

Oportunidades y desafíos de la Ley 19.529

* Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: <<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>>.

** Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/ley-n%C2%B0-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud>>. Ley N.º 18.335 Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (agosto de 2008). Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.335.pdf>>. Ley N.º 18.651 Protección Integral de Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ley_proteccion_integral_personas_con_discapacidad_-ndeg_18651_-uruguay.pdf>.

*** oms: Manual de recursos de la oms sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf>. ops/oms: La reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas. Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173230/1/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf>>.

**** Rev Psiquiatr Urug 2015; 79(1):10-12. Editorial.

***** Slade M. Fórum: Toma de decisiones compartida en la atención psiquiátrica. Implementación de la toma de decisiones compartida en la atención psiquiátrica sistemática. World Psychiatry 2017; 15(2), 146-153. Disponible en: <http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/WPA_SPANISH_2_2017.pdf>.

En agosto de 2017 concluyó el proceso de debate, elaboración y aprobación de una nueva ley de Salud Mental. Proceso en el que participamos desde las instituciones representativas del colectivo de psiquiatras con el propósito de aportar a la construcción de una normativa que estableciera mejores condiciones para la promoción y atención de la salud mental de la población, desde el conocimiento teórico y práctico de nuestra disciplina.

En las páginas de esta revista acompañamos las distintas etapas, difundiendo documentos de análisis y opinión que dieron cuenta de distintas perspectivas acerca de la ley en general y de los temas más controversiales en particular. La publicación en este número del texto de la Ley 19.529 cierra esa etapa y nos posiciona frente al escenario de cambio que la ley propone, con oportunidades, desafíos, controversias y preguntas.

Desde este editorial quiero compartir algunas reflexiones y preguntas sobre las disposiciones de la ley en el contexto actual, con eje en la población y nuestra praxis, tomando dos temas relacionados entre sí: la perspectiva de derechos humanos y el modelo de atención.

Acorde a la normativa internacional* y nacional,** a las declaraciones sobre la reforma de la atención psiquiátrica y a las recomendaciones de los organismos técnicos,** la ley se plantea desde una perspectiva de derechos humanos (capítulo II). En otros editoriales nos referimos a las diferencias entre la perspectiva social y la perspectiva médica al hablar de derechos humanos y salud mental,**** y la riqueza que puede aportar el encuentro de las diferentes perspectivas al interpelar la práctica.

El consentimiento informado (artículo 23) es un acto emblemático de garantía de derechos de los usuarios, y a la vez es uno de los procedimientos más complejos de instrumentar en forma adecuada y sistemática en la práctica cotidiana. La información adecuada y la participación en la toma de decisiones en los diferentes momentos y condiciones de salud de las personas son temas de creciente interés en la literatura.***** La evidencia progresivamente ubica las expectativas y la toma de decisiones como componentes claves del resultado terapéutico, pese a lo cual sigue siendo una práctica que no está generalizada en psiquiatría. Tal vez incide en esta situación que los casos de mayor agudeza constituyen la primera representación que surge como prototipo de dificultad. Hay varias interrogantes respecto a este tema. ¿Las decisiones compartidas son una práctica habitual, fuera de las situaciones de agudeza? ¿Cuáles son las barreras de los profesionales para la toma de decisiones compartida? ¿Qué experiencia hay en el empleo de estrategias como la decisión anticipada en personas con trastornos mentales? ¿Han demostrado ser herramientas útiles a la hora de actuar en las situaciones de agudeza?

En el proceso de reforma de la atención la perspectiva de derechos humanos ha interpelado la organización de los servicios y las prácticas profesionales. El modelo de recuperación en salud mental se ha instalado progresivamente como referencia para la revisión de prácticas y organización de servicios asistenciales de salud mental, constituyendo un principio organizativo clave en servicios de salud mental de Nueva Zelanda, Estados Unidos y varios países europeos.

Apoyado en la estructura del modelo de salud mental comunitaria cuestiona aspectos de la organización y método de la atención. Pone el énfasis en los aspectos actitudinales del personal y en la participación de la población en la organización e implementación del proceso asistencial. Las personas que transcurren un proceso de recuperación jerarquizan la importancia de considerar su experiencia subjetiva como un factor relevante y desde los profesionales se jerarquiza la eficacia de los tratamientos integrales. Los mayores desafíos persisten en la implementación de los servicios y en la evaluación de los procesos y de los resultados de la atención.*

En prestadores públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) actualmente coexisten al menos tres modelos de atención en salud mental.

El modelo asilar,** que tuvo su apogeo en el siglo XIX, cuestionado desde mediados del siglo XX, persiste como modelo predominante en muchos países. La asistencia es realizada en instituciones de internación de larga estadía, en las cuales la persona recibe la asistencia sanitaria y el sustento de las necesidades básicas sin participar directamente en las decisiones cotidianas, con bajo o nulo contacto social fuera de la institución. El funcionamiento institucional es centralizado, con baja articulación con otros recursos asistenciales o comunitarios. En Uruguay casi el 65 % de las plazas de hospitalización a nivel público son camas de larga estadía y en el sector privado la información no es completa.

En el modelo hospitalocéntrico la atención en hospitales o sanatorios monovalentes especializados en psiquiatría tiene un lugar central; jerarquiza la asistencia intensiva del momento de agudeza o descompensación. La organización se sustenta en el equipo profesional con baja participación de la población usuaria en la toma de decisiones.

En el modelo de salud mental comunitaria la atención está integrada a la atención de la salud general, desde una estrategia de atención primaria de salud, sustentada en una red de recursos asistenciales diversos que

responden a las necesidades de la población, con distribución en el territorio. Tiene como orientación la integralidad y continuidad de los cuidados sanitarios y sociales. Plantea a la población usuaria un rol participativo activo en las decisiones.*** Esta estructura y forma de organización fue planteada desde el plan de salud mental del año 1986 y está en desarrollo parcial en ASSE desde 1996.

Las disposiciones de la ley obligan a un cambio radical en esta situación. Plantea un enfoque integral de la atención (artículo 15), jerarquizando el ámbito comunitario, el abordaje interdisciplinario e intersectorial (artículo 17) y la rehabilitación (artículos 21, 22). Establece la responsabilidad de la atención en los equipos interdisciplinarios, ubicando a los equipos del primer nivel como referentes del proceso asistencial (artículo 19). Impulsa la desinstitucionalización y mandata el cierre progresivo de las estructuras asilares y monovalentes sustituyéndolas por dispositivos alternativos, estableciendo como plazo el año 2025 (artículos 37, 38).

Estos artículos de la ley plantean el mayor desafío y son mirados con escepticismo por muchos profesionales y actores sociales.

Los cambios impulsados desde la ley llevan décadas de espera, al menos desde 1986. Los avances en algunos desarrollos —equipos de salud mental de ASSE— se han dado sin cambiar lo que ya estaba; estructuras asilares y monovalentes en prestadores privados y públicos.

Surgen preguntas sobre los recursos disponibles o la firmeza de las decisiones políticas. Es indudable que los cambios estructurales y la transición a una organización diferente requiere recursos, pero no son las únicas necesidades. Algunos aspectos de la organización de la atención, de la definición de roles y funciones, de la organización del trabajo profesional necesitan análisis y cambios.

Uruguay tiene en torno a 500 psiquiatras activos.**** Según información proveniente del repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud,***** la tasa de psiquiatras trabajando en el sector salud reportada por Uruguay en 2014 es de 16.91 por 100.000

* Uriarte Uriarte JJ, Vallespi Cantabrana A. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(131):241-256

** Postel J. y Quérel C. (coords.). Historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica; 1987, p. 66.

*** Minoletti A. Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. Rev Psiquiatr Urug 2013; 77(1):32-45.

**** Estimación realizada sobre la base de la información accesible del padrón médico nacional hasta 2012 y los datos aportados por la Escuela de Graduados sobre el número de psiquiatras recibidos en los últimos 5 años.

***** <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>>.

habitantes. Esta cifra nos posiciona entre los países con mayor número de psiquiatras.* Al observar la distribución territorial vemos que el 80 % concentra su tarea en Montevideo** y del 20 % que trabaja en el interior solo 2/3 reside en el departamento donde trabaja.*** Esta situación de inequidad territorial tiende a agravarse en la medida que aproximadamente el 18 % supera los 60 años y los menores de 50 años no llegan al 50%.

Si observamos la distribución de horas de trabajo, la mayor carga horaria se concentra en las emergencias y las salas de hospitalización, y en muy pocos casos se contemplan horas para trabajo en equipo. Podríamos decir que la organización del trabajo tiene un enfoque fundamentalmente hospitalocéntrico, en el sentido anteriormente definido. La mayoría de nosotros tiene una formación en este modelo de trabajo.

Redefinir las formas de contratación, plantear la organización del trabajo de forma

que jerarquice la atención ambulatoria, el trabajo en equipo y la rehabilitación requiere disposición, motivación, formación y trabajo colectivo.

La implementación de estos cambios necesita un perfil de especialistas con competencias para atención de un espectro amplio de situaciones en cooperación con otros niveles del sistema de salud, para el trabajo en equipo y en la comunidad; que puedan trabajar en dispositivos diversos, que aporten el conocimiento específico de la psiquiatría al funcionamiento de un sistema de apoyos para las personas con discapacidad psíquica que posibilite el ejercicio de derechos. Esto es una responsabilidad en la formación de los nuevos especialistas y también en la formación permanente de los psiquiatras en ejercicio.

Por estos cambios podemos ir avanzando.

Sandra Romano

* Algunos de los que cuentan con sistemas sanitarios valorados como muy buenos, como son el Reino Unido (14.63), Suecia (18.31), Holanda (20.10), y por encima de países en los que las reformas de la atención psiquiátrica suelen mencionarse como referencia, tales como Italia (10.85), Cuba (10.26) Chile (4,66), Canadá (13,42) y Brasil (3.49).

** Fuente Dirección de Salud Mental de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE y Sistema FEMI.

*** Fuente: Padrón médico nacional, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables y Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.