

Dificultades en la implementación de acciones de salud mental

Dr. Alvaro Gallegos Chacón

Después de casi 20 años contribuyendo al desarrollo de las acciones de Salud Mental en Costa Rica, durante los cuales muchos logros obtenidos han permanecido, otros se han disipado o perdido, hago una pausa en el camino para analizar los factores que han impedido la debida implementación o la continuación de acciones factibles en Salud Mental.

Costa Rica con sus dos millones de habitantes, con un sistema de salud muy desarrollado que contribuye a que "El índice de la calidad física de vida" sea tan bueno que su puntuación junto con la Argentina, son las más elevadas (después de Uruguay) estando los tres países bien por encima del resto de los países latinoamericanos, según la revista Time del 13 de marzo de 1978.

Un Hospital Psiquiátrico cuya planta física tiene unos 5 años de construida. Una regionalización de servicios psiquiátricos asistenciales en todos los centros urbanos del país y en las áreas semirurales adyacentes. Incremento de la consulta psiquiátrica en los 15 años comprendidos entre 1963 y 1978, del 954% a pesar de que el aumento en psiquiatras en el mismo período fue del 487 por ciento y el crecimiento de la población nacional del 20 por ciento.

Sin embargo la calidad de servicios y los incrementos en los últimos 3 años son pobres. Analizaré algunos factores.

1. En que la tradición interfiere en los cambios pertinentes.

Por 70 años toda acción psiquiátrica en el país se realizó en y desde el Hospital Mental. Para la mayoría de los especialistas que en él laboran, el universo es el Hospital. El tipo de paciente que llega al Hospital se concibe como el prototipo de problema psiquiátrico nacional y se considera, si no el único sitio, si el idóneo para tratar a los enfermos mentales. Hay una fuerte resistencia a aceptar que debe haber un sistema coordinado de Salud Mental a nivel nacional, interpretando que el vocablo Salud Mental es aplicable al Departamento de ese nombre del Ministerio de Salud, cuyas acciones son eminentes preventivas, pero lo que el Hospital hace en Psiquiatría asistencial ya sirve en escala nacional.

2. El psiquiatra está formado en el sistema médico de relación con el paciente tipo uno a uno.

Eso hace que labore confortablemente repitiendo la experiencia, con una gran consulta individual en que acepta prácticamente a toda persona que le es enviada y lo mantiene bajo su control. Se le hace muy difícil evaluar al paciente y retornarlo al médico general con indicaciones terapéuticas.

En general, no tiene equipo de apoyo, pero tampoco se ha manifestado con la vehemencia necesaria acerca de esa necesidad.

Extrapolando el tratamiento aprendido en el Hospital Psiquiátrico, básicamente de tipo psicofarmacológico, a prácticamente todo aquel que le consulte, aunque el problema, productor de síntomas no sea modificable con esa orientación terapéutica.

En las consultas de áreas metropolitanas, urbanas o semi-rurales, el psiquiatra sufre de aislamiento profesional. Siendo el único miembro de lo que debería ser un equipo de Salud Mental con psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadoras sociales, psiquiatras etc. se encuentra solo.

3. Olvido o ignorancia de los planificadores de salud en relación a la Salud Mental.

Ciertamente que las enfermedades transmisibles, la desnutrición y la diarrea, entre otros flagelos, son de enorme importancia y hacia su control se dirigen las baterías de los preventivistas. Con miras a lograr ese control se ha diseñado y ejecutado programas asistenciales, no sólo de gran ingeniosidad, sino realmente efectivos, con una categorización clara de niveles de acciones en regiones programáticas y áreas de salud. En los niveles operativos o de atención que va desde el nivel 1 o sea rural, atendido por un auxiliar de salud, hasta nivel 5, que es el nivel central o superior del país en que se brinda atención médica, altamente especializada, no es sino en el nivel 4, o sea regional, en que aparece la psiquiatría y solamente como consulta externa directa al paciente y de hospitalización breve. En la concepción de la salud mental, si hay acciones, con el mismo personal básico de salud, en los niveles 1-2- y 3. El auxiliar de salud puede controlar que se cumpla el seguimiento de egresados, el detectar y referir a otros niveles un presunto paciente, el contribuir a un mejor ambiente familiar y comunal para pacientes egresados, etc.

4. Desconocimiento de las acciones de salud mental por los administradores de salud.

Bajo la estereotipia de que el psiquiatra

es un médico que trata a los enfermos mentales (según el modelo médico) con medicinas (según el modelo médico) y cuya formación se hace mayormente en el Hospital Psiquiátrico, existe la tendencia a conservarlo en ese rol, con el temor de que en cada Hospital General en que labore, arme su pequeño manicomio.

Tampoco se logra la autorización de formar personal para-psiquiátrico para trabajar en equipos interdisciplinarios. Pareciera que produce temor el que la Psiquiatría se transforme en una fuerza efectiva. Es comparable la situación si el cirujano se le dejara formarse exquisitamente, pero que a la hora de operar no se le permitiera ni instrumentista, ni anestesista, ni ayudante, ni personal circulante.

5. Localización inadecuada de la Salud mental en el organigrama administrativo y asistencial.

El pensar en 1978, que la psiquiatría es una sub-especialidad de la medicina interna, parece increíble, pero así ocurre en más de un país o región. Esta situación conlleva el gran problema de que al psiquiatra se le exige toda responsabilidad en su trabajo y no se le da el poder, la independencia de programar sus acciones y sus necesidades, su equipo de trabajo.

Esquemmatizando por áreas de conflicto, por sí misma mostrarán posibles soluciones.

1. Area Administrativa: Un servicio de Salud mental no puede depender en uno o dos psiquiatras que den consulta a una determinada zona de atracción.

Es imprescindible una jefatura que coordine las acciones, tanto en dirección de los niveles de atención como de las diferentes unidades regiones, áreas, etc. en que administrativa y geográficamente se divida el servicio. A la vez debe de estar íntimamente ligado a los programas de salud del país en la región, sin duplicar servicios de comunicación ni jerarquías administrativas al

ejercer dicha coordinación. A través de los equipos multidisciplinarios, educar, influenciar e incorporar a los niveles básicos de salud a acciones de salud mental, bien delimitadas, con su techo que será más elevado según el grado de complejidad de cada nivel operativo.

2. *Area de recursos humanos:* si no hay profesionales para implementar las acciones de salud mental, es una prioridad indiscutible, en la actualidad, el formarlos. Pero más que número, es la distribución, la utilización en el ejercicio profesional. Un servicio de salud mental no puede descansar únicamente en médicos psiquiatras, por más eclécticos, contemporáneos e informados que estén, pues su formación es eminentemente asistencial directa y no pueden diversificarse para atender

los múltiples aspectos que las acciones complejas de salud mental y que se incluyen en la Psiquiatría Social, y que lo hacen más adecuadamente otros profesionales para-psiquiátricos y para-médicos. El conocimiento de cómo hacerlo está. El problema está en que lo permita hacer aquel que tenga el poder político.

Del informe anual de 1974 del Director General de la Organización Mundial de la Salud, presentado a la 28ava Asamblea Mundial de la Salud, "copio:" Como parte de sus funciones la Organización Mundial de la Salud debe esforzarse por ampliar horizontes de los que propagan indiscriminadamente la medicina convencional y persuadirles de la necesidad de recordar la función social que les incumbe en todo el mundo.