

REESTRUCTURACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN AMERICA LATINA: CONTEXTO, PROBLEMAS Y DESAFIOS FUTUROS

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 78-82

*Dr. Reinaldo Bustos**

I. EL CONTEXTO

La situación de salud en el continente latinoamericano ha experimentado cambios notables en las dos últimas décadas. Las tasas de mortalidad y morbilidad promedio han mejorado a niveles comparables a países desarrollados en algunas regiones del continente, pero estas cifras ocultan desigualdades y brechas muy significativas entre países y al interior de los mismos, separando cada día más las diferencias sociales y económicas en lo que dice relación a la salud, la enfermedad y la muerte.¹ Esta situación es, en parte, consecuencia de los acelerados y profundos cambios estructurales ocurridos en los campos demográfico, económico, cultural y social en el continente. Los cambios demográficos han modificado el paisaje epidemiológico de la región: en la mayoría de los países aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas, las patologías emergentes, como el SIDA, y los trastornos psicosociales, y en otros, todavía persisten las patologías vinculadas a la miseria y a las deficiencias sanitarias, tales como la desnutrición y las enfermedades infecciosas.

Los sistemas de salud de los países del continente, disminuidos en su capacidad operativa por

reducciones del gasto fiscal en salud, propios de las necesidades de ajuste de sus economías internas, se ven en los hechos incapaces de otorgar prestaciones en salud con una cobertura adecuada y suficiente. Esta cobertura insuficiente se agudiza aún más, frente al envejecimiento poblacional que solicita más y nuevos servicios, y al aumento de la demanda de poblaciones más exigentes y conscientes de sus derechos. A su vez, las diferencias socioeconómicas, expresadas en ingresos per cápita y redistribución de ingresos, son cada vez más inequitativas, determinando una inequidad epidemiológica que se hace ostensible en las diferencias de los estados sanitarios de poblaciones ricas y pobres, donde los pobres sufren al unísono las patologías propias de la pobreza y, a la vez, aquellas propias del desarrollo, tales como las cardiovasculares, la obesidad, las consecuencias de los accidentes del tránsito, de la violencia urbana y de los trastornos psicosociales.

II. LOS PROBLEMAS

La salud mental, como parte sustantiva de la salud y el bienestar de la comunidad, en el con-

* Psiquiatra, Master en Sociología, Doctor en Salud Pública (Universidad Católica de Lovaina).

¹ A.L. presenta una clara estratificación de la población en relación a los servicios de salud. Básicamente existe un Sistema Público financiado por rentas generales, destinado a suministrar los servicios preventivos y mediocres servicios curativos para la población general, en tanto que los cuadros directivos y empleados del Estado, obreros de sectores industriales o de comunicaciones más modernas están protegidos por un sistema único (México, Costa Rica) o múltiple (Argentina). Chile representa una situación especial, donde el 70% de la población cotiza en el sistema público y el 30% restante en un modelo privado, las Isapre, opción que para A.L. recomiendan el F.M.I. y el Banco Mundial. Por el contrario, Cuba y Nicaragua representan el modelo socialista, con un Sistema Nacional de Salud, desarrollado con éxito y gran penetración geográfica y cultural.

texto anterior, ha tenido una consideración marginal, sólo revertida muy parcialmente en los últimos años. Entre los factores que podrían explicar tan pobre desarrollo de la salud mental en el continente, está el énfasis de la salud pública en el control y eliminación de las enfermedades infecciosas. Otro factor importante se encuentra en los orígenes de la psiquiatría y el manejo asilar de los sujetos que padecen de trastornos mentales, mostrada con excelencia por Michel Foucault, quien nos recuerda con singular agudeza cómo una sociedad como la nuestra ha desarrollado ese especial prurito por intervenir sobre los locos, esclareciendo las condiciones de aparición de un discurso sobre la locura cuyas raíces se encontrarían en el Renacimiento y que dio lugar a un proyecto utópico-filantropico de gestión de la locura, conocido como tratamiento moral. Interesante es constatar aquí que los modelos de gestión clínico-médica de la locura están en directa relación con la expansión del Estado liberal-capitalista y que, cuando el número de personas susceptibles de internamientos se incrementó y un porcentaje mayoritario de los alienados se mostró incurable, el modelo moral mostró sus límites, dando paso a un internamiento cuyo único significado fue la reclusión y exclusión en preservación del orden social. Se hace evidente así que el principal interés no fuera la curación sino la objetivación del enfermo con fines de observación clínica y aprendizaje. Este modelo europeo de gestión de la locura perdura todavía hoy en mayor o menor medida en muchas regiones de América Latina. La prioridad dada a las enfermedades infecciosas y este modelo de gestión de la locura nos hacen pensar que la diferencia que separa al enfermo mental del común de los mortales en la actualidad es que el rechazo al cual el primero es expuesto, en el mejor de los casos ha dado origen a la piedad y su reclusión y exclusión, sólo produce indiferencia.

A los factores históricos que explican la indiferencia social y política para con la locura, debemos agregar otro tipo de problemas que hacen de la salud mental un tema complejo de abordar en la

actualidad. Primero, los acelerados cambios operados en el continente, expresados en un ingente aumento de las patologías psiquiátricas que requieren atención, atención que se ve imposibilitada por las carencias de personal especializado, a menudo concentrado en las grandes ciudades y por ende mal distribuidos, y las insuficiencias de plazas de acogida en los hospitales,^{2,3} dando como resultado final que más del 50% de las personas que requieren atención especializada no pueda tener acceso a los servicios de salud mental.⁴ Segundo, estas falencias se ven agravadas por el reconocimiento cada vez más importante de problemas psicosociales como la violencia intrafamiliar y las secuelas de la violencia política en el continente. Pero contrariamente a lo anterior, ciertos fenómenos actuales en Latinoamérica, como la función subsidiaria de ciertas políticas públicas, entre ellas la de la salud, sólo acuerda una parte ínfima del gasto en salud a la atención, la capacitación y rehabilitación de los sujetos afectados, lo que tiene relación con las dificultades de integración de un grupo social tan vulnerable. ¿No revela esto la incapacidad colectiva y de las organizaciones sociales que componen el cuerpo social de asumir la responsabilidad, que por ser más relacionales que materiales, no son menos esenciales? Para los enfermos mentales, ese riesgo de desresponsabilización social es mucho mayor que para los discapacitados físicos, por ej.: en tanto la sociedad –históricamente– ha delegado la gestión de esos casos en un grupo profesional, y bajo las limitaciones físicas ejercidas en los asilos. A la iniciativa de la reestructuración estructural de la asistencia es necesario agregar, entonces, el necesario diálogo entre la opinión pública, la economía y la política, y entre aquellos que conocen y comparten la existencia, a menudo trágica de los enfermos mentales. Se deben discutir, teniendo como trasfondo la realidad de nuestras contradicciones sociales, las dificultades de esta integración en la comunidad de individuos que en algunos casos han vivido toda una vida de alienados, y que pueden ser proyectados a un medio social competitivo y contradictorio, sin que exista la concertación ade-

² A modo de ilustración, en A.L. existen más o menos 10.000 psiquiatras y 500 centros hospitalarios, insuficientes para una población actual de 426 millones de personas. La necesidad de plazas psiquiátricas oscila entre 1 y 1,5 por 1.000 personas de acuerdo a recomendaciones de la O.P.S., en circunstancias que sólo algunos países como Argentina y Uruguay se acercan a estos requerimientos. Chile sólo cuenta con 0,32 camas psiquiátricas por 1.000 habitantes.

³ Cf. Actes de la Conférence: "Desafíos en salud mental y atención psiquiátrica", Ministerio de Salud de Chile, OPS-Cooperación Italiana, Santiago de Chile, 1992.

⁴ Cf. Artículos seleccionados de epidemiología psiquiátrica en América Latina, en Revista "Acta Psiquiátrica y Psicológica Latinoamericana", 1980-1995 y también "Revista de Psiquiatría" año 11, vol. 4, oct.-dic. 1994. Tema monográfico "Epidemiología psiquiátrica".

cuada entre las instituciones y el resto de la población, concertación social a la altura del proyecto y de las grandes necesidades para la integración social de los enfermos mentales. Es irresponsable de parte de la comunidad abrir las puertas de los hospitales psiquiátricos, si todas las puertas de la sociedad permanecen en realidad cerradas. La integración, la socialización, el respeto, se inscribe en actos sociales y no en simples peticiones de principios. Las acciones concretas de aceptación e integración son las únicas productoras de sentido y de dignidad para estas personas.

Las iniciativas asumidas a partir de la Declaración de Caracas⁵ y el estímulo al reforzamiento y reorientación de las políticas de salud mental en el continente son recientes. El propósito de modernizar y humanizar la asistencia psiquiátrica y avanzar en los aspectos programáticos de su implementación requieren de la convergencia de muchas voluntades: la responsabilidad de los profesionales de la salud mental es ir creando los "puentes" con los legisladores y políticos que toman las decisiones. Lamentablemente esta relación no es manifiesta ni evidente en ningún país latinoamericano, salvo casos puntuales. La discusión en materias sanitarias de la población está centrada en torno a las reformas de la salud, en los aspectos financieros y de provisión de servicios y no dicen relación con objetivos específicos de salud pública donde el problema de salud mental reconoce un lugar preferencial.⁶ La consideración de los factores culturales psicosociales involucrados, especialmente en la génesis de los trastornos mentales, es generalmente ignorada, como lo reconocen los expertos⁷ encargados de la Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en AL, cuando dicen que "la salud mental no ha estado presente de manera clara y definida ni en los fundamentos teóricos ni en los aspectos operativos del proceso". Lo mismo se refleja en la evaluación general de los logros y obstáculos de dicha iniciativa de Caracas, que se caracterizó por un optimismo y convencimiento de que la atención psiquiátrica en el continente podría ser incuestionablemente me-

yor tanto desde el punto de vista científico-técnico como humano. A seis años de ella, la evaluación no es completa porque no ha contado con metas explícitas y los alcances son dispares dependiendo de las diferentes condiciones existentes en los diversos países, con esfuerzos en relación a la rehabilitación psicosocial sólo en fase naciente, con avances concretos a nivel de mejoras de estructura física en los hospitales psiquiátricos en el sentido de eliminar celdas y otros sitios de confinamiento y mejoras en la alimentación y el vestido; constatando asimismo que el hospital psiquiátrico como institución cerrada, impermeable a la comunidad, de baja productividad de servicios y poca efectividad, persiste en la región.

Como se puede apreciar, la evaluación de la iniciativa es positiva, pero los avances son todavía muy precarios.⁸

III. LOS DESAFÍOS

La evaluación de la Declaración de Caracas reafirma los avances logrados en su implementación y reconoce los principales obstáculos encontrados, haciendo recomendaciones para una segunda etapa de trabajo. Estas recomendaciones están dirigidas a la O.P.S. y a los Gobiernos, Ministerios de Salud y Departamentos de Salud Mental del continente, a fin de conferir a la atención en salud mental un carácter más integral, subrayando su contribución a la salud de las poblaciones. Sin embargo, estas recomendaciones generales no se hacen cargo de variados problemas y desafíos de la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica, que reconocen una amplia experiencia en algunos países desarrollados donde se han realizado procesos de desinstitucionalización.

Uno de los aspectos —desde nuestra perspectiva profesional—, que constituye un desafío a considerar en el proceso de desinstitucionalización de los enfermos mentales, es la congruencia o incongruencia de los modelos de reinserción social propuestos desde la teoría psiquiátrica⁹ y la aceptación y formas de representación de los propios individuos

⁵ OPS, 1991.

⁶ Cf. Reunión d'évaluation de l'initiative pour la restructuration de l'attention psychiatrique en Amérique Latine, Panama, juin 1996.

⁷ Cf. Teruel, J.R.; de Rivera, A.M.; Casas, A. "La Reforma del Sector Salud" en "Reunión de Evaluación de la IPRAPAL", Panamá, junio 1996.

⁸ Cf. Levav, Y. "Informe preliminar" en Reunión de Evaluación..., *ibid*.

⁹ Cf. Goffman, E. "Internados", De Amorrotu, Buenos Aires, 1970 y también Bustos, R. "Analyse de la médecine moderne à partir de la notion de sacrifice", cap. II, thèse de doctorat en Santé publique, U. Catholique de Louvain, Bruxelles, 1993.

afectados, es decir, de las maneras como los propios sujetos se representan el medio y los procedimientos del proceso de reinserción. Generalmente el proceso de reinserción implica para los sujetos comprometidos trabajar en un taller protegido, ser controlados regularmente en el hospital o el consultorio y compartir con sus antiguos compañeros de hospital. El rechazo a esta forma de reinserción habitual es frecuente en nuestro medio, especialmente en aquellos pacientes cuya estabilización ha sido más permanente en el tiempo, y han adquirido una mayor conciencia crítica con un nivel educacional más alto. El sentimiento de "exclusión", de ser identificados a una forma patológica de existencia que no reconocen, el ser exigidos a comportamientos normomorfos y reducidos a una interacción con miembros de la familia donde carecen de vínculos interpersonales fuertes y recíprocos, son generalmente factores que facilitan las recaídas. Algunos autores, entre ellos nosotros,¹⁰ han demostrado que para los individuos en procesos de reinserción, son tan desestabilizantes las críticas y los sentimientos contradictorios como las expresiones y emociones positivas, siendo por lo tanto necesario una toma de distancia tanto de la familia como de los grupos de pares, para la búsqueda de un modo de inserción particular. La investigación socioantropológica sería un aporte considerable para revelar las múltiples formas de aproximación al mundo externo para individuos cuya riqueza personal y medios propios son a menudo reducidos a un conjunto de síntomas y procesos estereotipados y mecánicos de reinserción.

Si bien es cierto que la farmacología ha puesto en manos de la psiquiatría medicamentos eficaces, transformando el clima físico y relacional en las instituciones psiquiátricas —reduciendo significativamente la violencia de comportamientos y delirios— constituyendo una verdadera revolución terapéutica, no es menos cierto que una revolución mucho más profunda ha sido lo que ella ha permitido: la emergencia del sujeto pensante, deseante, sufriente; sujeto al que es necesario escuchar y comprender, un sujeto distinto al anterior, recluido en una institución totalitaria que asumía todos los aspectos de su vida y respondía a todas sus necesidades, considerado sólo en su estereotipia comportamental o en su vociferación

delirante, doblemente alienado en su psicosis y en la institución que lo cobijaba.¹¹ Para escuchar al paciente no basta que la institución se convierta en una microsociedad, que instaure un simulacro terapéutico reproduciendo en su seno estructuras análogas a las instituciones del medio social, para que los pacientes ensayen conductas y comportamientos "sanos", haciendo el "impasse" del sufrimiento del paciente y los procesos psicopatológicos que lo han generado. La observación y el análisis de este proceso ha mostrado el rol esencial de la enfermedad mental en el fenómeno de la cronicidad. En otras palabras, la psicosis no es una manifestación que no tenga efectos sobre la institución y los terapeutas. Las inhibiciones y repeticiones defensivas en los equipos terapéuticos terminan por cerrar las posibilidades de un verdadero diálogo terapéutico, "sacrificando" la subjetividad del paciente y reforzando su alienación.¹² Por lo tanto, otro desafío en la reestructuración de la asistencia psiquiátrica debe ser conducido en el sentido de crear los dispositivos terapéuticos que favorezcan la restauración de los procesos de pensamiento y de vinculación social de nuestros pacientes, que favorezcan la diferenciación y la verdadera autonomía. Lo importante es reiterar que los pacientes aparentemente estabilizados y desinstitucionalizados no pueden salir a la calle —como ha ocurrido en muchos lugares— sin ningún proyecto, ni terapéutico ni social.

Otro desafío en este proceso de desinstitucionalización de los enfermos mentales es el de señalar con claridad las fases de cuidados, de reinserción, de acción sanitaria y de acción social, situación que a menudo ha sido insuficientemente asumida en nuestras realidades latinoamericanas. En este sentido, el proceso de reducción de camas o plazas para institucionalización, por ejemplo, debe ser un proceso planificado de acuerdo a la realidad epidemiológica, para no caer en la situación absurda de no contar con ellas en circunstancias de que existe un número significativo de pacientes con psicopatologías graves que necesitan una estadía prolongada en el hospital de tal forma de estabilizarse suficientemente para salir a hospitales diurnos o centros de ayuda psicosocial. En otros casos, es necesaria la suficiente flexibilidad para que los individuos puedan retornar al hospi-

¹⁰ Cf. Dittborn, J., Bustos, R. "Psicoterapia de orientación analítica en pacientes psicóticos: una experiencia de tres años", *Revista de Terapia Psicológica*, Año 1, Nº 2, 1986.

¹¹ Cf. Bustos, R., *Thèse de doctorat... ibid.*

¹² Cf. Dittborn, J., Bustos, R. *ibid.*

tal, si la persistencia de síntomas y la intolerancia del medio, reforzada por la representación social de la locura —que, como todos sabemos, evoluciona más lentamente que las teorías—, lo hace necesario. A menudo hemos visto en nuestra experiencia clínica que pacientes aparentemente bien preparados para salir a la comunidad, sufren de recaídas frecuentes. La explicación a este fenómeno la encontramos en el hecho de que el modelo terapéutico que se ha propuesto con generalidad en nuestra realidad, siguiendo directrices conductistas, asume sólo una forma pedagógica de aprendizaje de comportamientos sanos, pero como mera copia de conductas ajenas, donde las cuestiones del sujeto y de sentido son ignoradas; la referencia permanente a la clínica y a la psicopatología es otra modalidad de trabajo que recuerda la condición de infantilismo a la cual se ha condenado por años a los pacientes psiquiátricos, impidiéndoles en los hechos asumir paulatinamente su vida cotidiana, cultivarse y reintegrarse a una vida profesional y afectiva.

La experiencia de trabajo con pacientes psicóticos en el seno de la comunidad muestra frecuentemente el rechazo de su parte a los esquemas terapéuticos propuestos. Ellos cuestionan la ergoterapia o toda forma terapéutica que no implique una alternativa de reconquista de su libertad, de favorecer el desarrollo de su creatividad personal o de reencontrar su identidad social. Tales pacientes nos enseñan —con mucha lucidez— que su búsqueda requiere de los equipos comunitarios, una gran exigencia ética y de respeto personal en el curso de su tratamiento, a la vez que mayor creatividad para escapar a la medicalización y a la infantilización, propios de un abordaje objetivamente y mecánico, que privilegia más la lucha contra la enfermedad que la promoción de la salud mental como criterio básico de los programas de rehabilitación. El desafío que esto implica concierne lógicamente la participación activa de la investigación y formación por parte de las universidades y los centros formadores de especialistas en salud mental y, asimismo, el creativo aporte de las familias y la comunidad.

Existe poca discusión en América Latina sobre los aspectos integrados de un proceso de rehabilitación e inserción social. A menudo se confunden las etapas y las responsabilidades. La comunidad no se encuentra preparada para recibir y participar en el proceso por la primacía de las

visiones técnicas sobre las profanas. Más aún, existe un gran divorcio entre los cuidados psicopsiquiátricos que tienden a monopolizar el proceso con una óptica paternal y los cuidados prodigados por los equipos comunitarios, que a menudo asume un rol de subordinación que no se complementa e integra al equipo de cuidados. Finalmente, se fracasa en ofrecer al individuo enfermo en vías de integración soportes sólidos, realistas, diferenciados para que se reconstruya una integración a un mundo “cotidiano” donde debe permanecer el sujeto. Existen todavía muchas interrogantes acerca del cómo posibilitar una integración más adecuada para facilitar este proceso. Si las dificultades de participación social en América Latina son muy importantes en todo lo que significa definiciones políticas en materias de salud, lo es más todavía en todos aquellos campos donde perduran representaciones confusas, prejuicios, en fin, donde es necesario un cambio importante de mentalidades y prácticas, costosas en tiempo, necesidades de formación y disposiciones de acogida.¹³

Más difícil aún es el proceso de reinserción laboral. El paciente mental se encuentra en condición de precariedad en función de su patología que hace difícil su integración a equipos de trabajo, constreñidos por la exigencia de productividad y rentabilidad laboral, lo que los lleva a conductas de encubrimiento de su enfermedad que desembocan en disminución de rendimiento, desconcentración en sus tareas laborales y finalmente en fracaso en su inserción. ¿No habría que generar una alianza con empleadores y con los poderes públicos a fin de garantizar el desarrollo de un itinerario de inserción donde los individuos con discapacidades psíquicas puedan encontrar una posibilidad verdadera de ver salvaguardados sus derechos a una vida digna, rompiendo con la ley de lo rentable y de lo inmediato?

En fin, como los desafíos anteriores, obviamente hay muchos otros que tienen el propósito de acompañar el duro recorrido para todas aquellas personas afectadas de algún trastorno mental, cuya integración o socialización no se inscriben meramente en peticiones de principio, sino en verdaderos actos y compromisos, únicos productores de dignidad y de respeto, exigencia ética fundamental para todos aquellos que tienen conciencia cabal de la profundidad de los desafíos en el campo de los derechos humanos y la salud mental.

¹³ Piénsese, por ejemplo, en lo difícil de convencer a los empresarios para que acepten en sus fábricas o empresas ex-pacientes psiquiátricos.