empleo y el deterioro en los ingresos del grupo

familiar, producto de la falta acceso a programas de rehabilitación. Una vez producidas las recaídas, las respuestas tardías y poco eficaces del sistema de atención ambulatoria frente a las crisis aumentan la utilización de la internación como recurso terapéutico y estimulan las reinternaciones (la “puerta giratoria”). Otra de las consecuencias de la brecha asistencial es que tanto las familias como el equipo terapéutico, pierden la confianza en la capacidad de contención del sistema ambulatorio, lo cual suele demorar las altas y por ende prolongar innecesariamente las internaciones.

Reducir la brecha asistencial

Una propuesta que hemos formulado en otra de nuestras investigaciones es incluir algunos indicadores de atención de la salud mental dentro de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, tanto a nivel nacional como local⁴. Uno de estos indicadores, que hemos llamado Vigilancia de Necesidades No Atendidas en Salud Mental, podría implementarse de forma inmediata a partir de la información asistencial que ya se produce en muchos de los servicios y establecimientos públicos y privados. De esta manera tendríamos información actualizada y oportuna para dirigir acciones concretas y efectivas tendientes a reducir esta brecha asistencial.

Algunos de los diagnósticos que componen el grupo que conocemos como Trastornos Mentales Severos y Persistentes podrían incluirse en programas de seguimiento que contemplen estándares mínimos de atención, acceso a la medicación y la inclusión de las prácticas de rehabilitación en el sostenimiento ambulatorio. Otra de las ventajas de este tipo de programas reside en que

favorecen la comunicación entre los dispositivos y contribuyen a que el sistema oriente la mirada hacia las necesidades del usuario.

Para ello sería conveniente asegurar un financiamiento específico para las patologías más discapacitantes del campo de la salud mental, por ejemplo a través del Sistema Único de Reintegros (SUR), lo cual impactaría directamente en el acceso a la atención, tal como hemos propuesto en otra publicación⁵.

Mortalidad prematura, mayor sufrimiento, deterioro en la vida social, pérdida de autonomía, sobrecarga para las familias y la comunidad, menor capacidad productiva, y necesidad de servicios más complejos y costosos, son consecuencias que pueden evitarse con una adecuada planificación y gestión de la red de servicios de salud mental

Una de las patologías por las cuales se podría comenzar es la esquizofrenia, la cual ofrece ventajas por su alta prevalencia, su evolución prolongada y discapacitante, su confiabilidad diagnóstica y su alta sensibilidad a los dispositivos terapéuticos y de rehabilitación.

Otra línea de acción podría ser la Acreditación de los establecimientos

y servicios de salud mental, incluyendo entre los estándares de atención el desarrollo de dispositivos de rehabilitación y la mejora de los procesos de comunicación y coordinación entre los distintos dispositivos y subsectores, lo que favorecería la continuidad de la atención y la adherencia a los tratamientos.

Para ello hemos desarrollado hace más de diez años el primer Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud Mental de nuestro país y estamos implementando actualmente desde el área de Extensión Universitaria de ISALUD un programa de asistencia técnica, el Programa de Apoyo a los Procesos de Transformación y Mejora, dirigido a establecimientos, servicios y sistemas de atención en salud mental, incorporando estándares adecuados a las nuevas necesidades normativas y asistenciales⁶.

Hemos seleccionado estas estrategias por su factibilidad operativa, su comprobada eficacia y la posibilidad de ser monitoreadas con indicadores específicos, algo que suele faltar en la implementación de políticas de salud mental.

La ley de salud mental ha dado visibilidad a nuestro campo y esa es una oportunidad que no debemos desaprovechar, hay mucho hecho y aún mucho más por hacer. 

Notas

- 1 Barrionuevo, H. Hugo. “Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental”. Ediciones ISALUD. Buenos Aires. 2004.
- 2 Kessler Ronald y otros. “Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003”. New English Journal of Medicine 352; 24. June 16, 2005. Massachussets. 2005.
- 3 Levav, Itzhak; Saraceno, Benedetto; Kohn, Robert y Saxena, Shekhar. “The treatment gap in mental health care”. Bulletin of the World Health Organization. Noviembre 2004, 82 (11).
- 4 Barrionuevo, H. Hugo, Graña, Dante O., Silva C. David. “Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Pautas para su implementación en Argentina”. Serie de Estudios Isalud N° 6. 2008. Publicación disponible en www.isalud.edu.ar
- 5 Barrionuevo, H. Hugo. “Salud Mental y Discapacidad Mental en las Obras Sociales Nacionales”. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 2005. Publicación disponible en <http://wpanet.org/education/wpaeln3.html>
- 6 Instituto de Acreditación de Establecimientos de Salud. “Manual de Acreditación de Establecimientos de Salud Mental”. ITAES. Buenos Aires. 2005. Publicación disponible en <http://www.itaes.org.ar/publicaciones.php>