

Entrevista al Dr. Humberto Casarotti. Continuando el intercambio sobre la legislación en Salud Mental

Proyecto de ley presentado por el Poder Ejecutivo al Parlamento (14/12/2015)

Aspectos de salud mental

¿Qué entiende qué se busca legislar con este proyecto de ley?

En primer lugar, quiero agradecer a la Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay esta entrevista para conocer mi opinión sobre ese proyecto de ley y segundo, decirle que lo que hablemos complementa lo que he publicado anteriormente sobre estos problemas.*, **

Con este proyecto, como lo dice su título, se busca legislar sobre la «salud mental». Esta es una expresión que habitualmente es utilizada, y así sucede en nuestro medio académico, de modo impreciso. Por eso cuando se busca legislar en salud mental me parece que lo primero es tener claro qué realidades «se esconden», podríamos decir, en esa denominación. A medida que se avanza en el tema se vuelve evidente que con «salud mental» se hace referencia a dos realidades diferentes: por un lado, a la salud mental de no padecer una enfermedad mental y por otro, a la salud mental llamada «positiva». Esta última como «promoción de salud mental» es un concepto no definible con precisión y con el que se describe un estado de bienestar psicológico de características positivas.

En relación con la organización de la asistencia psiquiátrica hemos asistido a lo largo de los años (más de 50, desde la venida de P. Chanoit en 1963 y el informe que hizo sobre este tema) a una referencia continua a la calidad cuestionable de esa atención en nuestro país. Muchos de esos problemas se han ido corrigiendo, pero desde finales de los 90 se ha vuelto un lugar común el sostener

que en la asistencia psiquiátrica se vulneran los derechos personales de los pacientes. Y afirmando que esto es una «crisis» que debe ser encarada, quienes piensan eso, teniendo buenas intenciones, en lugar de analizar cuidadosamente la experiencia real de lo que tiene lugar en el «área de salud mental», responden con ideas enteramente hechas. Y así, respondiendo con prejuicios, entienden que la solución de la «crisis» de que hablan está en cambiar la legislación. Si se quiere legislar seriamente sobre «salud mental» y no responder solo con prejuicios es necesario tener presente los diferentes objetivos que esas dos realidades implican.

Cuando en 1936 se estableció la Ley 9581 para regular la asistencia de los pacientes psiquiátricos, su objetivo era entonces solamente ese y los aspectos de promoción de salud mental no eran considerados. En aquel tiempo, la atención de la patología mental menor (algunas neurosis y los trastornos de carácter) se realizaba en el consultorio y la atención de las formas severas (demencias, psicosis agudas y crónicas), en medio hospitalario. Y lo que se legisló fueron los procedimientos a seguir para «internar» a un paciente sin su consentimiento y al hacerlo proteger sus derechos y su seguridad y también los de los demás (posibilidad de auto y heteroagresión). Como la ley fue promulgada en la época preterapéutica, en la medida en que esta rama de la medicina fue siendo eficaz el tratamiento involuntario pasó a ser aplicado solo excepcionalmente y de hecho se volvió superflua. El proyecto actual, en cambio, encara tanto la asistencia como la salud mental «positiva» como promoción de salud mental.

* Casarotti H, Pereira T. Ley 9581 de «Asistencia de psicópatas» de 1936: reflexiones para un anteproyecto de ley. Rev Psiquiatr Urug 2000; 64(2):256-285.

** Casarotti H. Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. Rev Psiquiatr Urug 2015; 79(2):137-151.

Correspondencia:
Presidente Berro 2531
CP 11600 - Montevideo
humberto.casarotti@gmail.com
www.henriey.com

Por salud mental «positiva» se entiende un estado de bienestar psíquico que es definido por atributos positivos como lo hace el artículo 2 del proyecto. Un estado que es el resultado, por un lado, de vivir en contextos sociopolíticos de libertad y seguridad, en convivencia armónica y en condiciones familiares, laborales, económicas, etc., tales que hagan posible una «vida digna». Y que, por otro, es el resultado de la ayuda que una persona puede recibir para encarar los problemas y conflictos que implican el desarrollo personal y la vida de relación. O sea que la salud mental «positiva» definida de ese modo genérico no es una cuestión médica, sino sociopolítica y que depende de cómo la sociedad resuelve los contextos y las condiciones de vida y también de las acciones psicológicas, sociales, educativas, religiosas, etc., que ayuden en el desarrollo personal. En ese sentido, la mayor parte de las llamadas «psicoterapias» no lo son estrictamente, porque en realidad encaran este segundo objetivo que —como se ve— no tiene que ver con la enfermedad mental, sino con los conflictos existenciales (conflictos que, confundiendo mucho las cosas, han sido llamados «psicopatología de la vida cotidiana»). Estos conflictos existenciales, lo mismo que las condiciones de vida (vivienda, trabajo, educación, etc.), abarcan de hecho al 100 % de la población (con especial énfasis en los pacientes con alteraciones mentales) y la mayoría de los técnicos que trabajan en esta «parte» de la llamada «área de salud mental» no son médicos ni tienen por qué serlo.

En cambio, la salud mental de no padecer una enfermedad mental sí es una cuestión de naturaleza esencialmente médica que como tal requiere ser abordada con planes de «salud pública» (poblacionales e individuales) en los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). Aunque los datos estadísticos sobre las personas que requieren esa atención psiquiátrica varían, es posible decir que la patología mental afecta por lo menos a un 12 % de la población general. Por el hecho de que la enfermedad mental es un fenómeno

natural que está en el cruce de las ciencias de la naturaleza y de las ciencias humanas, el campo de trabajo de la psiquiatría integra especialistas no médicos.

Resumiendo. Dos realidades dentro de la «salud mental» y por lo mismo, dos objetivos a legislar: uno esencialmente sociopolítico que apunta a la población en general (promoción de la salud mental positiva) y otro psiquiátrico (en los tres niveles de prevención) que apunta a los que sufren una enfermedad mental.

Este proyecto presentado al Parlamento es positivo, porque considera las dos realidades de la «salud mental», pero esa positividad se ve contrarrestada por tres motivos.

Primero, porque los dos objetivos a legislar (la promoción de salud mental y la asistencia psiquiátrica) no son distinguidos claramente. Segundo, porque al establecer los artículos que regulan cómo proceder en determinados espacios de la atención psiquiátrica (los espacios del hospital requeridos por los pacientes que presentan una disminución marcada en su autonomía personal) se lo hace considerando a los pacientes como si no padeciesen una enfermedad mental. Es decir, las afecciones que padecen los pacientes psiquiátricos (que implican un grado de disminución de su autonomía) son pensadas de hecho desde la perspectiva del hombre normal (que es autónomo, libre y responsable). Con lo cual si se legisla respecto a los pacientes pensando en la persona normal, se privilegia el principio de autonomía (respeto por la libertad y la responsabilidad individuales) frente al principio de beneficencia (de fraternidad por el hombre que sufre un proceso que lo disminuye en su autonomía). Pero los hechos son tercos y al considerar cómo proceder cuando es necesario hospitalizar, el principio de autonomía privilegiado es naturalmente postergado, porque en esos casos la enfermedad mental exige actuar en beneficio del paciente tratándolo involuntariamente (artículos 21 a 24, 30, 31, 36, etc.). Tercero, porque «se siente» que lo

que está en el centro del proyecto parece ser más la necesidad de proteger al individuo de arbitrariedades e incluso de la vulneración de sus derechos personales. En realidad de lo que realmente «hay que defender» a los pacientes es de las condiciones en que se realiza la atención psiquiátrica hospitalaria (condiciones negativas que la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay siempre ha denunciado), pero no entender que lo que vulnera los derechos humanos es el obrar de los psiquiatras e incluso, la psiquiatría misma. Idea negativa de la psiquiatría que tiene su origen en ideologías que poco han hecho para cambiar las cosas.

Esos tres motivos generan una tensión que a mi entender sobrevuela todo este proyecto de ley. Esa tensión, originada en la diferencia de perspectiva señalada, solo puede resolverse si, por un lado, se acepta que la salud mental «positiva» es una cuestión de resorte sociopolítico y por otro, que la enfermedad mental es una realidad, una desorganización del organismo psíquico cuyo encare debe ser médico-psiquiátrico.

¿Qué lugar ocupan las cuestiones psiquiátricas en dicho proyecto?

Para responder esta pregunta me es necesario hacer un paréntesis.

De acuerdo con estimaciones fundadas en un análisis macro de lo que se «asiste» en los espacios de atención del «área de salud mental» es posible afirmar: a) en los hospitales de pacientes agudos y crónicos los psiquiatras asisten menos del 1 % de la prevalencia de la patología mental; y b) el 99 % restante, es decir, la casi totalidad de las consultas, es «asistida» en consultorio. Y digo «asistida», porque en ese 99 % cabe diferenciar un tercio que son consultas en el sentido médico, porque se trata de pacientes asistidos por psiquiatras, y dos tercios que no son consultas propiamente dichas, por ser consultas por problemas exis-

tenciales de personas mentalmente sanas (lo que los sistemas de diagnóstico denominan «otros motivos de consulta no propiamente enfermedad mental») y que son atendidas mayoritariamente por técnicos *psi* (psicólogos, psicoanalistas, médicos psicopsomatistas, psicólogos médicos, etc.).

Cuando estas dos poblaciones son encaradas sin diferenciar claramente lo que es asistencia psiquiátrica y lo que es atención psicológica, se trabaja y se habla como si los psiquiatras y los técnicos *psi* hiciesen todos lo mismo y no se distinguiesen profesionalmente.

Volviendo ahora a su pregunta, le digo:

– La psiquiatría, es decir, la asistencia psiquiátrica está presente en este proyecto planteando aspectos de la organización que esa atención debe tener para poder responder a los problemas que las enfermedades mentales plantean y también indicando artículos prescriptivos como ya lo había hecho la ley de 1936. Pero esta presencia de lo psiquiátrico se ve opacada, porque gran parte de los artículos parece apuntar a cómo hay que defender a los pacientes del accionar de los psiquiatras (lo que en los hechos significa no tratarlos con los medios eficaces que deben ser aplicados según el espacio relacional en que el paciente puede ser asistido). En último término, no queda explicitado que una ley que regule la asistencia psiquiátrica debe, por un lado, proteger los derechos del paciente y de los demás y por otro, dado el grado de autonomía perdido, debe defender el derecho del paciente a recibir tratamiento psiquiátrico. Por eso, aunque en el proyecto está contemplada la asistencia psiquiátrica, al privilegiar la defensa contra una hipotética vulneración de derechos, la atención que es regulada se limita a considerar solo la que se realiza en los espacios hospitalarios (menos del 1 % de la prevalencia), mientras que no se hace referencia alguna al 99 % restante. Un tercio de ese 99 % de consultas está naturalmente regulado por ser parte del trabajo

de los psiquiatras (es decir, regulado por los artículos que rigen la responsabilidad médica), pero el proyecto no hace ninguna referencia en relación con los otros dos tercios. Dos tercios de consultas atendidas por técnicos *psi* en las que se dan muchos casos de pacientes psiquiátricos con frecuencia severos no bien diagnosticados ni tratados y donde, por consiguiente, cabe preguntarse si no correspondería alguna regulación.

– La indistinción señalada entre los profesionales en el campo de la salud mental está presente en el proyecto cuando al hablar de «abordaje interdisciplinario» no se hace ninguna referencia al orden jerárquico que debe organizar los equipos de atención. Equipos asistenciales cuyo trabajo, cuando tiene que ver con pacientes mentales, debe estar orientado por el psiquiatra del equipo. Por eso me parece que no corresponde lo que se afirma en el artículo 24, cuando se dice que la hospitalización se fundará exclusivamente en «criterios terapéuticos interdisciplinarios». En la vaguedad de esta expresión está presente la idea de que, como todos hacen lo mismo, el juicio clínico del psiquiatra no es prioritario, aunque luego el psiquiatra sea el responsable por la atención.

– Los legisladores deberían tener claro que —al igual que en el resto de la medicina— no es posible legislar sobre cuestiones técnicas (por ejemplo, en el caso de la psiquiatría, sobre la indicación de psicofármacos, de electroconvulsoterapia, etc.).

¿Cómo ve la relación entre «ideología» y «conocimiento técnico»?

Esta pregunta apunta a lo que me parece que es uno de los nudos presentes en los diferentes proyectos de ley de salud mental en el mundo y también en el actual. Un nudo que hay que desatar para que lo que se legisle responda a los hechos y sea eficaz.

Este nudo lo determina la idea que se tiene sobre la realidad de la enfermedad mental: ¿es un fenómeno real o solo un mito? Y aquí hay dos posiciones: una, derivada de los hechos, afirma que la enfermedad mental es un fenómeno real (objeto del saber y de la praxis psiquiátrica) y otra, originada en una idea sin fundamento en la realidad, sostiene que la enfermedad mental solo es un mito generado por los psiquiatras.

Aquí deberíamos recordar que la psiquiatría nació en el Renacimiento cuando la sociedad tomó conciencia de que algunas vivencias y actos eran estructuralmente diferentes a las vivencias y actos normales y que esa diferencia estaba determinada por una desorganización de lo que progresivamente será llamado «aparato psíquico», «organismo mental». Desde entonces la psiquiatría en su evolución ha ido precisando las características de ese fenómeno natural que es la enfermedad mental y liberándolo —aún no enteramente— de dos ideas parciales: la idea de que las enfermedades mentales son enfermedades como las del cuerpo vegetativo y la idea de que las enfermedades mentales son variaciones psíquicas sin un desorden orgánico.

Estos dos problemas internos a la psiquiatría fueron siendo encarados a lo largo de los siglos especialmente XIX y XX, pero a partir de los años 60 y desde entonces, la psiquiatría se ha visto enfrentada por una idea externa. Por la idea mítica y sin fundamento alguno en la realidad de que la enfermedad mental es un mito. Esa idea constituye un prejuicio que, por lo mismo, como tal no puede ser discutido, ya que simplemente se afirma que «la psiquiatría como saber y praxis es una de las expresiones del poder represivo de la sociedad».

La idea de que la enfermedad mental no existe, como tantas ideas gratuitas, no tendría ninguna relevancia si no fuera porque sus cultores han buscado sistemáticamente incidir negativamente sobre la asistencia psiquiátrica a través de las legislaciones, con lo cual esa

ideología se ha vuelto anti-psiquiátrica. Anti-psiquiatría que en los hechos significa que se opina sobre la enfermedad mental como se pensaba antes del descubrimiento de su realidad. Entiendo que es fundamental comprender esto, porque si esa idea hace cuerpo en los parlamentarios se corre el riesgo de que no legislen sobre la realidad, lo cual sería un volver atrás en la historia, pero sobre todo una falta grave de responsabilidad social por los pacientes psiquiátricos.

El proyecto actual, a diferencia de otros proyectos desarrollados (cuyo enfoque es esencialmente sociopolítico), considera correctamente el saber psiquiátrico y respondiendo a los hechos sostiene ese saber en su tecnicidad propia como parte del arte médico, en este caso «médico-psicológico».

Respecto a la Comisión Nacional de Control, ¿considera adecuada su creación?, ¿qué opinión le merece su composición y los cometidos que se le asignan?

Nuevamente permítame unos comentarios previos.

Personalmente pienso que el trabajo de los psiquiatras, en lo que se refiere al tratamiento de los pacientes agudos, debería poder hacerse sin ningún tipo de control. Porque eso es lo que sucede, por ejemplo, cuando un episodio psiquiátrico agudo siendo la expresión de una encefalopatía metabólica (estados de precoma) lleva a que el médico correctamente hospitalice al paciente sin ningún trámite, a pesar de que el cuadro clínico es el mismo que el que presenta el paciente que trata el psiquiatra. Porque, como lo exige la urgencia del caso, ese es el modo de hacer las cosas bien y rápido y además porque la eficacia de la medicación muestra que, pasadas algunas horas o días, hoy el paciente psiquiátrico hospitalizado involuntariamente por lo general acepta voluntariamente el tratamiento. Es decir que el psiquiatra debe poder ejercer

con suficiente libertad su tarea para tratar bien a su paciente, ya que si no fuera libre de hacerlo según su saber la libertad del paciente se vería más comprometida. Estoy enteramente de acuerdo con lo que ha dicho el penalista P. Montano: «Toda ley que se pretenda promocional de los derechos del paciente debe atender a garantizar el marco adecuado de ejercicio de la profesión médica».

En este capítulo del proyecto es donde se hace evidente la tensión a la que me referí antes y que ahora reitero. Esa tensión expresa el conflicto que se origina en dos hechos. Por un lado, por no distinguir la salud mental positiva como cuestión de resorte sociopolítico y la salud mental de no sufrir una enfermedad mental como problema esencialmente médico. Por otro, por pensar el trabajo de los psiquiatras como una expresión de represión social. Solo así se entiende que en este capítulo se busque controlar tan «policialmente» lo que en los hechos es una urgencia médica más: la necesaria hospitalización por patología mental aguda.

En cuanto a si considero adecuada la creación de un control, le diría que —más allá de lo que le señalé antes— en el campo de los derechos individuales está bien hacer algunas especificaciones, porque ayudan a proteger mejor un derecho y también porque no solo están en juego las libertades del paciente, sino también las del psiquiatra (libertad del técnico que la ley de 1936 respetaba). Un problema que el proyecto no se plantea es el de la institucionalización de los pacientes crónicos que deben ser cuidados (antes se decía «darles asilo»). En esas situaciones entiendo que el psiquiatra no debería decidir la institucionalización —en la alternativa terapéutica que sea—, sino solo precisar el diagnóstico y el grado de capacidad.

Soy muy crítico, sí, en lo que se refiere a cómo se propone en el proyecto la integración de esta comisión, ya que allí se objetiva que lo central es el control de las hospitalizaciones que llevan a cabo los psiquiatras. Primero,

en relación con el número de sus miembros, me da la impresión de que se piensa que integrándola con tantas personas le va a dar a sus decisiones objetividad y ecuanimidad. El problema es que la tensión a la que me refiero en esta entrevista no solo no se soluciona aumentando los miembros de esa comisión, sino que, por el contrario, en la medida que sus miembros opinen sin el fundamento técnico que el saber psiquiátrico implica, las decisiones que se tomen van a perder objetividad, ya que, respondiendo al estereotipo de «defender a los pacientes de los psiquiatras», se tenderá a priorizar el criterio de autonomía frente al de beneficencia. Segundo, y esto es lo más negativo de la propuesta en cuanto a la composición de la Comisión de Control, no se especifica que necesariamente la comisión, como mínimo, debe estar integrada por algunos psiquiatras. Es que en el control del actuar técnico de los psiquiatras no puede no haber psiquiatras por muchas razones prácticas, pero esencialmente porque el saber que fundamenta las decisiones exige un largo tiempo de formación y de experiencia clínica (que no se tiene por el solo hecho de ser médico). Me parece que si la Comisión se integra como se propone en el proyecto, por un lado se confirman las presiones anti-psiquiátricas presentes en el entorno y por otro, a medida que la comisión actúe, se pondrá en evidencia que no se legisló razonablemente, ni en relación con los pacientes ni con el trabajo de los psiquiatras.

En cuanto a los cometidos puedo decirle: a) el control de hecho se limita a la parte de la atención en salud mental que tiene que ver con la hospitalización de pacientes agudos (menos del 1 % de lo que se «trata»); b) no hay ninguna referencia al control fuera del ámbito hospitalario, ni del trabajo en el área de los técnicos *psi*, a pesar de la importancia del error diagnóstico en los pacientes severos; c) tampoco se especifican las funciones a cumplir como parte del trabajo de esa comisión en cuanto al control de lo que se planifique en promoción de salud mental.

¿Qué piensa respecto a lo que plantea el capítulo V sobre el abordaje en el sentido de ampliar las estructuras de atención en relación con: a) los trastornos severos y b) la atención de la población en general?

Entiendo que lo que corresponde a este «abordaje» es materia sobre todo de reglamentos y que tal vez sea por esa razón que lo que se presenta en esta parte son solo algunas decisiones respecto a la organización espacial de la asistencia psiquiátrica. En esta línea:

a) Se establece el cierre de los establecimientos asilares y su sustitución por alternativas para el tipo de pacientes que allí reciben atención. El problema que veo es que, por su peso económico (las personas a cuidar serían alrededor de 1000), esas alternativas de atención son inseparables de decisiones políticas, por lo cual la decisión final el proyecto la pone en manos del Poder Ejecutivo... en el futuro.

b) Correctamente también se entiende que el tiempo de hospitalización cubierto no sea solamente de treinta días, pero también esa decisión «se corre hacia adelante».

c) Se legisla que los hospitales monovalentes (públicos o privados) deben cerrar sus puertas y los pacientes agudos ser tratados en hospitales generales; como los hechos muestran que con frecuencia de ese modo no se cumple bien con el objetivo asistencial, la propuesta de cerrar los hospitales monovalentes parece más una decisión que responde a la idea de que «en esos lugares se vulneran derechos».

¿Qué aspectos de la ley considera que deberían ser modificados o cuáles no especificados deberían incluirse?

Respecto a modificar algunos artículos me remito a lo que ya he dicho y escrito. Y en cuanto a incluir algunos ítems se me ocurre —según todo lo conversado— que sería conveniente, por ejemplo, en las «consideraciones generales»: a) especificar sobre los dos contenidos de la denominación salud mental; b) señalar claramente que la enfermedad mental es un

desorden médico objeto de la psiquiatría y en esa línea que se establezca la necesidad de difundir y transmitir sobre el significado e importancia de la psiquiatría.

A modo de conclusión, ¿qué valoración global realiza de este proyecto?

Entiendo que es un proyecto positivo en el sentido que reconoce la realidad de la enfermedad mental, pero que tiene algunas falencias que deberían ser corregidas: a) no se presenta diferenciando claramente entre la salud mental de no padecer una enfermedad mental y la salud mental positiva; b) solo se considera la patología mental en sus formas severas; c) no se especifica que los psiquiatras deben integrar la Comisión de Control; d) no se ofrecen criterios definidos para planes de promoción de salud mental objetivos y realizables.

¿Quiere hacer algún otro comentario?

Solo insistir en que no se confie en que una ley cambie la realidad, ya que en relación con la asistencia psiquiátrica lo que Uruguay necesita es un equipamiento asistencial de calidad. El día que lo tengamos la legislación será superflua, ya que hay países sin leyes o con leyes arcaicas que tienen una buena práctica psiquiátrica, mientras que otros, aun teniendo legislaciones elaboradas, se mantienen con una asistencia muy atrasada.

Con la esperanza entonces de que lo que finalmente sea legislado en nuestro país no sea una rémora, sino que apunte seriamente a promover la salud mental positiva y a construir una asistencia psiquiátrica de calidad, quiero agradecer nuevamente la oportunidad de esta conversación.