

HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA EN SALUD MENTAL.

RESCATAR LA HISTORIA, DESTACAR LOS LOGROS DEL FEDERALISMO, FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD

*Antonio Eduardo Di Nanno**

Resumen

La historia de los desarrollos de la atención de la Salud Mental está estrechamente ligada al orden político, social, jurídico y cultural imperante. Refleja las dificultades y vaivenes que atraviesan sus participantes para lograr una política centrada en mejorar la calidad de vida de las personas con desórdenes mentales y sin estigmatizarlas.

En este trabajo se puede identificar la relación existente entre las políticas nacionales en distintos períodos de la historia y las políticas de Salud, y en particular de Salud Mental.

Argentina ha estado en los movimientos más avanzados en el mundo. El desafío actual es continuar en la búsqueda de mejores alternativas que posibiliten tanto la prevención y tratamiento de patologías con alto componente social como la drogadicción, el alcoholismo, el suicidio, la violencia, así como la reinserción de los enfermos con patologías crónicas.

Este artículo enumera recomendaciones y estrategias para la implementación de un modelo participativo comunitario. Se propone dicho modelo para evitar y/o reducir el daño psíquico de la población a través de acciones de promoción y rehabilitación, construcción de redes preventivo - asistenciales, reformulación de instituciones psiquiátricas y asilares y reorientación de los recursos humanos al modelo de atención primaria.

Se describe el Plan Federal de Salud Mental, elaborado en Córdoba en el año 2004 con sus ejes principales y algunos resultados obtenidos.

Palabras clave: Política en Salud Mental.

Key words: Mental health policies.

"No hay Salud, sin Salud Mental" es, desde los inicios, el marco ideológico del grupo de trabajadores de Salud Mental que llegó a la gestión en marzo de 2002.

Partimos de la premisa: "El camino de la reconstrucción es posible". A pesar de la vasta trayectoria en Salud Mental en nuestro país, poco había quedado

en pie. El sector fué perseguido tanto por las distintas dictaduras como por la falta de políticas. Nuestro primer desafío fue encontrar, allí donde se estaban dando, procesos de reforma para comenzar, una vez más, con la esperanza depositada en una gestión sanitaria que nos convocó.

Contamos con algo positivo, y así lo queríamos ver, no había quedado nada en las estructuras del Ministerio. Nos decíamos entonces que cualquier acción, por más pequeña que fuera, tendría seguramente gran valor en el sector. Recuerdo que en noviembre de 2002, se llevó a cabo la primera reunión nacional de referentes de Salud Mental en la sede de Confederación Médica y que a la misma asistieron representantes de las 24 provincias, hecho inédito

**Antonio Eduardo Di Nanno
Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación.
Av. 9 de Julio 1925, CABA, Argentina.
E-Mail:adinanno@msal.gov.ar
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XVII p.p. 155-166
© 2008 Fundación AIGLE.*

desde la gestión de Vicente Galli.

Allí comenzó el camino de la reconstrucción, de la reforma y el compromiso federal que poco tiempo después culminara con los acuerdos de Córdoba en 2004.

Historia de las políticas de salud mental

La historia de las Políticas de Salud Mental en nuestro país da cuenta de los vaivenes que se han producido alrededor de esta temática de difícil abordaje, ya que se conjugan en ella cuestiones de orden tanto sociales como jurídicas y culturales.

Dentro del área de la salud, pero de algún modo excluida, la salud mental ha sido abordada desde las políticas públicas en un amplio espectro que va desde un polo biologicista a otro comunitario, pasando por distintas concepciones teóricas que ofrecen un abanico de posibilidades respecto a los tratamientos del enfermo mental.

La ciencia médica basada en evidencias y resultados ha dejado fuera, en distintas épocas a la psiquiatría, especialidad “de locos” y “para locos”. Los avances científicos en los medicamentos en los últimos años ha aquietado en parte esta exclusión, hay un lugar concreto (el cerebro) y una pastilla que vuelve al “anormal” un poco más normal. De cualquier modo la idea estigmatizante sigue existiendo. A principios de siglo la temática de la salud mental queda vinculada a la higiene social. Se trata de combatir a aquellos agentes que perturban el orden social y que podrían provocar un daño a la comunidad. La prostitución, el alcoholismo, la vagancia y la indigencia eran englobadas junto con las enfermedades infecciosas y debían ser controladas. La autoridad sanitaria a través de leyes, ordenanzas y la creación de instituciones adecuadas sería la encargada de resguardar a la población respetable del flagelo moral.

Hasta la primera mitad de la década del 40 había un sistema de hospitales subvencionados y administrados en parte por el Estado y en parte por la Beneficencia. Es interesante señalar que los enfermos mentales varones dependían del Ministerio de Relaciones Exteriores y las enfermas mujeres del Ministerio del Interior.

A principios de siglo, en el área Salud Mental, el Dr. Domingo Cabred realiza una revolución con la habilitación de Colonias con el sistema “open door”, donde los pacientes internados realizan una intensa actividad fabricando calzado, ropa, muebles, criando animales, produciendo hortalizas para consumo interno y para la venta.

En 1946, con el advenimiento del gobierno jus-

ticialista se crea la Secretaria de Estado de Salud Pública sucesora del Departamento Nacional de Higiene que se transforma en Ministerio de Salud Pública en 1949, al frente del cual se hallaba el Dr. Ramón Carrillo. Este Ministro, fuertemente innovador respecto a las políticas públicas en salud, aplicando conceptos terapéuticos más modernos, reorganizó los establecimientos de internación de enfermos mentales, planificando las camas de salud mental de modo que permitiera a los internados estar más cerca de sus familias como un factor tendiente a evitar la cronificación (Alzugaray, 1988).

A partir de 1956 las políticas sanitarias planteadas anteriormente perdieron continuidad. En 1966, con el gobierno de Onganía se disuelve la Dirección de Salud Mental. Para esa época había alrededor de 100.000 enfermos en todo el país.

Durante los años 70 reaparece la preocupación por mejorar la calidad de vida del enfermo mental. Se comienzan a implementar modelos basados en la Psiquiatría Comunitaria de Maxwell Jones y se promueven nuevos abordajes como la creación de Servicios de Psicopatología dentro de los hospitales generales. El Dr. Mauricio Goldemberg en el Hospital de Lanús marca un mojón en estas nuevas políticas.

El Dr. Arturo Carrillo asume la Dirección de Salud Mental en 1973, y en uno de sus discursos refiere: ...”Los justicialistas sabemos que la Salud Mental no es simplemente una especialidad médica. Estamos convencidos que la misma no debe limitarse exclusivamente al aspecto clínico psiquiátrico, que ella es más amplia y compleja que lo que aparentemente pareciera, por lo cual la enfocaremos desde un punto de vista multidisciplinario. Sus múltiples acciones no deben terminar en el hospital o colonia psiquiátrica, sino que deben estar implícitas en las áreas de la educación, trabajo y justicia, así como también en la promoción de la salud tanto individual como colectiva, como en la investigación de factores que puedan traer aparejados deterioros socio-económicos y culturales, en diferentes grupos sociales”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), el 11% de la población planetaria padece severos trastornos mentales y neurológicos. La proyección estadística de esta tendencia anticipa que dentro de 20 años esta clase de patología ocupará el segundo lugar entre las causas de invalidez en el mundo.

En tanto el proceso salud-enfermedad está determinado por factores biológicos, sociales y económicos, las distintas estrategias para abordar la atención de la salud mental ha respondido a los modelos de las políticas nacionales imperantes en cada momento histórico.

Nuestro país ha sido innovador en muchos aspectos generando modelos de atención que han sido de-

ensores de los derechos de los enfermos mentales, creando mejores condiciones de vida dentro de los establecimientos de internación como con prácticas de atención que incluyen, en los tratamientos, a la familia y a la comunidad.

El desafío actual es continuar en la búsqueda de mejores alternativas que posibiliten tanto la prevención y tratamiento de patologías con alto componente social como la drogadicción, el alcoholismo, el suicidio, la violencia, como la reinserción de los enfermos con patologías crónicas.

Año 2002, primeras propuestas

La salud mental de una comunidad está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad. Nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñan de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura.

La salud en general y la salud mental en particular están íntimamente relacionadas con las condiciones, modos de vida y convivencia que son propios de un tiempo y un lugar determinados. Lo social, el discurso imperante, los conflictos que afectan a una sociedad determinada generan específicas formas de padecimientos que, como síntomas, expresan ese malestar y son a la vez una demanda implícita que llama a dar respuesta.

Desde esta perspectiva, la salud mental está determinada por la capacidad de cada persona de disponer y/o generar recursos subjetivos para abordar las conflictivas en cada momento y lugar. Cuando esta capacidad se ve dañada o entorpecida, la persona queda en situación de desamparo psíquico, sin protección ni recursos. La ruptura de los lazos sociales, que se viene produciendo en nuestro país, ha afectado enormemente la salud psíquica de la población fomentando el desamparo y el aislamiento subjetivo.

Nos encontramos entonces con una proliferación de casos que manifiestan angustias incontrolables, con fuertes manifestaciones somáticas, formas disociadas de la personalidad, estados depresivos, estados de pánico, violencia y conductas adictivas.

Dada la propia magnitud del problema, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva y el importante desfase terapéutico, la respuesta más adecuada es una estrategia de salud pública.

El comportamiento de una persona respecto a su salud depende en gran medida de la salud mental; personas con trastornos psiquiátricos como la depre-

sión y la dependencia de ciertas sustancias tienen más probabilidades de comenzar a fumar y de adoptar prácticas sexuales de riesgo.

Existe una conexión fundamental entre salud mental y salud física, por ejemplo, la depresión es un factor predictor de las cardiopatías. Las investigaciones muestran que la otra vía de influencia entre la salud mental y la salud física son los sistemas fisiológicos, como las funciones neuroendócrinas e inmunitarias. La ansiedad puede ser el inicio de cambio en esas funciones y aumentar la susceptibilidad a diversas enfermedades físicas.

La modalidad de los vínculos primarios guarda también relación con la aparición de trastornos mentales, así los niños privados de cariño tienen más probabilidades de presentar trastornos mentales y del comportamiento durante la infancia o más adelante en sus vidas.

Factores sociales como la urbanización incontralada, la pobreza y los rápidos cambios tecnológicos también tienen gran influencia. Los pobres y los desfavorecidos tienen una prevalencia más alta de trastornos mentales. Las desigualdades en materia de accesibilidad a sistemas de atención de salud tienen un gran impacto en la mayoría de los trastornos, pero se agrava para la población pobre.

El planteamiento de una política de salud mental debe necesariamente ser contextualizada en un escenario histórico-social. La crisis económico-social que atraviesa nuestro país afecta y se constituye en factor desencadenante de múltiples trastornos psicosociales, con un alto grado de disgregación social, donde la población cuenta con escasos recursos para la contención de personas con problemas mentales y donde a la vez aumentan los trastornos psicopatológicos a consecuencia de la crisis.

La planificación de las acciones en un modelo participativo comunitario se sustenta en los siguientes conceptos:

- a) La comunidad tiene la capacidad de resolver sus principales problemas de salud.
- b) El 80% de la patología es de solución simple y no requiere servicios sofisticados.
- c) Es necesario educar a la población para resolver algunos problemas de salud.
- d) La accesibilidad a los servicios favorece las medidas preventivo-curativas.
- e) Es necesario trabajar en función de la salud y no de la enfermedad.

La propuesta que se presenta está enmarcada dentro de las recomendaciones generales realizadas por la OMS en el Informe sobre Salud en el Mundo

2001: "Salud Mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas". Esta publicación tiene por objeto concientizar al público y a los profesionales acerca de la verdadera carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales. Al mismo tiempo, se propone ayudar a dismantelar muchos de los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios, que impiden que muchos millones de personas de todo el mundo reciban el tratamiento que necesitan y merecen. En muchos aspectos, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 proporciona un nuevo enfoque de las enfermedades mentales que permite abrigar nuevas esperanzas a los enfermos mentales y a sus familias en todos los países y todas las sociedades. Es un examen global de los conocimientos acerca de la carga actual y futura que suponen los trastornos y los principales factores que contribuyen a ellos. En él se analiza tanto el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, como los obstáculos para acceder a ambos. Se examinan en detalle la prestación y la planificación de servicios, y por último se ofrece un conjunto de recomendaciones de gran alcance que pueden adaptar todos los países de acuerdo con sus necesidades y sus recursos.

Modelo participativo comunitario

Diez recomendaciones de acción

1) Dispensar tratamiento en atención primaria

El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas; hay que reconocer que muchas ya solicitan ayuda en este nivel. Con ello no sólo se proporciona una mejor asistencia, sino que se reduce el despilfarro de investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

2) Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos

En todos los niveles de asistencia sanitaria se deben dispensar y contar con disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales. Estos fármacos

deben figurar en la lista de medicamentos esenciales de cada país, y en la medida de lo posible deben estar disponibles los mejores fármacos para el tratamiento de las distintas afecciones. En algunos países puede ser necesario modificar la legislación con ese fin. Estos medicamentos pueden paliar los síntomas, reducir la discapacidad, abreviar el curso de muchos trastornos y prevenir las recaídas. A menudo constituyen el tratamiento de primera línea, sobre todo donde no sea posible recurrir a intervenciones psicosociales ni a profesionales altamente capacitados.

3) Prestar asistencia en la comunidad

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional tanto en el pronóstico como en la calidad de vida de personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. 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.

4) Educar al público

En todos los países se deben realizar campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental. El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles. Esto constituye ya una prioridad para una serie de países y organizaciones nacionales e internacionales. Mediante campañas de sensibilización y educación del público, bien planeadas es posible reducir la estigmatización y la discriminación, incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención

de salud mental y la atención de salud física.

5) Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores

Las comunidades, las familias y los consumidores deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado debería ser servicios más consonantes con las necesidades de la población y mejor utilizados. Por otra parte, las intervenciones deben tener en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales, para responder a las necesidades de los enfermos mentales y sus familias.

6) Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional

La política, los programas y la legislación sobre salud mental son pasos imprescindibles para una acción seria y sostenida. Deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto de los derechos humanos. Es preciso que la mayoría de los países incrementen sus presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales. Algunos países que han desarrollado o revisado recientemente su política y su legislación han logrado avances en la aplicación de sus programas de atención de salud mental. Las reformas relativas a la salud mental deben inscribirse en las reformas más generales del sistema sanitario. Los planes de seguro de enfermedad no deben discriminar a los enfermos mentales, a fin de ampliar el acceso a los tratamientos y de reducir la carga asistencial.

7) Desarrollar recursos humanos

En la mayoría de los países en desarrollo es necesario incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental, que son los llamados a dispensar asistencia especializada y apoyar los programas de atención primaria. La mayoría de los países en desarrollo carecen de suficientes especialistas de ese tipo para los servicios de salud mental.

8) Vigilar la salud mental de las comunidades

Se debe vigilar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de la salud mental en los sistemas de información y notificación sanitaria. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciban, y también otras medidas más generales de la salud mental de las comunidades. Esa clase de vigilancia facilita la detección de tendencias y cambios en la salud mental consiguientes a acontecimientos externos, por ejemplo, desastres. La vigilancia es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental, y además refuerza los argumentos favorables a la asignación de más recursos. Son necesarios nuevos indicadores de la salud mental de las comunidades.

9) Apoyar nuevas investigaciones

Para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental. Esas investigaciones deberían llevarse a cabo sobre una amplia base internacional, para poder entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. Urge aumentar la capacidad de investigación en los países en desarrollo. Se debe alentar a esos profesionales a permanecer en sus países ocupando puestos donde sus competencias se aprovechen al máximo. Este desarrollo de recursos humanos es particularmente necesario para los países donde tales recursos son ahora escasos. Aunque la atención primaria sea el marco más útil para la asistencia inicial, se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia. Lo ideal sería que los equipos de especialistas en atención de salud mental incluyeran profesionales médicos y no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos con miras a la asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad.

10) Establecer vínculos con otros sectores

Otros sectores además del sanitario, como los de la educación, el trabajo, la asistencia social, la legislación y las organizaciones no gubernamentales, deberían participar en la mejora de la salud mental de las comunidades. Las organizaciones no gubernamentales deberían ser mucho más dinámicas, tener un papel mejor definido, y ser alentadas a prestar más apoyo a las iniciativas locales.

Propósitos

Construir un modelo de gestión en salud mental con la participación activa de todos los sectores sociales con el objetivo de evitar y/o reducir el daño psíquico de la población a través de acciones de promoción y rehabilitación, construcción de redes preventivo-asistenciales, reformulación de instituciones psiquiátricas y asilares y reorientación de los recursos humanos al modelo de atención primaria.

Objetivos

- Integrar la salud mental en los servicios generales de salud.

- Impulsar políticas de promoción y prevención en el campo de la salud mental con apoyo comunitario.

- Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales.

- Favorecer la construcción de redes sociales constituidas por organizaciones de la sociedad civil que interactúen con el sistema de salud en acciones de promoción, prevención y de apoyo a las estrategias de rehabilitación psicosocial.

- Promover la transformación de las actuales instituciones asilares y psiquiátricas del país propiciando el desarrollo de estrategias de reinstitucionalización y/o desinstitucionalización de la atención procurando la reformulación de los modelos tradicionales.

- Apoyar activamente acciones y programas de rehabilitación psicosocial que tengan como eje aspectos como: vivienda, capacitación laboral y empleo.

- Fijar y apoyar políticas de capacitación en recursos humanos en salud mental, que tengan como ejes la atención primaria y la prevención, la educación para la salud y las intervenciones comunitarias.

- Constituir un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental que permita establecer un diagnóstico actualizado sobre prevalencia e incidencia de enfermedades mentales, contribuyendo a priorizar necesidades y a la adecuación de recursos.

- Concertar con los distintos actores del sistema una Ley Nacional de Salud Mental, y asistir y asesorar a las provincias para la adecuación y/o formulación de normas relacionadas con esta problemática.

Estrategia e implementación del plan de acción

Etapas 1: Diagnóstico y análisis situacional

Convocatoria a todos los sectores involucrados en el desarrollo de acciones vinculadas a la salud mental: autoridades provinciales, asociaciones profesionales, tercer sector, autoridades de educación con el objetivo de conocer la situación de la salud mental en las provincias, relevar necesidades, recursos y niveles de articulación intersectorial.

Se realizará un diagnóstico FODA (Fortaleza, Oportunidad, Debilidades, Amenazas) de cada provincia con relación a la situación de salud mental de la población y Organización institucional de la oferta de servicios.

Etapas 2: Fortalecimiento de las unidades de atención primaria

Asistencia técnica a los gobiernos locales para favorecer la atención interdisciplinaria en dichas unidades, implementando estrategias de asistencia en problemáticas de fuerte raíz social tales como violencia familiar y social, consecuencias emocionales

de la desocupación, privación cultural en los niños, maternidad adolescente, deserción escolar, disgregación social que derivan en un deterioro de los recursos psicosociales de las personas y de la sociedad en su conjunto realimentando la exclusión.

Se dará prioridad a la población vulnerable, atendiendo especialmente a niños y adolescentes, mujeres jefas de hogar y ancianos. Se promoverá el armado de redes sociales con otros actores de la sociedad civil.

Etapas 3: Promoción de nuevos modelos de atención

De acuerdo al informe sobre Salud Mental en el mundo de OMS: cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben hacerse a un tiempo de manera coordinada y gradual.

Se implementará una estrategia dirigida a:

- a) prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios;

- b) reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados a largo plazo que hayan sido debidamente preparados;

- c) establecimiento y mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario para los pacientes no institucionalizados.

Etapas 4: Desarrollo de recursos humanos

Reconversión de los trabajadores del sector, profesionales y no profesionales, hacia la atención primaria de la salud. Fomentar la capacitación de agentes sanitarios y educadores de la salud.

Se promoverá la integración de médicos generalistas, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, agentes comunitarios y organizaciones de la sociedad civil para la detección de casos, derivación adecuada, colaboración en el asesoramiento, vigilancia y seguimiento.

Etapas 5: Vigilancia epidemiológica

Vigilar la salud mental incluyendo indicadores en los sistemas de información y notificación sanitaria. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales y la calidad de la asistencia que reciben así como también incluir otras problemáticas más generales.

Se diseñará un modelo de obtención de datos que contemple indicadores psicopatológicos y sociales, común a todas las regiones, que permita su unificación y comparación.

Las acciones y la construcción de un plan

Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas

En el año 2002, la grave crisis socio-sanitaria de nuestro país se constituye en factor desencadenante de múltiples trastornos psicosociales, con un alto grado de disgregación, donde la población cuenta con escasos recursos para la contención de las personas con problemas mentales y donde, a la vez, aumentan los trastornos psicopatológicos como consecuencia de la crisis.

Factores sociales como la urbanización incontrolada, la pobreza y los rápidos cambios tecnológicos tienen gran influencia. Los pobres y los desfavorecidos tienen una prevalencia más alta de trastornos mentales. Las desigualdades en materia de accesibilidad tienen un gran impacto en la mayoría de los trastornos, pero para la población pobre son enormes.

La salud mental ha estado ausente en la agenda de políticas públicas en la mayoría de los países del mundo, y fundamentalmente en la región de Sudamérica, aún cuando sus líneas de acción son fundamentales para el bienestar general, el modo de vida y la salud de las personas, de las sociedades y de los países. Es preciso encarar las problemáticas desde nuevas perspectivas, nuevos abordajes, nuevos modelos de gestión, que contemplen la inclusión social de las personas con capacidades diferentes.

La publicación del Informe de la OMS sobre la Salud Mental en el Mundo del año 2001 coincidió con el principio de la gestión de Salud Mental en el Ministerio, y se convirtió en una base ideológica y guía programática para el grupo que tuvo a su cargo la conducción del proceso de reconstrucción del área en aquel entonces. Como ya dijimos, dicho área en ese momento se hallaba completamente desjerarquizada: más de catorce años sin partida presupuestaria, la desaparición del Instituto Nacional de Salud Mental primero y luego de la Dirección Nacional. La caída de las estructuras generó la necesidad de refundar un espacio que pudiera conducir la construcción de una política de Salud Mental y que esa política fuera creíble para las gestiones provinciales, y por sobre todas las cosas, entendiendo que esa credibilidad dependería del grado de participación y espíritu federal que la propuesta tuviera.

Si bien existían tanto documentos (Declaración de Caracas, el Informe ya mencionado de 2001), como experiencias conocidas (por ejemplo, Italia) y la profunda transformación que produjo la ley 180 eran constantemente mencionados, sobre todo en sectores de la Salud Mental de Buenos Aires, no se

generaba un verdadero proceso de cambio. No hubo en esos tiempos y, repito, en la sociedad "psi" de la CABA, fundamentalmente, acciones que permitieran, primero, cambiar los modelos de gestión de las instituciones y que a partir de ese cambio los actores de las mismas aceptaran que las instituciones asilares podían ser reconvertidas en centros sanitarios. Es necesario decir que tampoco hubo decisión política de las autoridades de salud de apoyar un verdadero proceso de reforma.

¿Qué pasaba en el ministerio de salud de la nación?

Hasta ese momento se contaba con escaso recurso humano, desmotivado y sin función, sin apoyo político ni de ninguna índole e inclusive falta de interés sobre la existencia y necesidad de un espacio de salud mental por el resto del equipo de salud.

Ante esta situación, los primeros objetivos fueron orientados al fortalecimiento del sector, apoyados en *gestiones provinciales exitosas* que habían tenido la oportunidad de seguir desarrollándose y que alcanzaron reconocimiento internacional en la materia, como las provincias de San Luis, Río Negro, Mendoza, los procesos en formación en aquel tiempo como Jujuy, Salta, Tucumán y el inicio de gestiones en el mismo tiempo histórico como la provincia de Buenos Aires y Córdoba.

Con un amplio espíritu federal y un alto nivel de participación se comenzó un proceso de colaboración entre la Nación y las Provincias que permitieron construir un rápido consenso que derivó en la redacción de un documento en la provincia de Córdoba, en 2004, punto de partida del Plan Federal de Salud Mental.

La Unidad Coordinadora de Salud Mental ha formulado, desde esta línea histórica de gestión, los siguientes objetivos:

A) Objetivos

Creación y puesta en marcha del Plan Federal de Salud Mental, cuyos ejes son:

- APS (Atención Primaria de la salud)
- Normativa
- Reforma
- Derechos Humanos

Se ha puesto a consideración del Gabinete de Salud y se presentó ante el COFESA para ser conocido por los Sres. Ministros de las Jurisdicciones Provinciales.

1) Promover el Modelo de Atención Primaria de la Salud en el marco de la salud mental y el desarrollo

de las conductas y comportamientos saludables.

2) Creación de Programas de Atención y de Diagnóstico de Patologías Prevalentes fundamentalmente en APS, y que contemplen el uso racional de psicofármacos, la creación de nuevos modelos de atención institucional, Habilitación Categorizante conjuntamente con la Dirección de Calidad de la Atención (Trastornos Mentales Severos, Atención y Prevención del Suicidio).

3) Adecuar y promover la formación de los Recursos Humanos en Salud Mental con una orientación hacia la promoción y prevención, atención psiquiátrica comunitaria, así como el sostenimiento de las estrategias de educación para la salud de la población.

4) Establecimiento de una Red Nacional Asistencial Jurisdiccional en Salud Mental, basada en la extensión, profundización y consolidación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que garantice sobre la base de las necesidades de la población, la adecuada, oportuna y continua accesibilidad de servicios comunitarios de Salud Mental en el primer nivel de atención.

5) Promover una transformación cultural en relación con la enfermedad mental y el enfermo, fomentando un cambio de actitudes que asegure la garantía plena de los derechos humanos de los pacientes, evitando la discriminación, el maltrato físico, el confinamiento indefinido, así como evitando su exclusión y estigmatización a través de un trato digno, solidario, tolerante y creativo. Implementar Guías de Estilo y Campañas para los medios.

6) Establecer un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental.

B) Medidas implementadas

La Política Nacional de Salud Mental se centró en cuatro ejes principales:

1) *En el Eje de APS y Salud Mental*, en la primera etapa, se pone el acento en la detección del RRHH crítico. Existen pocos especialistas médicos y psicólogos, con una alta concentración en CABA y Prov. de Bs. As. y en grandes centros urbanos, y es prácticamente inexistente en la mayoría de las jurisdicciones, fundamentalmente en el primer nivel. Es por ello que el Plan contempla la capacitación continua del RRHH existente en Servicio en herramientas para la atención de los problemas de Salud Mental, el diseño de redes y la creación de los equipos de enlace. Se aspira, una vez obtenido el fortalecimiento de los CAPs, poder llegar a crear Programas que contemplen la atención de pacientes geo-referenciados. Estos Programas nos permitirán llegar al tratamiento adecuado para la persona que lo necesita en su comunidad, disminuyendo

la carga de morbilidad y la demanda a los Servicios de referencia.

2) *En el Eje de Normativas* se ha venido trabajando en las jurisdicciones y se han elaborado Guías de Atención, Tratamiento y Buenas Prácticas. Se generaron Guías de Habilitación Categorizante, las cuales ya están elaboradas en un trabajo articulado entre la Unidad Coordinadora y la Dirección de Calidad de Atención Médica, las mismas están a la espera de su validación.

Se ha presentado a consideración del Gabinete Guías de Estilo para Trastornos Mentales Severos y Suicidio, y el último caso se han presentado Guías ya validadas por OMS para médicos de APS, otras profesiones de APS, docentes, operadores comunitarios, las ya mencionadas para medios, y las de Grupos de Autoayuda para personas que han realizado intento.

Se ha propuesto integrar la Comisión de Uso Racional de Medicamentos, un capítulo sobre la Psicofarmacología y el Uso Racional de la misma.

3) *En el Eje de Reforma* es muy importante articular con las Áreas Legislativas de las distintas provincias, en muchas de las cuales ya existen leyes de Salud Mental que tienen en cuenta sus realidades regionales. Se aspira a conseguir la modificación del Código Civil en los artículos que entienden sobre la problemática de la Salud Mental. En este último punto se está trabajando desde el comienzo de la gestión con las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y Senadores, en el asesoramiento y la conveniencia de generar estas medidas que favorecerían los procesos de transformación de las Instituciones, la creación de nuevos modelos para llegar en definitiva al último objetivo de la transformación que es la llamada "desmanicomialización".

4) *Se creó la Mesa Nacional de Salud Mental, Derechos Humanos y Justicia*. Esta actividad lleva dos años de trabajo y articula acciones con la Dirección Nacional de Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Se ha convertido en un ámbito de trabajo en el que se intenta articular con distintos actores de la Justicia ONGs de familiares, usuarios y voluntarios, los directores de los grandes hospitales psiquiátricos de la provincia de Buenos Aires, y la dirección de Salud mental de la CABA. Se trabaja en proyectos sobre un marco legislativo, buenas prácticas en salud mental, se confeccionan recomendaciones para la calidad de los servicios, etc.

La mesa ha desarrollado siete talleres regionales y la intención es que se reproduzca el modelo en cada provincia.

Es intención también desarrollar campañas de medios para esclarecer a la comunidad sobre la

enfermedad mental y el estigma.

Los resultados del estudio ya se han publicado en la página del Ministerio.

C) Principales resultados

- Relevamiento de más del 80% de los recursos humanos y de recursos institucionales.

- Importantes adelantos en diagnóstico epidemiológico de los problemas prevalentes (180 personas capacitadas en región Cuyo, Patagonia, Jujuy y Entre Ríos).

- Capacitación en servicio de más de 2800 profesionales y de otros recursos humanos en herramientas asistenciales y de gestión de servicios. Con el Programa de Enfermería se espera llegar para el año próximo a 1000 personas más.

- Capacitación continua en servicio a cargo de las gestiones provinciales.

- Creación de equipos de enlace en salud mental para que sean los referentes del personal de los CAPs (en nueve provincias al finalizar 2007).

- Creación de foros regionales de salud mental como estrategia primera a la conformación de redes, que en un principio funcionan a través de actividades de cooperación entre jurisdicciones dentro de cada región (Funcionando: NOA, Cuyo, Patagónico, en sus inicios: NEA, conformado a fines de 2007).

- Apoyo a los modelos de gestión de instituciones hospitalarias exitosos, verdaderos centros sanitarios que no sólo se dedican a las tareas asistenciales sino a la formación de recurso humano y fundamentalmente a ser referentes principales de los sistemas de salud mental, siendo sostén de los otros modelos de abordaje como las casas de medio camino, centros de día, hostales y hasta de emprendimientos sociales, que apoyan la rehabilitación y la reinserción social de los pacientes (Colonia Montes de Oca, Colonia Cabred, Hospitales Pereira y El Sauce de Mendoza, Hospital Ragone de Salta, Hospital de Jujuy, Hospital Estevez – Programa PREA con 15 casas de medio camino en funcionamiento -, Hospital San Javier de Corrientes, apertura de 2 casas de medio camino en Chubut).

Estas acciones, fruto del trabajo de cada jurisdicción, fueron apoyadas y sostenidas por la gestión del Ministerio desde la Unidad Coordinadora, inclusive con el envío de material para proveer al primer nivel de atención y a las gestiones de Salud Mental de las provincias (180 kits con computadoras y equipamientos de consultorios completo, 8 vehículos específicos para Salud Mental).

- Convenio con las Universidades Nacionales. Para noviembre de 2007 las Facultades de Psicología de las Universidades Nacionales de Buenos Aires, Mar

del Plata, Rosario, Comahue, Córdoba, La Plata, San Luis y Tucumán le entregarán al Ministerio de Salud 6.600 casos estudiados sobre padecimientos psíquicos en la infancia, constituyendo esto un importante avance epidemiológico, así como una herramienta de gestión para las políticas de Salud Mental. Los resultados del estudio ya se han publicado en la página del Ministerio.

- Se han creado áreas de Salud Mental en todas las jurisdicciones provinciales, inclusive algunas de ellas como Direcciones Provinciales.

Al inicio de la gestión sólo 14 provincias tenían algún Programa o Área. Se han realizado 15 encuentros de referentes de Salud Mental del país, en distintas provincias estos hechos han quedado reflejados en un documento redactado en La Falda en 2004, base ideológica del Plan Federal de Salud Mental).

Hoy las provincias reconocen el rol de rectoría del Ministerio y a través de sus referentes saben que cuentan con un completo apoyo del mismo a sus gestiones.

Por último, algunos datos epidemiológicos y estadísticos de relevancia que justifican la necesidad del área de Salud Mental en las políticas públicas de salud:

- Los trastornos mentales causan entre el 12 y 13 % de las discapacidades.

- Las patologías graves y prevalentes afectan al 5% de la población (en nuestro país 1.300.000 personas entre 18 y 65 años).

- La tasa de suicidio en Argentina es de 8,4 por cada 100.000 habitantes, habiendo aumentado casi 2 puntos en la última década. Con las acciones implementadas hasta final de 2007, es decir, distribución de las ya mencionadas Guías, componentes de capacitación para por lo menos 450 agentes, se espera disminuir la tasa en un punto, en el período 2008-2009. Los brotes ocurridos en La Rioja, Catamarca y Santa Fe fueron controlados con apoyo y asistencia técnica de esta Unidad Coordinadora.

- El 80% del gasto en Salud Mental está dirigido a la internación, que sólo resuelve o no el 5% de los casos. Esta tendencia, con nuestras acciones, tiende a revertirse.

- El suicidio está entre las 10 primeras causas de muerte en jóvenes.

Foro de Salud Mental del cono sur

En 2003 se realiza la reunión fundacional en Brasilia del Foro. Los propósitos, objetivos y metas resumidos figuran a continuación. La concreción de la fundación se llevó a cabo en la ciudad de Luján, en setiembre de 2007.

Participantes: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay, Perú, Bolivia, Colombia, Venezuela, Ecuador, OPS/OMS.

Metas y propósitos

- Generación de información
- Intercambio de experiencias
- Investigación
- Capacitación
- Concertación de políticas de Salud Mental

Principios generales

- Fortalecimiento de las políticas de Salud Mental en el contexto de las políticas de salud
- Profundización de la reforma psiquiátrica en los países del cono sur comprendiendo la reorganización de los servicios en red
- Respeto a la diversidad de modalidades de servicios considerando los distintos contextos culturales
- Trabajo intra e intersectorial tendiente a la desinstitucionalización de pacientes crónicos
- Profundización las políticas de inclusión de la salud mental en APS

Objetivos

- Fortalecer el desarrollo de las políticas públicas en Salud Mental en el ámbito nacional y Cono Sur
- Generar mecanismos de apoyo a la experiencias nacionales y locales

Áreas de trabajo

- Producción de información con el diagnóstico de cada uno de los países
 - Difusión y publicación
 - Realización de eventos
 - Información sobre legislación
 - Divulgación de experiencias exitosas
 - Investigación
- Inclusión y fortalecimiento de la Salud Mental en la agenda política de los Ministerios de Salud de los países del Cono Sur
 - Concertar políticas públicas en Salud Mental en el ámbito del Cono Sur
 - Desarrollar programas de capacitación para

actores principales y profesionales de las áreas de A.P.S.

- Cooperación y asistencia en políticas de medicamentos en Salud Mental
- Capacitación de RRHH en nuevos modelos de servicios

Plan federal de salud mental (Córdoba, Noviembre de 2004)

I – Antecedentes

Siendo el propósito del Plan Federal de Salud la plena vigencia del Derecho a la Salud para toda la población, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, accesibilidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, mediante la efectiva extensión de la cobertura a toda la población, definiendo acciones y recursos, como así también, las tareas que asuman para alcanzarlo.

En vista a que se ha producido a lo largo de los últimos años un proceso de cambio y transformación de los modelos sanitarios, la incorporación de nuevas prácticas, los avances científicos en cuanto a técnicas de abordaje, psicofarmacología, más los documentos y recomendaciones de los organismos rectores de la salud en el mundo que propenden y recomiendan la paulatina transformación de las prácticas tradicionales hacia un modelo de atención comunitaria, el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos, el desafío permanente que implican los cambios en la trama social que complejizan las problemáticas actuales a las que nos enfrentamos y que han generado una respuesta positiva en los modelos de abordaje y de gestión en las distintas jurisdicciones provinciales con diferentes niveles de desarrollo, hacen necesaria la formulación del Plan Federal de Salud Mental acorde a las demandas actuales de la población, y que garantice estas metas poniendo especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles y garantizar la incorporación de los necesarios.

Por otra parte, es competencia del Ministerio de Salud de la Nación el establecimiento de las Políticas, Planes y Estrategias que, el consenso y posterior adhesión de las jurisdicciones, tiendan a optimizar la organización y funcionamiento de sistemas, servicios y recursos de Salud Mental, teniendo como ejes: la Reforma del sector, la estrategia de Atención Primaria de la Salud, un eje Normativo, que contemple la implementación de marcos jurídicos y legislativos, y un eje sobre Derechos Humanos, Salud Mental y Justicia. El Estado tendrá la responsabilidad de la coordinación y el fortalecimiento del poder de

rectoría, ejecutando y fiscalizando una política de Salud Mental.

Los otros subsectores de la seguridad social, y privada deberán amoldar su accionar a lo dictaminado por la política de Estado

En este sentido el presente Plan Federal se basa en el marco conceptual del Proyecto previo, aprobado en el Plenario por los Responsables de la Salud Mental de la Nación, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los previos planes y programas del Instituto Nacional de Salud Mental y las extensas referencias bibliográficas consultadas, documentos éstos que son antecedentes, justificación y sustrato científico sustantivo de sus propósitos y objetivos.

II- Propósitos

El presente Plan se propone, en el menor tiempo posible, a nivel nacional y por su adhesión a nivel jurisdiccional;

1-Alcanzar la plena vigencia del derecho a la salud mental para toda la población, mejorando la accesibilidad, eficiencia, eficacia, calidad, solidaridad y garantizando la equidad, así como asegurando intervenciones oportunas continuas, basadas en experiencias provinciales, nacionales e internacionales científicamente fundadas.

2-Optimizar las actividades de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con padecimientos psíquicos, a través de intervenciones oportunas, participación comunitaria y construcción colectiva, mejorando condiciones de vida, evitando riesgos y tendiendo paulatinamente a que las personas sean atendidas en su propia comunidad –o lo más cerca posible de ésta- utilizando sus propios recursos y conservando los vínculos familiares y sociales.

3-Integrar las intervenciones en Salud Mental lo más estrechamente posible con los Sistemas, Organizaciones y Servicios de Salud.

4-Promover el cumplimiento de la legislación vigente y los cambios necesarios en la Legislación Nacional y Provincial que garanticen la promoción y atención en salud mental con absoluto respeto de los derechos individuales, civiles y políticos de las personas, su identidad cultural y dignidad personales y su libertad de comunicación.

5-Promover la protección de la salud y los derechos de los trabajadores de salud mental (referido a la relación con la justicia).

III- Objetivos

Para lo cual concretará, en aproximaciones sucesi-

vas y para toda la población, los siguientes objetivos en las correspondientes áreas de responsabilidad:

1-Establecimiento de Redes Jurisdiccionales articuladas en una Red Nacional de Salud Mental, basada en la extensión, profundización y consolidación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que garantice en base a las necesidades de la población, la adecuada, oportuna y continua accesibilidad a servicios de salud mental comunitarios.

2- Promover una transformación cultural en relación con las concepciones sobre “enfermedad mental y el enfermo”, fomentando un cambio de actitudes que asegure la garantía plena de los derechos humanos de los pacientes, evitando la discriminación, el maltrato físico, el confinamiento indefinido, así como evitando su exclusión y estigmatización a través de un trato digno, solidario, tolerante y creativo. Evitando prácticas que tiendan al control social

3-Adecuación paulatina de estrategias transformadoras de los dispositivos asistenciales existentes como en hospitales, sanatorios públicos, privados y otros sistemas prestacionales cambiando el eje hacia la atención primaria, sustituyendo las prácticas manicomiales, aislacionistas, incorporando las normas del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

4-Promover y estimular jurisdiccionalmente las estrategias de promoción en salud mental, tanto para prevenir riesgos, como para favorecer instancias sociales de integración.

5-Asegurar en todos los niveles de promoción de salud y prevención –primaria, secundaria y terciaria- la máxima participación de los usuarios junto a los equipos interdisciplinarios, tanto en las etapas de planificación y programación, como de ejecución y evaluación.

6-Incorporación y promoción de estrategias de rehabilitación psicosocial, con una adecuada participación social a través de programas comunitarios de coordinación/acciones intersectoriales que optimicen la reinserción de la persona.

7-Adecuar y promover la formación de los Recursos Humanos en salud mental comunitaria así como la incorporación del tema salud mental comunitaria en los restantes trabajadores de la salud, permitiendo así disminuir el riesgo de problemas psicosociales.

8-Incluir indicadores sobre salud mental en los sistemas de información y notificación sanitaria de la República Argentina para que en forma conjunta con la comunidad permita desarrollar evaluar y mejorar las políticas de salud mental, describir las necesidades de la población y planificar y gestionar programas acordes al perfil de salud mental y de recursos del país.

9-Normatizar a través del Programa Nacional de

Garantía de Calidad de la Atención Médica- los aspectos organizacionales, asistenciales, de evaluación y monitoreo de impacto y resultado, de programas, servicios e intervenciones, así como del plan de tratamiento adecuado y el entrenamiento básico para la inserción comunitaria y laboral de la persona con padecimiento psíquico.

10-Constituir, mantener y optimizar permanentemente un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental –integrado al SINAVE que permita la determinación de prioridades y la toma de decisiones.

11-Establecer un Comité de Responsables Jurisdiccionales en Salud Mental para consensuar, evaluar y eventualmente modificar, estrategias, programas, actividades e intervenciones en salud mental, así como incrementar la cooperación técnica y la participación intersectorial e interdisciplinaria.

IV- Evaluación

En la medida que se vayan adhiriendo las respectivas jurisdicciones y se consoliden las actividades de vigilancia epidemiológica, el Ministerio de Salud de la Nación evaluará permanentemente, a nivel nacional, el progreso de los presentes objetivos del Plan, elevando al COFESA los estudios de impacto y resultado, así como sugiriendo nuevas estrategias y abordajes.

BIBLIOGRAFÍA

Expedientes y archivos de la Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Salud de La Nación.

Alvarez, A. (1999). Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 6, 2, 293-314.

Alzugaray, R.A. (1988). *Ramón Carrillo, El fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Lobato, M. (1996). *Política, Médicos y Enfermedades*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. OMS: Ginebra.

Abstract: The history of Mental Health care is closely linked to political, social, legal and cultural developments. It reflects the vagaries and difficulties of policy makers in attempting to improve the quality of life for people with mental disorders without stigmatizing them. This work traces the relationship between national policies at different periods in history and Health policies, in particular Mental Health.

Health policies in Argentina have been among the most advanced in the world. The challenge now is to continue the search for better ways of preventing and treating mental illnesses with a strong social component such as drug addiction, alcoholism, suicide, violence, as well as the social reintegration of chronic patients.

This article lists recommendations and strategies for the implementation of a participatory community model. The purpose of this model is to avoid and / or reduce psychological damage to the population through promotion and rehabilitation, the building of educational-preventive networks, psychiatric and residential institutions and refocusing human resources on the primary care model.

It outlines the Federal Plan for Mental Health developed in Cordoba in 2004 and some of the results obtained.