

ESTRUCTURACION DE UN PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL*

Alvaro Gallegos Chacón**

I. INTRODUCCION

La higiene es la "Ciencia de la Salud". En sus comienzos fue obra de legisladores. De aquí evolucionan los conceptos y las prácticas de la medicina social y de la medicina preventiva que en el mundo desarrollado han tomado gran auge y respetabilidad desde hace más de un siglo. Por otra parte la Psiquiatría, parte integral de la Medicina, vino apartándose del trabajo diario del médico general, constituyéndose en una rama de la misma, usando el modelo médico desde finales del siglo XVIII. El nombre de Psiquiatría parece en 1819. Hacia 1910 se inició en Baltimore —Estados Unidos— un fuerte movimiento que luego se extendió por los países llamados de Occidente, con el nombre de "Higiene Mental". No solo se interesó por la prevención de la aparición de los trastornos mentales controlables, sino del tratamiento adecuado, tanto profesional como humano, de los que ya enfermaron, así como de la rehabilitación de esos pacientes. En Costa Rica, ese movimiento se inició hacia 1940 con la Liga de Higiene Mental, obra del Profesor Mariano Coronado, produciendo frutos muy positivos hasta su desaparición, por Decreto en 1982. Consejo Técnico Superior de Salud Mental fue el último nombre que se le dió. El movimiento de la Higiene Mental ha evolucionado, transformándose después de la Segunda Guerra Mundial en la Federación Mundial de Salud Mental, constituida por 96 asociaciones de Salud Mental no gubernamentales.

II. DESARROLLO DE LOS CONCEPTOS Y LA PRACTICA DE "SALUD MENTAL" EN FRANCIA Y EE.UU. (1).

Hasta los albores del siglo XX, la psiquiatría clásica tiene una concepción médica, como CURACION DE LA ENFERMEDAD. Aunque los primeros atisbos de ampliación de este concepto, los podemos encontrar en Francia, cuanto hacia 1860 MOREL propicia la necesidad de atender los aspectos higiénicos y profilácticos en relación a los pacientes y no solo a la "curación de la enfermedad". Ya comenzando el siglo XX podemos destacar algunas fechas significativas; en 1910 Clifton Beers, crea el Movimiento de "Higiene Mental", cuya con-

cepción se basa en acciones para proteger la salud mental, proteger la salud mental a partir de la promoción del estudio de los problemas mentales bajo todas sus formas y la difusión de los conocimientos sobre causa, tratamientos y prevención de los mismos. En 1915, Freud, propone una concepción integrada de la dinámica de los problemas psíquicos que trasciende la oposición estática de enfermedad y salud mental. El psicoanálisis hace contribuciones esenciales al trabajo de PROMOCION DE LA SALUD, pues amplía el campo de aplicación a otros temas como por ejemplo: infancia en dificultad, justicia, trabajo social. En 1915 también Adolph Meyer, desarrolla una filosofía de la prevención, trabajando la escala del ser para poder hacer la diferenciación de lo "normal" y lo "patológico". En 1930 White, preside el Primer Congreso de Higiene Mental y sintetiza en las metas de este Congreso, un movimiento de reflexiones y de prácticas de más de dos décadas, realizadas por el Movimiento de Higiene Mental; del cual el fue uno de sus principales artífices. En el plano teórico presenta un importante cambio en el concepto de salud, pasa ésta de ser concebida como un concepto negativo (ausencia de la enfermedad) a pensarse en la salud como un concepto positivo: la salud como generadora por sí misma de un proceso creativo-vital.

Las METAS, que se propusieron en este Congreso, todavía hoy conservan su valor y son las siguientes

1. Las intervenciones en medicina psiquiátrica no tendrían más, como principal y único objetivo, a ponerle fin a los disfuncionamientos patológicos, sino las de **DESARROLLAR LAS POTENCIALIDADES DEL SUJETO E INTENSIFICAR SU FUNCIONAMIENTO "NORMAL"**.
2. Reemplazar un modelo "de reparación", (al decir de Goffman) por un modelo de crecimiento. Es decir: reforzar los componentes positivos del individuo, para facilitar su desarrollo, y no solo "curar" la patología una vez instalada.

En síntesis, White proponía un cambio de actitud: **PASAR A UNA ACTITUD POSITIVA** de esfuerzo para encontrar caminos y significados para la gente, que vivan su propia vida de la mejor manera posible. Nuestra pregunta es: estas ideas, propuestas hace más de 50 años ¿en qué medida han fructificado? ¿Se ha impuesto una nueva concepción de la Salud Mental? ¿Ha sido centrada en el desarrollo de las potencialidades del hombre, más que en la curación de la enfermedad? Muy esquemáticamente podemos decir que hasta los años 50 coexiste un doble sistema: una organización tradicio-

* Conferencia Magistral, diciembre de 1986, XLIX Congreso Médico Nacional.

** Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, Coordinador Nacional de Salud Mental. Vice Presidente de la Federación Mundial de Salud Mental para América Latina. Vice Presidente para la Región Meso-Americana de la Asociación para la Rehabilitación Psico-Social Internacional

nal de los servicios psiquiátricos a partir de una definición igualmente tradicional, médica, de la enfermedad mental, principalmente sostenida por los servicios públicos donde el hospital psiquiátrico es el centro del sistema de atención y un conjunto de ideas más abiertas, de diversas iniciativas que ensayan la integración de la perspectiva preventivista desde el sector privado, marginados en la comunicación, al conjunto del sistema público. A partir del final de la segunda guerra mundial tanto en Francia como en E.E.U.U. se hace la tentativa de superar esa dicotomía entre la atención pública y la privada y el Estado trata de lograr un gran servicio unificado de intervenciones sobre la salud mental y no contentarse con los servicios brindados por los hospitales mentales, sino trabajando en la comunidad para educar e informar a la población y promover una política positiva de la salud mental. En Francia, se reorganiza el conjunto de la distribución de los psiquiatras, se adscriben a un sector, para trabajar junto con un equipo implantado en la comunidad, el cual dispensa un conjunto completo de servicios, desde la prevención a la rehabilitación; incluyendo la fase propiamente clínica y terapéutica. En E.E.U.U., con los "Community Mental Health Centers" se intenta, como lo dijera el Presidente Kennedy, reemplazar la antigua política de las instituciones psiquiátricas, establecimientos segregacionistas para tratar a los enfermos mentales por una política más abierta. Así de 3000 psiquiatras que había en 1940, llegan a 17.000 en 1964, y a 30.000 en 1984, además de miles de médicos generales beneficiados por una formación complementaria en psiquiatría y 1500 programas de enseñanza, basados en una FORMACION PSICOTERAPEUTICA inspirado en el modelo de psicoanálisis, el cual ejerció una influencia preponderante, al igual que el modelo de tipo psicosocial de CAPLAN (1940) basado en tres niveles de prevención. Todo ello implica un cambio profundo en el rol del psiquiatra, quien a la vez que es un médico y terapeuta que establece una relación personalizada con el paciente, es a la vez, AGENTE DE CAMBIO SOCIAL. Los dos modelos, el psicoanalítico y el social se usan alternativamente en los "Community Mental Health Center" según quienes trabajan en ellos, unos politizan al extremo sus intervenciones (sobre todo en los centros instalados en los ghettos) y otros centros se dedican a atender pacientes individuales o en pequeños grupos. Estos son los casos extremos, porque en la mayoría de los Community Mental Health Centers predomina el eclecticismo. La unidad posible de todos estos aportes se logra dentro de un cuadro de esquema médico, donde las orientaciones modernas encontraron un cierto consenso para oponerse a la antigua psiquiatría asilar. La mayoría de ellos se presenta como un medio de reintegrar la psiquiatría a una tradición médica renovada, como dice Robert H. Félix, director del N.I.M.H. "hacer de la psiquiatría no solo una parte de la medicina, sino el corazón mismo de ella". Paralelamente, mientras esto sucedía en EEUU, en Francia se encuentra un principio de unificación a través del eclecticismo, haciendo referencia a un cuadro médico. La política de "sector" asocia a psiquiatras de posiciones diferentes, desde feno-

menólogos a marxistas; los cuales sin dejar sus diferencias, se alían para imponer una concepción renovada del hecho psiquiátrico. Se impone la concepción de los problemas psiquiátricos como una patología de la relación. La psiquiatría reivindica su autonomía de la medicina general y de la neurología. En 1968 es reconocida, finalmente, la separación de psiquiatría y neurología en Francia. En los Estados Unidos estaban separadas desde 1950. En síntesis podemos decir que a pesar del gran auge de la psiquiatría comunitaria y de los cambios teóricos importantes, básicamente su esquema se conserva como de "reparación" (en el sentido que le da GOFFMAN) más que de prevención o desarrollo de la salud mental. En la década de los 70, el hospital mental sigue siendo el punto fuerte de la psiquiatría pública. No nos engañemos, existió un fuerte bloqueo a las orientaciones preventivas; así podemos ver a la altura de 1975 que lo que en Francia se llama "un equipo médico-social de sector", en realidad es un equipo médico en el cual la asistencia social adquiere un rol subordinado; por ejemplo, no puede promover actividades específicas en un sentido realmente preventivo. En EEUU, una evaluación hecha en 1975 por el National Institute of Mental Health, muestra que solamente un 5.5% del tiempo trabajado de los servicios de Salud Mental comunitarios está dedicado a actividades de educación en la población y de consulta por los servicios no médicos. No existen tecnologías preventivas: donde las hay supuestamente en funcionamiento escapa a los prácticos de la salud mental el aislarlas de una visión de la salud integral. La evaluación de la década del 70 que podemos hacer es que los hospitales mentales conservan la hegemonía pero con un funcionamiento un poco más racionalizado y modernizado, aunque está muy lejos de responder a una política preventiva, en el sentido auténtico.

2. Se puede hablar de PREVISION más que de PREVENCIÓN.
3. Se enfatiza la importancia de detectar los factores de riesgo de una determinada población. Así la idea de riesgo descansa sobre correlaciones estadísticas, que señalan una posibilidad de aparición de situaciones que se quieren evitar.

Pero estas estrategias, si bien pueden en cierta medida y bajo ciertas condiciones contribuir a conservar la salud permitiendo intervenir sobre factores exteriores que la degradan, *no pueden promoverla de manera positiva*. El enfoque "del riesgo" marca el paso de una clínica individual a una clínica de grupos poblacionales, pero la conserva en un cuadro de problematización "negativa" de la salud como había dicho white.

LA SITUACION ACTUAL:

La ambición de reformar profundamente las políticas de la salud mental que se manifestó de manera ex-

plosiva en la mayoría de los países occidentales, industrializados en la década de los años 60, y que contaron con el apoyo de los gobiernos respectivos, intentó una síntesis de la continuidad y el cambio y por razones a la vez externas e internas, podemos decirlo, a 20 años después de que fue mayor la continuidad que el cambio. Si, hay grandes aportes de PENSAMIENTO RENOVADOR pero la resistencia se mostró generalmente en cuanto a la acción INNOVADORA. El apoyo del Estado, a través de sus políticas públicas ha disminuido en los últimos años —crisis económica por medio— y por ahora parecería difícil esperar del estado, sea en EEUU o en Francia o en otros países encontrar avances novedosos en el campo de acción para la salud mental en el último lustro. En sectores privados, más bien restringidos pero con bastante apoyo de sus propuestas por sectores cultos de la población, aparecen propuestas innovadoras en salud mental. Básicamente podemos citar desarrollos posteriores al psicoanálisis y en él inspirados y los movimientos de crítica a la psiquiatría que tienden a establecer una etiología social de la problemática mental. Por ejemplo: El interés teórico se ha generalizado en descubrir nuevas técnicas psicológicas que permitan simplificar y generalizar las condiciones de acceso al "trabajo" analítico. Las distintas posturas concuerdan en un punto: La verdadera salud mental se puede cultivar mediante técnicas que permiten utilizar al máximo el potencial relacional y la dinámica pulsional que todo individuo posee pero que en general, el hombre, llamado "normal" deja sin cultivar. La salud se ha vuelto lo contrario de un estado: es un proyecto, una tarea constante, nunca plenamente lograda, pero estas nuevas técnicas psicológicas —que podríamos denominar de auto-ayudapossibilitar grandes logros sobre todo para un uso más "conciente" del propio potencial relacional. Esta concepción ha dado en llamarse "terapia para los normales", inspirada en el psicoanálisis. El aporte psicoanalítico tuvo un efecto considerable al relativizar el corte entre lo normal y lo patológico. Esto no se debe solamente a que el psicoanálisis haya sido considerado apto para atender a una patología relativamente ligera, no de tipo biológico. Trabajando sobre estos estados neuróticos, el psicoanálisis descubrió que es la misma dinámica psíquica la que cubre las situaciones "patológicas" y los "estados normales".

Por consiguiente la normalidad no es una adquisición de una vez por todas, es un equilibrio más o menos frágil, un momento durante el desarrollo de un proceso. La salud psíquica —si ella existe— no es desde luego, un dato estático, ni la simple ausencia de perturbación, es la resultante provisoria de un dinamismo psíquico que nunca jamás se detiene. Así, la salud psíquica es un devenir en el cual se puede intervenir con la técnica psicoanalítica para regular o modificar dicho devenir, aun independientemente de una intención propiamente terapéutica. Las limitaciones del tratamiento analítico —larga duración—, alto costo y en cierta medida la necesidad de un grado alto de "cultura" de los pacientes, es lo que ha motivado a encontrar vías terapéuticas nuevas; terapias breves, etc. Por otra parte la "psiquiatría preventiva" se-

gún la tradición de Caplan, ha logrado hacer conciencia de que, la integración del sujeto en su entorno social es un componente esencial de la salud mental. Desplazar, en síntesis, el centro de atención de la enfermedad a trabajar sobre la salud, incluida la dimensión social, eso será trabajar un entorno donde la asimilación dinámica de la personalidad define a la salud como condición global; síntesis de un funcionamiento individual, grupal y social armonioso. La Salud Mental fundamentalmente desarrolla métodos preventivos de la aparición de trastornos mentales, contribuyendo a promover y conservar la Salud en general. La Psiquiatría Clínica tratará al que enfermó, y ojalá que sean en número menor cada día. Rehabilitar a la persona que quedó con minus-validez psíquica y social es labor de ambas vertientes de la misma profesión, ayudando por otras disciplinas y la ciudadanía en general. Además, ambos conceptos deben verse como una dimensión más de la salud integral. Así, "enfermedad mental y salud mental no son términos opuestos, ni conllevan filosofías u orientaciones que representan una dicotomía irreductible, sino más bien son los dos polos teóricos o puntos de referencia extremos que permiten ordenar una multitud de situaciones que, como grados intermedios se observan en la realidad (4).

III. PREVENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR SALUD Y SALUD MENTAL EN COSTA RICA.

Es de hacer notar que Costa Rica, en relación con esta evolución de los conceptos de Psiquiatría y Salud Mental no ha estado marginada del mundo desarrollado, pues así como la asistencia psiquiátrica científica y humanizada tiene, en nuestro país, más de 100 años de existir, los avances diagnósticos y terapéuticos siempre estuvieron tomando en cuenta nuestra realidad total, cercano a los avances de los países desarrollados, existiendo solamente retardo cronológico variable. Así por ejemplo en 1965 ya se iniciaron programas de psiquiatría comunitaria, pronto se incorporó la Psiquiatría al Hospital General, además de otros acontecimientos previos, necesarios a la instauración de programas de Salud Mental. En la década de los años 70, el Sector Salud en Costa Rica logró avances espectaculares en materia de salud, demostrados por los índices estadísticos. Se produjo una notable expansión de servicios de internamiento; además de reforzar una densa red de Centros y Puestos de Salud con los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria. En cuanto a la salud mental, aunque los avances prácticos no han sido tan espectaculares, sí se ha producido la difusión de una concepción renovada de la enfermedad mental, con una mayor esperanza de cura y rehabilitación de las mismas. También se refleja en el crecimiento de profesionales en Salud Mental: en 1963 habían 7 psiquiatras, un Psicólogo Clínico, dos enfermeras con especialidad en Salud Mental y dos trabajadores sociales con adiestramiento en Salud Mental. Hoy día, son más de cien los especialistas médicos inscritos como psiquiatras, de los cuales 63 trabajan para

la C.C.S.S.; de los psicólogos, no menos de 35 están correctamente adiestrados en clínica y un gran número de psicólogos *generales*, probablemente un número diez veces mayor, ejercen su profesión. En enfermería con Post-Básico en Psiquiatría y Salud Mental, se acercan al medio centenar. Otros indicadores, como el desarrollo del Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia señalan ese crecimiento, y, en cierta medida el Departamento de Salud Mental del Ministerio, y sus programas. Sin embargo, debe de quedar claro que la atención prestada a la salud mental, tanto en los aspectos curativos como preventivos, ha ido siempre a la zaga de los progresos en los programas de medicina somática y de Salud Pública. Ese retraso se manifiesta en el poco apoyo, y preocupación por el tema de parte de las autoridades y el público, como la creación de servicios y organismos específicos y en la capacitación del personal de salud en esta área. Se ha dado prioridad (por tradición) a las acciones curativas, postergándose en la práctica las preventivas, originándose un círculo vicioso que asegura la multiplicación, la cual podría ser controlada, de los enfermos mentales. El problema de dar una asistencia adecuada a los enfermos mentales, rehabilitarlos y sobre todo prevenir la aparición de la enfermedad o por lo menos de sus efectos devastadores ha impulsado, en los últimos 15 años a la formulación de numerosos planes, programas, estructuración coordinada de los recursos existentes, que han ido al fracaso, no solo por el fenómeno del "engavetamiento" de los documentos, o bien nombrando comisiones mal integradas, con un número exiguo de horas de trabajo, sin personal de apoyo, que al ser inoperantes, llevan desde el inicio el certificado del fracaso. Ambos métodos son típicos de nuestro folklore administrativo y se llama proporcionar un "entierro de primera clase" a un proyecto. Sin embargo, en 1983, en el año de la Salud Mental y como parte importantísima de "Salud para Todos en el Año 2000", el Sector Salud se vio requerido a elaborar un Plan Nacional de Salud Mental. El Señor Ministro de Salud nombró una Comisión de expertos en setiembre de 1983: la Comisión Nacional de Salud Mental. En junio de 1984 me sumé al grupo y sus miembros solicitaron que este servidor lo coordinara. No avanzamos mucho, hasta que el grupo decidió solicitar un experto en Planificación. La Directora del Departamento de Salud Mental del Ministerio propuso y solicitó la colaboración de un asesor experto en psicología y planificación de la O.P.S. en la persona de la Lic. Isabel A. Martínez para ayudarnos a desarrollar un modelo.

IV. ELABORACION DEL "MODELO" Y DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA COSTA RICA (Año 1985).

Se decidió elaborar un modelo que fuera factible a ser desarrollado de acuerdo en la abundante información que recopiló la Lic. Martínez por medio de entrevistas y publicaciones. Para enero de 1985 se presentó a las autoridades el trabajo "Hacia un plan integrado de Salud Mental para Costa Rica" (4). El documento fue aprobado por las autoridades y en consecuencia se implementó la

recomendación de que el plan Nacional de Salud Mental fuera elaborado por una Comisión Nacional Técnica Integrada en Salud Mental, con las siguientes condiciones de sus miembros:

1. Interdisciplinario
2. Interinstitucional (Ministerio - Caja)
3. Inter-jerárquico
4. Asesoría externa en planificación.

Sus miembros fueron escogidos por el Señor Ministro de Salud y el Presidente Ejecutivo de la C.C.S.S. Las rectificaciones más urgentes propuestas en el modelo apropiado (4) están en el cuadro 1 contribuyendo al desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (2). Además de la revisión de las políticas contemporáneas en Salud Mental, resumidas en el cuadro 2 y el diagnóstico de la situación (ver cuadro 3), el Plan Nacional (2) se estructuró dentro del marco de "Principios básicos en las estrategias de Salud" del Ministro Dr. Juan Jaramillo (5) que en el cuadro 4 podemos ver. Además cumplía en todos los aspectos recomendados para Salud Mental en "Salud para todos en el año 2000" de la OMS (8). La Comisión, interjerárquica, interdisciplinaria e interinstitucional laboró con medio tiempo de sus miembros y tiempo completo del coordinador, asistentes y secretaria y la asesoría externa, además de un espacio físico adecuado situado en las Oficinas Centrales de la C.C.S.S. Primero se niveló la información de los miembros con todo el material recogido en casi dos años y en especial con el Informe Preliminar de la Comisión de Salud Mental de la C.C.S.S., por su íntima conexión. De allí se partió a elaborar las metas básicas y los objetivos generales. Por tres meses nos dedicamos a entrevistar, grupos o invitados individuales, en nuestro local o desplazándonos a otros lugares. Sobrepasaron sesenta las personas entrevistadas. La finalidad de las entrevistas era poner en conocimiento de esas personas, con diferentes cargos en el Sector Salud, educación, opinión pública etc. de nuestra tarea, pidiéndoles asesoría, opiniones y su capacidad de compromiso para la puesta en marcha del Plan Nacional. En el Ministerio de Salud, el Sr. Ministro, el Director General de Salud, el director de Salud Rural y Comunitaria, de Materno infantil, de Nutrición, de Salud Mental, etc. De la Caja, el Presidente Ejecutivo, el Gerente de División Médica, Directores Regionales, de Hospitales y Clínicas Metropolitanas, Hospital Nacional de Niños, Departamento de Enfermería y Trabajo Social, diferentes psiquiatras, el Director del CENDEISSS y en especial el Director del Hospital Nacional Psiquiátrico. De la Universidad de Costa Rica los Directores de la Escuela de Medicina, de Psicología, de Trabajo Social, la Decana de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Psicológicas, etc., así como personas creativas como el Dr. Abel Pacheco y la Asociación Nacional de Salud Mental. Con todos negociamos la posibilidad de cooperación y la respuesta fue excelente. Con los elemen-

tos informativos y de apoyo señalados se inició la tarea con el compromiso de entregar el Plan Nacional de Salud Mental para la segunda semana de diciembre de 1985. Cinco y medio meses después de constituida la Comisión Técnica e Integrada se cumplió lo prometido. El Documento pasó a revisión, habiéndose nos encargado de parte del Señor Ministro de Salud el desarrollar un plan piloto basado en nuestras recomendaciones y programas para palpar "en vivo", su factibilidad. Dicha solicitud se puso en práctica programando en el Centro Integrado de Salud Dr. Marcial Fallas, con la cooperación del Ministerio y la propia clínica de la CCSS, además de la muy valiosa cooperación del Director y profesionales del Hospital Nacional Psiquiátrico con la proyección de un equipo interdisciplinario a ese Centro, un Centro de Salud Mental Centrado en la Comunidad. El personal del Centro de Salud había sido previamente sensibilizado y capacitado por medio de tres talleres de Psiquiatría para el trabajador primario de Salud auspiciado y financiado parcialmente por la Oficina Panamericana de la Salud. La operacionalización del modelo demostró la factibilidad del mismo, haciéndose de esa área de demostración un plan piloto. El programa ha sido exitoso y demuestra la eficacia y eficiencia del plan. Este modelo puede repetirse regionalmente. Con 52 Centros de este tipo que se estructurasen cubriría a todos los habitantes del país.

V. ASPECTOS CENTRALES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

El centro del plan, el objetivo específico, es lograr un servicio de Salud Mental centrado en la comunidad cuya esencia, en base al desarrollo en Desamparados se encuentra en el documento producido por la Lic. Isabel Martínez por solicitud mía. (5). Para llegar a este desideratum hay que preparar a los trabajadores de salud y a los voluntarios comprometidos en llevar a cabo las acciones preventivas, necesiándose la cooperación del personal especializado existente, para que trabajando y aprendiendo juntos se logre un proceso participativo y se mantenga, tanto la comunicación entre las personas localizadas en los diferentes niveles de prevención así como entre diferentes niveles de atención, vinculando directamente entre sí a los responsables para la marcha del proceso en los distintos niveles y aspectos. El Plan Nacional de Salud Mental se orienta a coordinar todos los recursos humanos existentes, en base a la formación de equipos interdisciplinarios que actuarán en forma de cascada. Para mantener el apoyo y la calidad científica es necesario que el nivel altamente especializado participe, y no que los programas mueran por falta de ese apoyo o degeneren perdiendo calidad tal y como ha sucedido en previos intentos. Tuvimos especial cuidado en no elaborar un plan excesivamente medicalizado o, peor aún, psiquiatrizado porque la intención es llegar a la auto-gestión y a la autoconducción de la propia comunidad de su problemática de Salud Mental, para

lo cual es imprescindible la coordinación de acciones desde las más generales, simples y abarcativas —promoción— hasta las más complejas y especializadas —rehabilitación—. La idea de integrar desde el nivel máximo de especialización (IV nivel) a los psiquiatras, psicólogos clínicos y demás profesionales en el campo asistencial se basa en que no se les puede marginar de la responsabilidad que han asumido al escoger esta especialidad dentro de sus diferentes profesiones. Porque marginarlos es facilitarles la falta de compromiso con toda la población y no solo con el pequeño número de privilegiados que tienen acceso a la consulta privada o aquellos que por la extramada gravedad de su cuadro reciben atención en los servicios públicos de salud. Tengamos en cuenta que entre estos dos grupos, el privilegiado que no alcanza un 5% de la población que necesita esta atención, y los enfermos con cuadros severos, que si reciben atención adecuada en el sector público, hay una gran población que supera el 80% de la necesidad real que no recibe ninguna orientación ni ayuda psicológica específicamente preventiva y que favorezca el desarrollo del individuo, aspecto que es especialmente contemplado en el Plan Nacional de Salud Mental, en base a la coordinación de esfuerzos entre todos los prestantes de los distintos niveles de atención.

A su vez, el Presidente Ejecutivo de la CCSS nos manifestó su opinión acerca de la falacia, para planeamiento, de la información estadística de la Institución sobre la demanda satisfecha de servicios, que es lo que dispone la Caja, y la necesidad de hacer una investigación en ese cantón de Desamparados para conocer la demanda real. Se coordinó con cierto número de entidades; Dirección General de Estadística y Censos, la Región Central de Salud, el Ministerio de Salud, el Instituto de Investigaciones Psicológicas y bajo la coordinación del Dr. Gonzalo Adís Castro, se llevó a cabo dicha investigación con miembros de la Comisión Técnica Integrada, y voluntarios locales. Ambas experiencias en Desamparados —el Plan Piloto y la Investigación llevada a cabo— muestran la obvia necesidad y la mayor eficiencia en la ejecución de programas con la existencia de una conducción del subsistema de Salud Mental, que esta vez fuera ejercida desde una Comisión Nacional Técnica e Integrada. Para marzo de 1986 fue entregado el Plan Nacional de Salud Mental ya con las revisiones hechas por el propio Señor Ministro de Salud, la Secretaría Ejecutiva de Planificación del Sector Salud, en las personas del Dr. Luis Asís Beirute y el Lic. Róger Prendas, así como la asesoría especial hecha por el Dr. René González Uzcátegui, asesor en Salud Mental para el continente, OPS/OMS. La propuesta para la conducción del subsistema de Salud Mental está basado en volver a dar vida al Consejo Nacional de Salud Mental (abolido por Decreto Ejecutivo en 1982), con una Secretaría Técnica y un Director Ejecutivo del 28 de julio de 1986 y a la fecha continúa estructurándose entre el Ministerio de Salud y la C.C.S.S.

VI. FASES DE INICIACION, EXPANSION Y UNIVERSALIZACION DEL SUBSISTEMA DE SALUD MENTAL PREVISTAS EN EL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

La estructuración del Plan Nacional de Salud Mental se presentará resumida en los siguientes cuadros, elaborados por la Lic. Isabel Martínez, Consultora OPS y un servidor (6), en que se expone cada acción en una cronología, que nos permitirá, en el área de Salud Mental, cumplir con el compromiso adquirido en Alma-Ata, de "Salud para todos en el año 2000". Tiene una total coordinación con las recomendaciones dadas por la Comisión de Salud Mental de la CCSS.

1. ESTRUCTURACION ARTICULAR DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

FASES:

FASE DE INICIACION DEL SISTEMA

(Primera fase o fase inmediata: seis meses plazo).

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA

(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años)

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA:

(Tercera fase, o fase a mediano plazo: cinco años).

ACCIONES:

Creación de un ente coordinador a nivel central para los servicios desde el nivel IV de atención hasta el nivel I. (Secretaría Técnica de Salud Mental, Ministerio de Salud-CCSS).

Participación de las Direcciones Regionales de la Caja y del Ministerio de Salud, como brazo ejecutor en cada región de la Secretaría Técnica de Salud Mental, a nivel central.

Desarrollar con otros Ministerios, instituciones autónomas o privadas que tengan relevancia en Salud Mental la ejecución de programas convergentes.

2. ORGANIZACION DEL PERSONAL DE SALUD MENTAL EN EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS:

FASES:

FASE DE INICIACION DEL SISTEMA

(Primera fase o fase inmediata: seis meses plazo).

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA

(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años).

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA

(Tercera fase, o fase a mediano plazo: cinco años)

ACCIONES:

Organizar al personal actual a nivel IV Y III en equipos interdisciplinarios de Salud Mental.

Comenzar la regionalización o distribución de los servicios por módulos de 100.000 habitantes.

Regionalización del H.N.P.

Integrar en la ejecución de acciones de Salud Mental al personal de Salud Mental de nivel III, II y I, en coordinación con los equipos interdisciplinarios de Salud Mental de nivel IV.

Promover y coordinar la participación de la comunidad para la creación de clubes socioterapéuticos, talleres protegidos y hogares transitorios.

Regionalización total de los servicios de salud Mental.

Los equipos interdisciplinarios cubrirán las necesidades del país atendiendo cada uno a una población de 50.000 habitantes en coordinación con los equipos especializados a nivel central ofreciendo apoyo a los programas gestionados y conducidos por cada comunidad.

3. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS INSTALADOS. DESCONCENTRACION DE LA ATENCION.

FASES:

ACCIONES

FASE DE INICIACION DEL SISTEMA

(Primera fase o fase inmediata: seis meses plazo).

Un 20% de las acciones de los equipos interdisciplinarios de nivel IV se realizarán en los niveles III y II de su área de atracción, como supervisión, apoyo y asesoría de los equipos locales.

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA

(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años)

Un 35% de las acciones de los equipos interdisciplinarios de nivel III y II serán desconcentrados directamente en la comunidad de su área de atracción, ya sea de asesoría a otros departamentos de la Caja o del Ministerio de Salud, o de otros Ministerios o Instituciones que desarrollen programas de Salud Mental sobre todo en el área de fomento y de prevención primaria.

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA:

(Tercera fase, o fase a mediano plazo: cinco años).

Los servicios de Salud Mental locales se resevarán la ejecución de programas de prevención secundaria y asesorar a la comunidad para la ejecución de programas de prevención primaria y para participación directa en programas de prevención terciaria.

4. SERVICIOS ESPECIALIZADOS.

FASE DE INICIACION DEL SISTEMA

(Primera fase o fase inmediata: seis meses plazo).

Utilización de los servicios de diagnóstico e intervención en crisis de los Hospitales: N1. Psiquiátrico, Calderón Guardia, Nacional de Niños.

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA

(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años)

Incorporar a los Hospitales Nacionales San Juan de Dios, México y Blanco Cervantes, dotándolos para cubrir las necesidades de su área de atracción directa.

Dotar de estos recursos a los Hospitales del área de atracción indirecta de los Hospitales Nacionales.

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA:

(Tercera fase o fase a mediano plazo: cinco años).

Extender los servicios de diagnóstico y de intervención en crisis para cada área de un equipo que atienda 50.000 habitantes.

5. CAPACITACION EN SERVICIO Y ESPECIALIZACION.

FASES:

ACCIONES:

FASE DE INICIACION DEL SISTEMA

(Primera fase o fase inmediata: seis meses plazo).

Talleres de sensibilización en Psiquiatría para trabajadores primarios de Salud.

Capacitación en Salud Mental a médicos generales interesados en integrarse a equipos de salud mental.

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA

(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años)

Talleres de comunicación interdisciplinaria para profesionales de la salud.

A los profesionales no especializados, por ejemplo, en-

fermeras, trabajadores sociales, psicólogos se les ofrezca la especialización en Salud Mental y Psiquiatría a partir del nivel III.

Talleres sobre actualización diagnóstica para personal especializado.

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA
(Tercera fase, o fase a mediano plazo: cinco años).

Talleres de comunicación interdisciplinaria para profesionales, por ejemplo, sociólogos, antropólogos, maestros, orientadores, profesores interesados en participar en programas de Salud Mental.

Talleres de información diagnóstica para otros profesionales.

6. FORMACION DE FUTUROS PROFESIONALES

FASES:

ACCIONES:

FASE DE INICIACION DEL SISTEMA:
(Primera fase o fase inmediata: seis meses plazo).

Negociar con las universidades y organismos encargados de la formación de personal, enfatizar en los programas los aspectos comunitarios, educación en salud mental y participación de la comunidad.

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA :
(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años)

Reorientar los programas de las Residencias de Psiquiatría y Psicología Clínica, con énfasis en Psiquiatría Social.

Formación de profesionales en Trabajo Social y en Enfermería con especialización en Salud Mental y Psiquiatría.

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA
(Tercera fase o fase a mediano plazo: cinco años).

Negociar con las Universidades y organismos encargados de la formación de profesionales del área de educación y ciencias sociales la integración de técnicas favorecedoras de la "autoconducción" individual y grupal.

7. INVESTIGACION

FASES:

ACCIONES:

FASE DE INICIACION DEL SISTEMA:
(Primera fase, o fase inmediata: seis meses plazo).

Organizar la Investigación para realizar el diagnóstico de la Salud Mental de la población de Costa Rica.

Integrar las distintas instituciones que se dedican a la investigación en el área de Salud Mental para una tarea convergente.

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA :
(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años).

Seleccionar las áreas prioritarias para comenzar la colecta de datos para la elaboración del diagnóstico.

Iniciar y fomentar las investigaciones especializadas sobre metodología, técnicas diagnósticas y de abordaje grupal de la problemática de la Salud Mental, con énfasis en universalidad de su aplicación, economía y confiabilidad de los resultados.

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA:

(Tercera fase, o fase a mediano plazo: cinco años).

Actualización continua del diagnóstico. Contar con la colaboración de los servicios instalados para establecer "grupos de control" y poder probar la efectividad de las técnicas investigadas.

Desarrollar nuevas estrategias.

8. INFORMACION Y EVALUACION.**FASES:****ACCIONES:****FASE DE INICIACION DEL SISTEMA**

(Primera fase o fase inmediata: seis meses plazo).

Establecer las bases para contar con un sistema de información y evaluación de los programas de Salud Mental que se desarrollen.

FASE DE EXPANSION DEL SISTEMA

(Segunda fase o fase a corto plazo: dos años).

Establecer un sistema de retroalimentación información a todos los niveles, incluyendo usuarios, prestantes y autores de las decisiones.

Utilizar la información obtenida para elaborar nuevos programas y su evaluación.

FASE DE UNIVERSALIZACION DEL SISTEMA.

(Tercera fase o fase a mediano plazo: cinco años).

Utilizar el sistema de información y evaluación para identificar áreas donde sea necesario hacer nuevas investigaciones.

VII CONCLUSIONES

Finalmente, yo quisiera compartir con ustedes una inquietud: formular un Plan Nacional de salud Mental significa estructurar un conjunto de factores que intervienen para lograr una acción capaz de "modificar la realidad" en este caso favorecer la Salud Mental de los Costarricenses. Para esto se necesita:

1. Personas capaces y comprometidas en la tarea.
2. Definir el quehacer.
3. Señalar los límites y el alcance de la acción a encarar.
4. Una fundamentación teórica, o un cuerpo de conceptos que estructuren la práctica.
5. Recursos técnicos.
6. Voluntad política para respaldar la acción concreta a realizar.
Suficiente visión para implementar cambios indispensables, urgentes, necesarios, convenientes, enriquecedores, multiplicadores, económicos, factibles.
7. Contar con los recursos disponibles, partiendo de la realidad actual de Costa Rica, y sentido común para trabajar con los pies en la tierra y elegir los CAMBIOS REALIZABLES.
8. Esfuerzo de un grupo humano numeroso para trabajar con metas compartidas.
9. Movilizar a toda la población, que son los beneficiados inmediatos, para una participación consciente en el proceso.
- 10.

Tengamos presente que hablamos de un Plan Nacional

entonces hay que cubrir las necesidades de TODO EL PAIS.

También quiero compartir con ustedes las grandes líneas estratégicas con las cuales la Comisión Nacional Técnica Integrada elaboró el Plan Nacional:

1. Decidimos centrar nuestra propuesta en las PERSONAS, por la profunda convicción de que lo importante son las personas, ya sea como PRESTANTES de los servicios o como USUARIOS.
2. Movilizar personas para la participación implica lograr una comunicación fluida entre los distintos niveles de prestación de servicios, desde los altamente especializados en la cúspide de la pirámide asistencial hasta los servicios más generales de la base de la pirámide.
3. Establecido un sistema de comunicación fluida entre todos los niveles de atención se pasa a elaborar programas que impliquen participación activa y responsabilidad compartida entre los distintos profesionales involucrados en el proceso y la comunidad con la cual se está trabajando.
4. Para lograr esto se hace indispensable organizar al personal en equipos interdisciplinarios.
5. Contar con un ente, coordinador central – Secretaría Técnica de Salud Mental para poner en marcha el proceso que se resume en el cuadro 5.

El plan que elaboramos no corresponde estrictamente a una estructura Organizativa de tipo vertical ni tampoco es de tipo horizontal, por carecer los recursos humanos existentes de una suficiente formación en Salud

Mental para ejecutar los programas específicos preventivos en las comunidades propiamente dichas. Diremos, con el Dr. René González, cuando nos asesoró a petición del Sr. Ministro, que definió las estructuras presentada como muy original y de tipo oblicuo con una tendencia en el tiempo a horizontalizarse, por lo cual el ente coordinador central dejará de ser necesario en un futuro no muy lejano, al regionalizarse y localizarse las acciones preventivas en Salud Mental en cada comunidad. El plan ofrece un nuevo modelo de práctica y no se queda solo en una construcción teórica, que no lograría para nada modificar la realidad. Somos conscientes, de las dificultades que implica intentar "movilizar personas" para un cambio y lograr fluidez en la comunicación entre los prestantes de los distintos niveles, sumado a esto, contar con la voluntad política que se hace imprescindible para iniciar y continuar un proceso como este. Pero así como, les decía, somos conscientes de las dificultades, también somos conscientes, los que trabajamos en el campo de la salud, y en especial de la salud mental, de la urgente necesidad que padece no solo Costa Rica, sino todos los países de hacer cambios en el sentido de la medicina preventiva, para que las intervenciones en el campo de la salud mental no tengan más como principal y único objetivo ponerle fin a los disfuncionamientos patológicos, sino el de desarrollar las potencialidades del sujeto e intensificar su funcionamiento "normal". En conclusión, para llegar al año 2000 con "Salud para todos" debemos reemplazar el modelo de reparación (medicina curativa) por un modelo de crecimiento de la persona (medicina preventiva).

CUADRO 1.

Rectificaciones más urgentes:

1. Unificación de la conducción del subsistema de Salud Mental.
2. Prioridad de la dimensión educativa y preventiva.
3. Adecuación de la capacitación del personal:
 - a. Educación del personal de atención primaria en Salud Mental y prevención.
 - b. Complementar la capacitación de personal profesional de Salud en Salud Mental.
 - c. Modificación de programas de formación del personal profesional especializado íntimamente ligado a la Salud Mental.
4. Educación a la comunidad en esta área y según sus capacidades y necesidades.

CUADRO 2

Políticas Propuestas en Salud Mental

A nivel mundial, para América Latina, para la subregión centroamericana y nacional:

1. Formalizar estructura orgánico-funcional de Salud Mental.

2. Sistematización enlaces organizacionales inter e intra institucional en todos los niveles de atención.
3. Modelo de desconcentración de acuerdo con la regionalización nacional del Sector Salud.
4. Educación permanente y formación de personal profesional en Salud Mental idóneas a estas políticas.
5. Plan de acción para el desarrollo de programas y actividades, según la naturaleza de los niveles de atención, los recursos humanos, recursos de apoyo con énfasis en la participación comunitaria.
6. Hospitales, psiquiátricos: centro de la atención de la enfermedad mental, íntimamente coordinados con acciones de promoción, prevención y rehabilitación en Hospitales Generales, consultas externas y la Comunidad.
7. Hospitales Generales: diagnóstico, intervención en crisis y costo estancia.
8. Creación de Hospitales diurnos, albergues, talleres protegidos con apoyo comunitario.
9. Programas específicos para la población en riesgo.
10. Investigación permanente en Salud Mental.

CUADRO 3

Diagnóstico de la Situación:

1. Análisis de la situación nacional en los programas de Salud Mental.

Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial, enero 1979.
2. Comentarios al análisis de la situación nacional en los programas de Salud Mental.

Dr. Alvaro Gallegos, Julio 1984.
Coordinador Nacional de Salud Mental.
3. Análisis sobre la prestación de algunos servicios de hospitalización en trastornos mentales.
Dr. Luis Asís Beirute, Noviembre 1984.
Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial de Salud.
4. Hacia un plan integrado de Salud Mental para Costa Rica.
Lic. Isabel Martínez, enero 1985
Capítulo II
5. Informe preliminar: Recomendaciones para la atención integral de salud Mental en la Caja Costarricense de Seguro Social. Comisión de Salud Mental.

C.C.S.S., junio 1985. Capítulo IV.

NOTA: Múltiples estudios anteriores: Dres. Gonzalo Adis, Rodrigo Carballo, Alvaro Gallegos, el Sr. Doug Reed y Lic. Hugo Míguez en Alcoholismo y abuso de drogas.

CUADRO 4

Principios Básicos en las Estrategias de Salud

- A. La prestación de Salud debe ser para toda la población, sin distinción de ningún tipo.
- B. Es urgente contener el alto costo de la atención en Salud, de acuerdo a la Capacidad nacional de pago.
- C. La atención de la Salud debe ser integral (promoción-prevenición, tratamiento de enfermedades, rehabilitación e investigación).
- D. La integración de los servicios de prevención con los de curación y rehabilitación debe ser deseable.
- E. Promover la salud y prevenir las enfermedades deben ser las prioridades nº. 1.
- F. Se debe dar la atención ambulatoria preferentemente, dentro del sistema.
- G. La participación de la comunidad es fundamental para el éxito de cualquier programa de salud.
- H. Se deberá intentar una distribución más equitativa de los recursos nacionales en salud, de manera que proporcionalmente la atención primaria de la Salud cuente con presupuesto suficiente para lograr una cobertura total.

CUADRO 5

Propuesta para Elaborar el Plan:

- A. Centrado en las personas (prestantes y usuarios).
- B. Especial énfasis en establecer canales de comunicación fluidos.

- C. Participación activa y responsabilidad compartida entre los profesionales de los diferentes niveles de atención y la comunidad involucrados en el proceso.
- D. Organización del personal de salud en equipos interdisciplinarios integrales con acciones en Salud Mental.
- E. Contar con un ente coordinador a nivel nacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Castel, Robert. *Nouveaux Concepts en Santé Mentale*. Soc. Sci. Med. Vol.22 Nº. pp. 161 - 171. 1986. Pergamon Press.
2. Comisión Nacional Técnica Integrada de Salud Mental. "Plan Nacional de Salud Mental". Mimeografiado. San José, Costa Rica, 1986.
3. Jaramillo Antillón, Dr. Juan. "Los Problemas de Salud en Costa Rica". Página 5, 1984.
4. Martínez, Lic. Isabel A. Hacia un plan Integrado de Salud Mental para Costa Rica. Consultoría OPS - Archivos OPS y Ministerio. Documento de enero de 1985.
5. Martínez, Lic. Isabel A. Propuesta de modelo de servicio de Salud Mental. Centrado en la Comunidad - Consultoría OPS/OMS. Archivo OPS. Documento mayo 1986.
6. Martínez, Lic. Isabel A.; Gallegos, Dr. Alvaro. Correlación entre "Recomendaciones para la atención integral de Salud Mental en la C.C.S.S. y el Plan Nacional de Salud Mental". Mimeografiado - Agosto 1986.
7. Matilla Gómez, Dr. Valentín. *Tratado de Higiene y Sanidad*. Editorial Saber. Valencia, 1952. Página 1 a 11.
8. Organización Mundial de la Salud "Salud para todos en el año 2000 - Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales - Documento oficial Nº 179, 1982. Salud Mental Pág. 28 y 29.