

Nuevos desafíos en el primer nivel de atención

Plenario sobre la ley de Salud Mental N.º 19.529

Aspectos de
salud mental

Presentación de la actividad

En el marco del X Congreso Uruguayo de Psiquiatría realizado en octubre de 2017 se desarrollaron dos plenarios sobre la Ley de Salud Mental. Estas actividades tomaron dos temas relevantes: el desarrollo de la red de estructuras para posibilitar el proceso de desinstitucionalización y los desafíos de la Ley 19.529 en el primer nivel de atención en salud. En este artículo compartimos el registro de esta última actividad.

El desarrollo del plenario incluyó dos exposiciones de aproximadamente 10 minutos cada una, acerca de experiencias de trabajo con el primer nivel de atención general y especializado en Salud Mental. En esta parte expuso el Equipo Comunitario de Salud Mental (ECSM) de Paysandú, con presentaciones de la Lic. Pilar Vázquez y el Dr. Sergio Oneto; y el ECSM de INVE 18 (Montevideo), con presentaciones de la Dra. Solange De Souza y la Lic. Marcela Jubín.

Posteriormente, hubo una ronda de comentarios breves, de 5 minutos cada uno, a cargo de invitados expertos en el tema: Dra. Alicia Canetti (Uruguay); Dr. Domingo Díaz del Peral y Lic. Alma Martínez (España); Dr. Mauricio Gómez (Chile). Luego se abrió debate general, un intercambio acerca del tema de primer nivel: implementación de la ley en lo referido al primer nivel. un tema controversial y problemático que ha sido bastante debatido en relación a cómo se va a instrumentar, y que por eso nos parecía importante traer la experiencia de equipos que han trabajado, a partir de la demanda —de la práctica, digamos—, en instrumentar una colaboración con el primer nivel.

Solange De Souza y Marcela Jubín son integrantes del equipo Comunitario de Salud Mental de la zona Cerro de INVE 18. Seguramente ya las conocen; los dejamos con ellas.

Psiquiatra Solange De Souza. Buen día. Primero que nada, algunos datos sobre nuestro equipo y del contexto en el cual trabajamos.

El equipo de Salud Mental de INVE 18 comenzó a trabajar a fines de 1996, luego del cierre del Hospital Musto. Su integración, igual que la de todos los equipos de Salud Mental que se formaron en ese momento, es multidisciplinaria; con área de Administración, de Enfermería, de Servicio Social, Psicología, Psiquiatría de Adultos y Pediátrica.

Casi la mitad de los integrantes originales había trabajado en el Hospital Musto. Fuimos asignados como equipo de Salud Mental del Centro de Salud del Cerro, que es un centro del cual dependemos administrativamente y que se caracteriza por una extensa área de influencia.

El Centro Cerro en realidad abarca una cantidad de barrios y zonas de Montevideo. Incluye el Cerro propiamente dicho, Casabó, Santa Catalina, Pajas Blancas, Paso de la Arena, Los Bulevares, La Teja, Tres Ombúes, Belvedere, Paso Molino; o sea, que no es Cerro solamente.

Son tres Comunes Zonales de la Intendencia de Montevideo. El 17 y 18, y los dos tercios del 14 corresponden a este Centro de Salud.

La población usuaria de ASSE es de 58.000 usuarios y tiene más de 20 equipos básicos de territorio que dependen de este Centro. Esos equipos son heterogéneos en su conformación. Hay equipos con muchos integrantes hasta equipos unipersonales, donde está solo el

Coordina

Sandra Romano

médico o el médico de familia. También son diversos en las características de las zonas y de la población que asiste. Hay zonas suburbanas en nuestro territorio y hay zonas más urbanizadas.

Es así en este escenario que nos planteamos la pregunta de cómo trabajar con la comunidad, desde un equipo especializado de Salud Mental.

Este fue el desafío y les vamos a presentar muy resumidamente dos trabajos de los que hemos hecho en el correr de estos más de 20 años de historia del equipo, que son experiencias de trabajo que surgieron de la necesidad —resalto la palabra *necesidad*— de dar respuesta, por un lado, a la demanda no solo asistencial sino a la demanda que nos llega de territorio, de tema educativo, de diferentes factores de territorio; y por otro lado, seguir los lineamientos que decidimos desde la Dirección de Salud Mental de ASSE.

Es producto del trabajo creativo del equipo y, por lo tanto, creo que apunta a la salud mental de sus integrantes y al funcionamiento sano del equipo.

Les presento el primer proyecto. Lo elegimos porque representa un antes y un después; es un hito en nuestra historia, porque generó después vínculos y aportó mucho.

Se llamó *Proyecto 2012* y fue un proyecto de articulación entre los equipos del primer nivel de asistencia y el equipo especializado de Salud Mental.

Los objetivos generales, fortalecer la red de salud, contribuir a promover desde la práctica el concepto de salud integral, facilitar a los usuarios portadores de trastornos mentales y a sus familias la inserción en la red asistencial y comunitaria.

En cuanto a los específicos, nos planteábamos mejorar la articulación y establecer pautas de coordinación sistemáticas con 15 de los equipos del primer nivel de asistencia de ASSE de nuestra zona de influencia. También brindar información y capacitar en temas de salud mental.

Metodología

Agrupamos los 15 equipos básicos de territorio de ASSE, de los cuales somos referentes en Salud Mental, en 4 grupos con un criterio geográfico. Cada grupo tiene entre 3 y 4 policlínicas. Con esos cada uno de esos grupos, trabajamos con una frecuencia bimensual, ofreciéndoles un menú de actividades posibles, para que ellos eligieran las que más se ajustaran a sus necesidades. Dentro de ese menú se incluía capacitación de los integrantes de los equipos básicos de territorio y/o agentes comunitarios en temas de salud mental; talleres temáticos (ellos podían elegir la población a los que iban dirigidos) sobre temas como duelo, estrés laboral, violencia, adicciones; grupos de psicoeducación, por ejemplo, grupos de padres, de adolescentes, de mujeres jefas de hogar; ateneos clínicos, para la discusión de casos complejos; reuniones para interconsultas.

Ellos podían sugerir otros temas. La idea era que ellos pudieran elegir lo que más se ajustara a sus necesidades en ese momento.

Las condiciones para el trabajo era que esas instancias deberían tener, con anticipación suficiente, la actividad que elegían y la población a la que iban dirigidas para poder asignar un subequipo de nuestro equipo de Salud Mental correspondiente para hacerse cargo de la actividad.

Además, los equipos de primer nivel eran los que tenían de alguna forma en la actividad elegida que organizar la convocatoria, disponer del lugar y de los recursos técnicos, si fueran necesarios.

Cronograma de trabajo

A fines de diciembre de 2011 hicimos una recorrida por los equipos, presentándoles el proyecto e intercambiando información básica. Usábamos un formulario encuesta con información de quiénes éramos nosotros, cómo eran las formas de comunicarse y recibíamos, lleno, un formulario similar de ellos.

Luego, en marzo, se hizo una jornada inicial de referencia y contrarreferencia. Después, cada dos meses, las actividades; en donde un subequipo de nuestro equipo trabajaba con uno de los grupos de policlínicas (eso fue de marzo a diciembre). Finalmente, se hizo una jornada de intercambio para difusión de las experiencias y planificar para el 2013.

Acá tenemos las actividades desarrolladas elegidas por los equipos. El equipo ampliado, que estaba formado por cuatro policlínicas, eligió temas de capacitación en salud mental para integrantes del equipo. Los temas elegidos fueron: problemas de conducta en la infancia; depresión infantil y duelos; depresión, ansiedad e intentos de autoeliminación en adultos; crisis vitales y duelos; demencia, deterioro cognitivo y depresión en el adulto mayor.

En Covicenova, ellos eligieron trabajar con los maestros de la zona y eligieron talleres. Se hizo un ciclo de talleres; el primer tema fue Generalidades de salud mental y problemas de conducta; Depresión y ansiedad en la infancia; Farmacología clínica y Algunas dificultades que se plantean entre las escuelas y los equipos de Salud Mental.

En casa Mario, las policlínicas que son de la zona de Cap Polonio, El Culto, Casa Mario y Movimiento Vecinal Solidario eligieron cuatro encuentros de interconsulta para presentación de casos clínicos; donde, a partir de ellos, hablamos sobre temas concretos de salud mental.

Finalmente, las actividades desarrolladas con el cuarto grupo, que es el de Santa Catalina, fueron solo dos: Derivación oportuna en salud mental y Trastornos del espectro autista, que pudimos convocar y para la cual contamos con la valiosa presencia de la Dra. Gabriela Garrido.

Resumen de actividades

Se hicieron quince encuentros. De temas de capacitación en Salud Mental a integrantes de equipos fueron 6. De temas capacitación en

Salud Mental a maestros, 3. De interconsulta clínica, 4. De pautas de coordinación, 2.

Evaluación

La recepción de la propuesta fue en general buena.

La integración en el trabajo permitió no solo comenzar a generar un lenguaje común, sino que también contribuyó al afianzamiento de los vínculos con mutuos beneficios.

Con cuatro policlínicas no se logró más que un solo encuentro, lo que relacionamos con el criterio que usamos para la agrupación. Como vieron, la policlínica de Santa Catalina estaba junto con Pajas Blancas y Nuevo Amanecer, y la de Covicenova estaba junto con La Boyada y con El Tobogán. Esas policlínicas no fueron convocadas, porque tenían un lugar de convocatoria; participaron en una sola reunión y después no fueron.

La proyección fue continuar trabajando con los equipos con los que habíamos logrado buena inserción, para lo que se acordaría nuevos objetivos y se pautaría agenda.

Además, nos planteamos incluir otros equipos del primer nivel de asistencia de nuestra área de influencia, pertenecientes a instituciones. Por ejemplo, la Intendencia de Montevideo tiene seis equipos de salud en la zona, con algunos de los cuales después trabajamos, para desarrollar una respuesta similar a esta.

La licenciada Marcela Jubín va a presentar brevemente la segunda experiencia que queremos compartir.

Lic. Psic. Marcela Jubín. Buenos días. Voy a presentar una experiencia que se dio en llamar «Construyendo salud mental en comunidad». Surge también a partir de la necesidad en el trabajo de la prevención para el armado de la red que nos permitiera realizar una detección precoz de los factores de riesgo y fomentar los factores protectores; y también de la necesidad en cuanto a la atención y el seguimiento para incentivar la participación en el tema de los equipos de primer nivel, que son los primeros

y verdaderos referentes comunitarios, son los que están ahí, en el territorio.

La experiencia la llevamos adelante con el equipo ampliado, constituido por las policlínicas de Tres Ombúes, Monserrat, Cadorna, 19 de Abril y 6 de Diciembre. Esta última integra hoy el equipo ampliado, pero en aquel momento cuando desarrollamos esta experiencia, en 2014, no lo integraba; teníamos contacto con esta policlínica, pero todavía no formaba parte de ese equipo.

Nos planteamos como objetivo trabajar desde el equipo especializado y con los equipos del primer nivel de atención sobre la prevención y la atención de intentos de autoeliminación (IAE) en la comunidad.

El acceso a lo comunitario se diseñó promoviendo la participación de los distintos equipos, las instituciones y los dispositivos presentes en el territorio.

La propuesta de trabajo consistió en una primera etapa preparatoria donde el equipo ampliado fue el que articuló esa convocatoria con los actores del territorio y, paralelamente, fuimos armando una guía que contenía información básica sobre la conducta suicida y un cuestionario breve para que se pudiera trabajar en la interna de los distintos equipos del territorio.

Las preguntas del cuestionario eran las siguientes: ¿En qué franja etaria se encuentra la población directa o indirecta con la que vuestra organización trabaja? ¿Tienen posibilidades desde su lugar de trabajo de detectar factores de riesgo? ¿Qué factores de protección pueden fomentar desde su trabajo cotidiano, desde sus organizaciones y su perfil?

La jornada de trabajo tuvo distintos momentos, distintas etapas. Una primera parte, a cargo del equipo ampliado y del equipo de Salud Mental, donde se trabajaron en forma expositiva brevemente con flujograma, donde fue necesario hacer una aproximación a los distintos niveles de riesgo. Se trabajó sobre los mapas de ruta; ahí aprovechamos a insistir, porque siempre estamos insistiendo en esto, en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, en los procedimientos, las solicitudes

de consulta. También abordamos brevemente factores de protección y de riesgo.

En un segundo momento de las jornadas cada equipo hizo una presentación sobre lo que habían estado trabajando. Finalmente, realizamos un intercambio en subgrupos orientado a visualizar todo lo que era posible hacer.

La convocatoria fue muy buena y hubo una vasta participación de los equipos. Ahí están todos los equipos que participaron del territorio y también algunos programas de la Facultad de Psicología y algunas divisiones del Ministerio de Salud Pública.

El intercambio fue muy enriquecedor y generó la base para una construcción colectiva. Y quedó planteada una segunda jornada para poder profundizar la que se concretó el 4 de setiembre de 2014. La jornada fue el 2 de julio.

Actualmente, se están planificando réplicas de esta actividad, construyendo salud mental en comunidad en otras zonas del territorio. La primera va a ser en Santa Catalina y la etapa de preparación ya fue realizada en agosto y setiembre. Los equipos están trabajando con la guía, con esa guía con información básica y el cuestionario, y la jornada está pautada para ahora, dentro de unos días, el 13 de noviembre.

Esta nueva etapa se da en el marco de un proceso largo de trabajo que venimos transitando con la Emergencia del Cerro y la Dirección del Cerro; luego se integró también un equipo de RAP. Es un proyecto que se plantea la prevención y la mejora de la atención del IAE en adolescentes, en el marco de los objetivos sanitarios, el Plan Nacional y los planes estratégicos tanto de la Dirección de Salud Mental como de la RAP.

Muchas gracias.

Prof. Sandra Romano. Muchas gracias a ustedes. La segunda presentación está a cargo del equipo Comunitario de Salud Mental de Paysandú. Van a estar Pilar Vázquez, que es la coordinadora del equipo, y Sergio Oneto, que es uno de los psiquiatras del equipo.

Lic. Enf. Pilar Vázquez. Muchas gracias. Bienvenidos y muy buenos días para todos.

Hoy desde el Servicio Comunitario de Salud Mental de Paysandú les queremos presentar los antecedentes de nuestro servicio y algunas propuestas de articulación que estamos desarrollando específicamente con el primer nivel de atención.

Como antecedente del Servicio Comunitario de Salud Mental, tenemos que fue el primer servicio de internación psiquiátrica del interior del país. El Dr. Álvarez Paseyro, psiquiatra, se traslada a Paysandú en 1963 y en 1964 se abre el primer servicio de internación psiquiátrica de nuestro país en el interior. En ese momento y hasta la salida a la comunidad, había consultas psiquiátricas de adultos dentro del ámbito hospitalario. Y un Servicio de Psiquiatría de Niños del hospital también con consultas de psiquiatría de niños y adolescentes, psicología, maestras especializadas en dificultades de aprendizaje que trabajaban en el segundo nivel de atención.

En 1996, con el programa de Salud Mental de esa época, la Dirección de Crónicos y Especializados de ASSE, como lo decía la compañera en la exposición anterior, cierra el Hospital Musto, el Hospital Vilardebó se transforma en un hospital de internación de agudos, y también, junto con el Hospital Vilardebó, y un año más tarde, la Sala de Psiquiatría del Servicio de Paysandú, que era una sala con 20 camas de hombres, 20 de mujeres y 20 de asilares, aproximadamente. También se transforma en una sala de internación de agudos y se implementa la desinstitucionalización de los 31 pacientes asilares que se encontraban en el servicio.

Se daba de alta a los pacientes y por el pago de una pensión por discapacidad, más que insuficiente, pasaron del cuidado que antes asumía el Estado al cuidado de la comunidad misma, que no estaba preparada para recibirlos, ni nuestros usuarios preparados para abandonar el hospital. Lo digo porque esto marcó un hito importante y bastante negativo en la atención a esos pacientes de Salud Mental.

La consecuencia de este modo abrupto de desasilación fue una caída en la calidad de vida de los pacientes, debido, por un lado, a la limitante económica que significa encontrar una casa de salud que solvente una vida digna por una pensión por incapacidad más que insuficiente y también por no haber lineamientos de seguimiento de esos pacientes ni recursos humanos capacitados para la tarea.

A modo de ejemplo, al año de la desasilación había fallecido el 24 % de los pacientes; 70 % de ellos en casas de salud y 30 % en la Colonia Etchepare.

Junto con esa reestructura se crean, en setiembre del 97, en el marco del modelo de atención centrado en la comunidad, los primeros equipos de salud mental que salen a trabajar fuera del ámbito hospitalario. En nuestra ciudad, de los recursos de sala de Psiquiatría, recursos humanos de Sala de Psiquiatría, recursos humanos del Servicio de Psiquiatría Infantil intrahospitalario y nuevos recursos que contrata la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, sale a trabajar a comunidad lo que en ese momento era el equipo Comunitario de Salud Mental, que, poco a poco, con el devenir del tiempo, fue tomando estructura de servicio, pero lo que sale es un equipo de trabajo.

Salimos a trabajar en 7 policlínicas barriales de Paysandú, Young, Quebracho y Guichón, que son tres localidades del interior de departamento de Paysandú, y Young, del departamento de Río Negro, que, por cercanía geográfica, refiere a nuestra ciudad.

La premisa en ese entonces fue integrarse a lugares que fueran referencias comunitarias y que contaran con algún recurso en atención en salud mental.

Al insertarnos en el primer nivel tuvimos como resultado que esos profesionales del primer nivel de atención, más la consulta espontánea, colapsaron los dispositivos de atención en poco tiempo. La pluralidad de los lugares de atención iba en detrimento del modelo de atención interdisciplinar propuesto por el Servicio bajo la consigna y la convic-

ción de que era la estrategia para trabajar en salud mental.

La inserción en policlínicas barriales nos amplió el abanico de demandas de atención a expensas de personas con problemáticas de atención en salud mental de menos complejidad que no llegaban antes a consultar a las policlínicas intrahospitalarias. Las policlínicas intrahospitalarias tenían una carga de pacientes crónicos de más larga data, pacientes con trastornos severos y persistentes, y aquellas problemáticas menores no llegan a consultar al hospital; por un tema también de cómo voy a ir al hospital a la sala de psiquiatría si yo no estoy loco.

Ganamos en accesibilidad al pasar a la comunidad y en integralidad de atención. Y si bien tuvimos la fortaleza de brindar atención a esas poblaciones que antes no acudían, tuvimos la debilidad de que el equipo se vio atomizado con dificultades para el trabajo interdisciplinar y para prestigiar la atención de las problemáticas más vulnerables. Porque la modalidad de trabajo era que se salía a una policlínica, a dos, a tres, a siete, con un técnico y una enfermera —si es que tenía, porque había solo tres y las policlínicas eran siete—, en una repetición de los modelos intrahospitalarios, solo que fuera de muros, cuando nosotros teníamos la convicción de que el trabajo para que fuera óptimo debería ser interdisciplinario.

También como debilidad, a pesar de compartir la planta física, no mejoraba la comunicación con otros integrantes de los equipos de salud; no contábamos con enfermería para cubrir todas las policlínicas; había múltiples historias clínicas —esta descentralización fue antes del Sistema Nacional Integrado de Salud, por lo cual muchas de las policlínicas eran municipales y contaban con recursos administrativos y no de salud para la atención de esos pacientes—, y los pacientes deambulaban de policlínica en policlínica siguiendo un poco al técnico que lo trataba, lo que daba que tenían una historia en una policlínica y otra en otra con una dispersión bastante importante, y una repetición de medicación también en todas

las policlínicas —un exceso en la repetición de sus medicaciones.

Surge el Sistema Nacional Integrado de Salud y se le da fortaleza al primer nivel de atención, y se lo dota de más recursos humanos; también a nosotros, a los equipos de salud mental —se amplían nuestros recursos.

Todo esto fue generando dificultades locativas: ya no teníamos donde estar. Nos habíamos ido nucleando en una policlínica. Trabajábamos de forma interdisciplinar, pero en una policlínica que tenía tres consultorios y más de diez técnicos atendiendo; o sea que había que esperar para poder entrar a consulta, era un lío. Y por necesidades locativas, entonces, volvimos al hospital.

Actualmente, nos encontramos dentro del hospital en una planta física que es sumamente adecuada. Es satélite del hospital; está ubicada dentro de sus muros y ubicada donde se ubican en los hospitales generales las salas de internación de psiquiatría en la retrocavidad de los epiplones. Nosotros estamos detrás de la retrocavidad de los epiplones, pero... Es una planta física muy adecuada y nosotros decimos a manera de chiste que somos un servicio comunitario intrahospitalario y que el estar dentro del hospital también nos lleva a asumir tareas dentro del segundo nivel de atención, porque tenemos derivaciones de salas de internación de Pediatría, de Ginecología a las que tampoco podemos eludir.

Se trabaja con un modelo de atención mucho más integrado, donde lo que se prioriza es la interdisciplina; trabajando en un mismo lugar físico y favoreciendo así el mejor aprovechamiento de los escasos recursos humanos y materiales que tenemos. El encuentro diario con los compañeros de trabajo y los demás profesionales hace que la interdisciplina sea el lenguaje habitual de trato entre nosotros. Se da en los corredores; se da en todo momento.

De este breve relato inferimos que una desinstitucionalización sin recursos económicos para tal fin, con un personal insuficiente y con una falta de capacitación para trabajar en comunidad —disculpen que seamos tan críticos— hacen muy difícil cambiar el modelo

de atención, por más que tengamos la muy buena voluntad y la convicción de que el modelo hay que cambiarlo. Si no hay recursos económicos que lo sustenten, seguramente vaya al fracaso.

Con el devenir del tiempo al día de hoy es un equipo grande, integrado por 3 psiquiatras de adultos, 2 psiquiatras de niños y adolescentes, 6 psicólogas de niños y adolescentes y adultos —una de ellas referida al Centro de Rehabilitación—, 1 fonoaudióloga, 2 licenciadas en Trabajo Social —una de ellas en el Centro de Rehabilitación—, 3 licenciados en Enfermería, 4 auxiliares en Enfermería —porque allí me faltó poner el referente de Guichón—, 5 talleristas en el Centro de Rehabilitación y 1 administrativo.

Y todos los recursos humanos divididos en dos plantas físicas: el Servicio Comunitario de Salud Mental, donde están la atención en policlínica y todo el despliegue comunitario, y el Centro de Rehabilitación específicamente para el tratamiento de las personas con trastornos mentales severos y persistentes. Tanto el Servicio como el Centro de Rehabilitación tienen extenso horario de atención: de lunes a viernes de 6 a 18 horas, el policlínico y de lunes a viernes de 8:30 a 16:30, el Centro de Rehabilitación.

Trabajamos en tres niveles de atención: el nivel de promoción y prevención en salud mental, un segundo nivel de atención en policlínicas y las interconsultas con los servicios hospitalarios, y un tercer nivel en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Además, desarrollamos trabajo intersectorial; porque integramos comisiones, como la Mesa de Primera Infancia, Comisión Departamental de Discapacidad, Grupo Departamental de Prevención de Suicidio, Junta Departamental de Droga. Algún integrante siempre está participando en la medida que puede en estos espacios.

Y tenemos un área docente —la pusimos última, pero no es menos importante—. Nuestros servicios tienen pasantías; por ejemplo, curso de pregrado de Facultad de Medicina; posgrado de Psiquiatría de Niños y Adolescentes en ré-

gimen del interior; pasantías curriculares de residentes de Medicina Familiar; practicantes y residentes de Psicología, del convenio ASSE-Facultad de Psicología, y pasantías curriculares de estudiantes de Educación Física, en el Centro de Rehabilitación.

Psic. Sergio Oneto. La vuelta al hospital de alguna forma nos hizo plantearnos nuevos objetivos, para no perder contacto con la comunidad y con los equipos del primer nivel de atención, que era un poco el riesgo que asumíamos.

Estos objetivos básicamente fueron promover la longitudinalidad, la integralidad y territorialidad de la atención; potenciar la red; mantener y mejorar la comunicación con estos equipos con los que habíamos tomado contacto cuando salimos del hospital; redireccionar la demanda de personas con problemas de baja complejidad del primer nivel de atención —de alguna forma era uno de los problemas que había visto superada nuestra capacidad de atención y por eso fue uno de los objetivos centrales—; apoyar a los equipos del primer nivel de atención en la resolución de problemas de salud mental de baja complejidad y optimizar de alguna forma los recursos humanos, sobre todo los nuestros, que se veían bastante desbordados.

Desarrollamos algunos dispositivos, que es lo que les queremos contar y que es en lo que seguimos trabajando. Por un lado, uno de los propósitos fue mejorar la referencia-contrarreferencia y reinventando la pólvara, porque la herramienta fue básicamente la hoja de referencia y contrarreferencia de ASSE común y corriente. En este redireccionamiento del flujo de demanda empezamos a sistematizar la contrarreferencia de todos aquellos pacientes que provenían de la comunidad y referenciar a todos aquellos pacientes que tenían problemas de salud mental que entendíamos que podían ser manejados por los equipos del primer nivel de atención. Devolviendo la impresión clínica, un plan terapéutico, pautas de seguimiento, tiempo de tratamiento y eventual interconsulta de control si entendíamos que

el paciente debía volver en algún momento o en qué condiciones o en qué situación debía volver a tomar contacto con nosotros.

Como decía Pilar [Vázquez], tomamos contacto con equipos de fuera de la localidad, básicamente de Quebracho, Guichón y Young. Empezamos a hacer actividades de capacitación en territorio —actividades a demanda de los equipos—. Empezamos por el año 2004 con una epidemia de suicidios en Young, donde se movilizaron las fuerzas vivas. Tuvimos esa demanda y empezamos a trabajar en seminarios con los médicos de Emergencia y del primer nivel en Young. En 2011, con el equipo de Guichón, que es un equipo de médicos nuevos, muy demandantes; entonces la idea es que tomamos la demanda, preparamos una actividad con nuevo seminario-taller y todo el equipo nos trasladamos a la localidad y trabajamos con el equipo en pleno: médicos, enfermeras, asistente, administrativos; con todo el equipo de salud del lugar.

Algunas de las últimas temáticas que abordamos fueron: atención del paciente crónico en la comunidad, abordaje de los intentos de autoeliminación y valoración de riesgo, manejo del paciente agitado —tenemos demandas variadas en ese sentido.

Pilar [Vázquez] les contaba que teníamos dentro de nuestra ala docente las pasantías de los residentes de Medicina Familiar. Tomamos contacto con estos médicos, que habitualmente son ávidos, y les proponemos una estrategia de apoyo —le decimos 0800 Residente y nos pueden llamar en cualquier momento—. Les hacemos una entrevista prioritaria y la condición es que vengan con el paciente. Tienen que venir el residente y el paciente y lo vemos en forma conjunta; resolvemos la situación y pautamos el seguimiento. Habitualmente el residente de Medicina Familiar es quien queda a cargo de ese paciente; a veces, a cargo de pacientes que incluso no serían de total pertinencia, pero con ese apoyo se define el plan terapéutico, se pauta el seguimiento y lo siguen ellos.

Otro dispositivo que desarrollamos lo empezamos en 2011 y luego estuvo un par de años

en *stand-by*. Son los encuentros de equipo a equipo. Los equipos que más refieren, de primer nivel, nuestros servicios son convocados por nosotros. Son 14 equipos de la ciudad. Los convocamos y suspendemos las actividades de un día al mes. Viene todo el equipo: médicos; enfermeros; si hay psicólogos municipales, psicólogo: el equipo en pleno. Traen uno o a veces más casos que les presenten dificultades en su abordaje, en la resolución. Hacemos una suerte de ateneo con todo nuestro equipo. Se analiza y se resuelve o se pauta las acciones a seguir desde una perspectiva interdisciplinaria, y sobre todo se valoran o se ven las acciones de cada integrante del equipo de salud. Nosotros tenemos un equipo que está centrado en la atención de enfermería; entonces, ese es el modelo que nos interesa transmitir a estos equipos: cuál puede ser el rol de la enfermera del equipo del primer nivel de atención. Nosotros tenemos una enfermería muy ejecutiva, que tiene una serie de acciones que nos interesa mostrar como rol modélico.

El último dispositivo, que no es un dispositivo dirigido únicamente al primer nivel de atención, pero donde participan los equipos del primer nivel de atención, son las conversaciones clínicas. Lo venimos haciendo desde 2009. Es una comunidad de aprendizaje, donde participan integrantes de todos los nodos de la red de atención en salud, del área de la educación, ONG. Se hace dentro de nuestro Servicio. Se presenta una situación clínica —uno de los equipos la presenta—; y habitualmente esta situación involucra a más de un nodo de la red. Se presenta la modalidad de abordaje, qué se hizo, qué no se hizo, cuáles fueron las dificultades que tuvieron, las redes diagnósticas, etc. Invitamos a uno o más comentaristas que tengan *expertise* en el área o en lo que nos interese problematizar de esa situación. El martes tenemos la próxima, a la que están invitados Domingo [Díaz del Peral] y Sandra [Romano], que van a ser los comentaristas de nuestra próxima conversación clínica. Ellos hacen el análisis de esta situación y los aportes o comentarios

pertinentes, conceptuales, etc., y después se abre la discusión plenaria.

El concepto de *conversación* es un concepto de horizontalidad y que termine con el plenario, no con el cierre de los comentaristas, también promueve eso. No es solamente dirigido al primer nivel, pero participan equipos del primer nivel.

Algunas ideas finales. Ayer pensábamos con Pilar [Vázquez] en cómo cerrar esto, porque está en camino, no tiene cierre. Estas actividades tienen un alto grado de satisfacción. La gente viene gustosa; nos agradece mucho cada una de las actividades. Pero son muy costosas en tiempo y en recursos humanos: parar un equipo entero por cuatro horas para trabajar es costoso. Costoso en términos de atención, que es la demanda que tenemos todos los días en la puerta del Servicio.

No hemos podido evaluar el impacto; en realidad, como tiene un fuerte componente educativo, es muy difícil valorar el impacto en la educación. Y ese es uno de los problemas que tenemos. Además, es difícil sostenerlas en el tiempo. Como son hombredependientes es difícil sistematizar y sostenerlas. Y probablemente los equipos con los que trabajamos son los que menos necesiten apoyo; son los que más demandan, pero están habitualmente formados por aquellas personas más sabias y más formadas en este tipo de cosas.

De todas formas, estamos contentos con lo que estamos haciendo. Muchas gracias.

Prof. Sandra Romano. Vamos a hacer una ronda de comentaristas. Tenemos cuatro invitados como comentaristas: Alicia Canetti, psiquiatra, profesora agregada de la Facultad de Medicina (Udelar), responsable de la Unidad de Salud Mental en Comunidad; Alma Martínez (España), psicóloga clínica, encargada de la Unidad Infanto-Juvenil en Almería; Mauricio Gómez (Chile), psiquiatra de adultos, Departamento de Salud Mental, y el psiquiatra y psicoterapeuta Domingo Díaz del Peral (España), director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería

y docente de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Prof. Agda. Alicia Canetti. Muchas gracias a los organizadores por invitarnos a ocupar este rol de comentarista. Sé que tienen que ser comentarios breves, porque el plenario implica fundamentalmente intercambio con el público.

Yo comentaba que uno está en una edad en la que la atención disminuye, así que es posible que se escape alguna cosa. Hice algunos apuntes centrales tratando de compaginar las dos presentaciones en lo que tienen en común, para hacer luego algún comentario en particular sobre alguna de estas experiencias.

Felicito a ambas experiencias, porque las dos de alguna manera reflejan el esfuerzo que implica el cambio de modelo. Siempre digo que atrás del cambio de modelo está el cambio de paradigma. Porque cambiar de modelo, lo que está escrito en el discurso puede resultar relativamente sencillo aplicarlo; pero si en ese cambio no se procesa un cambio también de paradigma —cuando hablo de modelo me refiero a modelo de atención—, un cambio de lo que implica la naturaleza de esa nueva forma de atender, los cambios de modelo de atención en realidad no se cumplen. Al decirlo parece fácil, pero quienes lo hemos vivido estamos convencidos de que es un proceso sumamente difícil, porque implica un cambio de mentalidad y de actitud que es complejo, y tiene que involucrar a muchas personas. Algunas personas son más rápidas en hacer esos cambios y otras, más lentas; pero si no se da de una manera colectiva y, sobre todo, si no se da —y eso lo resaltaron los dos trabajos, principalmente, el segundo, muy autocrítico— acompañado de un apoyo institucional, en el sentido de apoyo político y apoyo financiero, sin duda esto que parece complejo se vuelve todavía más complejo. Me parece que de alguna manera el trabajo de Paysandú refleja eso: el esfuerzo de la complejidad y cómo a veces si eso no se acompaña de un sostén dese el punto de vista de voluntad institucional —real y no discursiva— y de apoyo en recursos humanos

y materiales los esfuerzos quedan muy librados a la voluntad y a la energía que uno tiene que poner, y que, como sabemos, entre otras cosas, es un factor de riesgo para la salud de los propios recursos de salud.

Destaco de los dos trabajos en ese intento de aproximarse a un modelo de atención comunitaria, sostenido en un paradigma comunitario, primero el trabajo en equipo, diría más que interdisciplinario, multidisciplinario; porque la interdisciplina implica otras cosas, entre las cuales el intercambio y la presencia física común es fundamental. Se requiere no solo llamar a un 0800, sino que se requiere un intercambio presencial muy activo. Y eso es muy difícil de conseguir.

Creo que lo que ha habido es un esfuerzo en ambos de construir trabajo de equipo multiprofesional. Ha habido en ambos un esfuerzo muy grande de construir intersectorialidad, muy rico. En ambos se presentaron distintas modalidades en las cuales en general están involucrados, no solamente los recursos de salud, sino los recursos de otros sectores de la población.

También destaco en ambos el intento de planificación. Tal vez en uno de ellos, el caso de Paysandú, eso fue más destacado. En el caso de INVE 18 se presentaron dos experiencias, no un proceso planificado de manera continua; pero sí son dos experiencias que por detrás tienen un intento de planificación.

Como problemas, centrándome en lo principal que escuché, creo que uno de los más grandes —y no me refiero solo a estas presentaciones, sino, en general, a lo que vivimos— es el tema de la continuidad.

En lo personal, creo que la continuidad implica no solo coordinación, sino el trabajo en equipo y presencia. Debería haber recursos que no estuvieran yendo cada dos meses o cada tres —esa cosa periódica que se mencionaba en el INVE y que también tiene el caso de Paysandú—. Debería haber intercambio activo de recursos de tal manera que esta relación con los equipos del primer nivel implicara la presencia de algunos recursos que operaran

como puente. No sé si eso aclara en ese sentido. muy difícil sostenerla.

La coordinación es importante, pero si no se acompaña de integración real *in situ*, es muy difícil sostenerla.

El otro problema que identifiqué es lo que significa trabajar en equipo y construir interdisciplina, que también implica continuidad.

Para terminar, el tema de la evaluación que fue señalado por los compañeros de Paysandú. Creo que es un tema central. Ellos señalaban que no han podido evaluar. Si hablamos de planificar actividades o planificar acciones, si no hay evaluación, la planificación queda sin una pata. La planificación implica evaluación necesariamente, porque tiene que estar retroalimentándose de manera permanente. Por lo tanto, esa es una gran falla que también tenemos todos los que hemos tratado de cambiar modelos, pero que tiene que ser un componente central. Y uno tiene que obligarse, como parte de la planificación, a evaluar.

Quiero felicitar a las dos intervenciones.

Lic. Psic. Alma Martínez. Muchas gracias por estar aquí. Quiero felicitar el trabajo de estos equipos, pero, más allá de eso, reconocer que me he sentido muy identificada. Porque en este lado del Atlántico y en el otro las debilidades y las fortalezas para trabajar con el primer nivel de atención son las mismas. Una y otra vez vemos que el camino es un camino necesario, ese trabajo conjunto, pero complejo.

Desde mi punto de vista, los tres aspectos más relevantes que favorecen ese trabajo y que además son necesarios están recogidos en el trabajo de los dos equipos. Por una parte, es todo lo que tiene que ver con la promoción de la salud y la prevención en la infancia y en la adolescencia: el tema de las escuelas de padres (psicoeducación); los intentos de autolisis en los adolescentes —que están teniendo un aumento en los últimos años—; lo que tiene que ver con la detección precoz y cómo se hacen las derivaciones, qué rutas, qué canales y qué aspectos de demandas son los que van a atender los equipos especializados

de salud mental; qué es lo que puede asumir el primer nivel de atención con apoyo y sin apoyo —algunas cosas sin apoyo—, con esos talleres de capacitación o con esos encuentros bimensuales o trimensuales. Y la otra parte, para que este trabajo conjunto con el primer nivel de atención funcione, y además que el primer nivel de atención sea resolutivo, tiene que ver con la formación de los residentes de psiquiatría, de psicología clínica, de enfermería, los residentes de familia, de pediatría que, al fin de cuentas, son los que tienen que hacer ese trabajo día a día con las personas de demandas más complejas.

En España y aquí tenemos claro que el camino es este.

Psiquiatra Mauricio Gómez. Además de felicitarlos por la iniciativa, porque es una iniciativa que se ha mantenido en el tiempo y eso es muy meritorio, yo quería hacer algunos comentarios orientados a lo que es el propósito de este plenario, que es el tema de la ley y cómo estas experiencias ayudan a pensar el futuro.

Sobre la base de las experiencias que cuentan voy a hacer un par de comentarios. El primero es que en estas experiencias uno podría distinguir tres objetivos. Uno es la intersectorialidad, es decir, trabajar con el territorio, con todas las organizaciones; el otro es el tema de la capacitación de los equipos y el tercero es favorecer la continuidad de la atención y generar vínculos en los procesos de atención. Creo que esos tres objetivos en un futuro se pueden descomponer; creo que no tienen que estar así todos pegoteados, digamos.

En Perú han tenido una dificultad en esta definición de lo que es el primer nivel. No sé si aquí, no lo tengo bien claro, pero en Perú el primer nivel es todo lo que está afuera del hospital. Entonces, si un equipo comunitario se forma fuera del hospital, se transforma en primer nivel y depende de la atención primaria. Genera una complejidad administrativa muy grande. Y algo me da la sensación de qué les pasó: salieron a la comunidad y se transformaron en el primer nivel de recepción

de personas. Colapsaron y probablemente la gente dejó de ir a la atención primaria. Es una complejidad que hay que resolver. No van a poder poner centros comunitarios de salud mental si no se respeta el orden del acceso a la salud, que tiene que entrar por la atención primaria.

El tema de la intersectorialidad se puede trabajar perfectamente dentro de un equipo de especialidad ambulatoria en la comunidad, sin confundirlo con el proceso asistencial. No sé si me explico... Es parte del proceso de trabajo, pero que no se confunda con lo otro.

La capacitación creo que, en un proceso de reforma, donde la atención primaria se empodera en los temas de salud mental, tiene que ser un nivel que venga desde todo el sistema. Obviamente que los equipos ambulatorios de especialidad pueden participar de eso, pero tiene que ser una cosa que impregne todo el sistema en su conjunto.

Les cuento brevemente que en Chile el tema de la salud mental en la atención primaria lleva cerca de 20 años. Hoy día todos los centros de salud tienen psicólogos trabajando y, por ley, tienen que atender los problemas de salud mental y hacer todos los ingresos; al sistema de salud mental se entra por atención primaria, sea el diagnóstico que sea. Nadie llega a una especialidad sin pasar por atención primaria, a menos que sea una urgencia. El nivel primario tiene que detectar y tratar depresión, a menos que esté con psicosis o en riesgo suicida. Tiene que detectar esquizofrenia y derivar al nivel de especialidad, para el diagnóstico especializado. Cada diagnóstico está protocolizado más o menos en sus formas de ingreso y derivación.

Por último, nosotros articulamos en el componente de continuidad de la atención una actividad básica que se llama consultoría de salud mental, que está reglamentada, tiene una orientación técnica, tiene un pago para los prestadores —se paga tanto la atención primaria como la de nivel de especialidad ambulatoria— y consiste en que va parte del equipo de especialidad. No es mucha

gente; no vamos todos. Generalmente va el psiquiatra, con un psicólogo, una enfermera, un trabajador social. Es una actividad que se hace regularmente, al menos una vez al mes, desde el nivel de especialidad a cada centro de salud primaria. Y lo que se hace ahí es discutir casos, básicamente eso, y conversar. En mi experiencia, cuando yo trabajaba en un centro ambulatorio, cuando no hacíamos la consultoría nos tapábamos de referencias. Estábamos llenos de casos y cuando íbamos disminuían rápidamente. Yo creo que es una forma de evaluar, porque el equipo primario deja de derivar todo. Porque se siente con confianza; sabe que puede consultar con alguien; te llaman por teléfono. Y eso creo que es el principal beneficio —además de todos los beneficios más finos, digamos—. Lo cuantitativo es que las referencias a nivel secundario disminuyen mucho.

Psic. Domingo Díaz del Peral. Me han aportado; de hecho, he pedido las presentaciones. Me parece que sois semilla del trabajo. Yo tengo alguna idea clave sobre esto en mi cabecilla. Una es que es imposible un buen trabajo en salud mental si no funciona el tema de atención primaria y salud mental como soporte, como eje, como base de toda nuestra actividad. Así está contemplada en nuestra normativa en Andalucía, y además no es una cuestión formal: esto es así o no funciona.

El problema fundamental para mí tiene que ver con la filosofía con la que asumen estas cuestiones; creo que muchas veces se mezclan. Lo que ha señalado Mauricio de los niveles me parece fundamental. Creo que hay que tomar una posición. ¿Salud Mental es un servicio especializado y Atención Primaria otro?, o ¿Salud Mental está inserta en Atención Primaria? Esto nosotros lo hemos resuelto por ley. Nosotros no somos Atención Primaria; somos un servicio especializado.

Primero, hay una necesidad imperativa. Sin una buena relación, en el sentido de un espacio común, amplio, clarificado y consolidado entre atención primaria y salud mental, es inviable cualquier proyecto de salud mental. Segundo,

tienen que tener claro que, aunque el espacio sea común, el espacio de decisión de cada uno. Tercero, qué manera de fusionarnos tenemos.

Algunas de las experiencias que habéis contado vamos a intentar mimetizarla; particularmente esa opción de que los residentes vayan con pacientes me ha parecido genial, porque creo que atención primaria en primer lugar, en la mayoría de los sitios, está mal dotada. Pero que somos pobres ya hay que saberlo; es decir, no podemos partir toda la vida de decir «somos pobres». Tampoco que pretendiera montar un barco con el dinero que tenía. Eran tres barquillos... Quiero decir que los grandes cambios no se empiezan con mucho dinero. La mayoría de los gestores y de los políticos invierten cuando creen que va a ser rentable a nivel de resultados o a nivel político; no invierten porque la idea sea buena. Esto no pasa aquí en el planeta Tierra.

El abordaje que nosotros hicimos del que yo estaba muy feliz se llama «Proceso ansiedad, depresión y somatizaciones (ADS)». Nosotros elegimos un campo de trabajo y nos pusimos de acuerdo en un modelo, una metodología que tenemos nosotros, que se llama Proceso, en el cual se establece qué usuarios entran, en qué condiciones, qué se hace, cómo salen y se informa al usuario.

El primer Proceso ADS de Andalucía, que fue en el año 2000, fue un proceso romántico. Y en ese sentido fue precioso, porque no tenía toda la metodología científica que tiene que tener un proceso, que indica, casi literalmente, cada uno de los pasos que se producen desde que un paciente entra en la consulta [...] en la atención primaria hasta —si es necesario que vaya, a Salud Mental; qué hace Salud Mental y si persiste en Salud Mental o si vuelve a atención primaria. Todo eso está protocolizado.

El primer proceso fue muy romántico, porque lo dejaba todo muy abierto. Participé activamente en la primera implementación del proceso. Mis compañeros me decían: «¿Que tenemos que dejar la consulta un día a la semana?, ¿irnos a atención primaria y pasar consulta con los médicos de atención

primaria», porque básicamente era eso. Y montar grupos de relajación, etc. «Pero si es que luego no nos hacen mucho caso; siempre están ocupados. Al final, hablamos con ellos cuando tomamos café.» Y ese era el objetivo. No eran conscientes de que el objetivo esencial era que, en primer lugar, se conocieran, se pusieran cara, supieran cómo es cada uno y empezaran a poder hablar de las dificultades reales que tienen con los pacientes. Ese fue el primer gran éxito que tuvo el proceso. Que ya no llamaba al doctor de la consulta 4, sino a Pepe, al que le gustan los calamares fritos.

El segundo nivel, que a mí me parece que fue fundamental, fue compromiso. Llegamos a compromisos muy sólidos. Nosotros les dijimos: «Nosotros venimos aquí todos los jueves [la mayoría del equipo se volcaba los jueves, pero había todos los días] si os comprometéis a no derivar a ningún paciente que no sea psicótico y que no hayamos hablado nosotros previamente.»

Nosotros llevamos desde 2000 a 2017 bajando la tasa de primeras consultas en salud mental, hasta el punto que la demora media hoy en salud mental roza entre las 24 horas y los 15 días, como máximo, en la Unidad de Gestión de Almería.

Pero además adquirimos un compromiso adicional. Les dijimos a los médicos de atención primaria: «Tenemos un teléfono solo para vosotros». Costó convencer a la directora [...] Era una línea única: línea de atención primaria. «Nuestro compromiso es que, si nos llamáis, en media hora, un psiquiatra o un psicólogo clínico se pone en contacto con vosotros. Le contáis cuál es el problema; nuestro compromiso es que lo resolvemos. Da igual el problema que sea. Si es necesario, se manda una ambulancia; si no, se desplaza uno allí...»

La tasa de primeras derivaciones bajó drásticamente. Hubo problemas que ya no es momento de contar, porque quiero que los demás hablen. Pero quiero señalar que, de ese ensamblaje, salieron más cosas. Por ejemplo, cada uno de los profesionales se fue implicando. Les dijimos: «Si montáis un

grupo de relajación en este centro de salud [...] nosotros nos comprometemos a que una enfermera nuestra venga y haga el grupo de relajación. Siempre y cuando vosotros estéis con nosotros en el grupo. Y el año que viene nosotros mantenemos el grupo y vosotros montáis otro.

Finalmente, hubo una segunda edición del proceso ADS, que conozco bien, porque la coordiné yo; fue muy complicada, con muchos médicos de familia. Y lo metimos ya en metodología de gestión, que eso para los románticos fue muy duro, porque acá el espíritu de «tomamos calamares» era más bonito.

Fue muy duro. Con cada equipo de salud llegamos a un acuerdo de gestión que se firma formalmente y va vinculado a los incentivos que cobran los profesionales de salud mental y los profesionales del equipo. El acuerdo de gestión implica casi todo lo que vosotros habéis tocado: la capacitación; la formación; las actividades asistenciales, que van desde grupos de relación a grupos de relajación; y unos objetivos asistenciales vinculados a farmacia y otros.

Prof. Sandra Romano. Dan ganas de seguirlos escuchando, pero la idea es intercambiar.

El tema este se eligió porque es uno de los más complejos y de mayor controversia sobre qué implicaría esto de que el equipo básico del primer nivel de atención sea el referente para todo el proceso de atención.

Es una cuestión que ha sido muy debatida y hay muchas opiniones en contra.

Opiniones de los participantes en referencia a todo esto. A las presentaciones, a qué implica la implementación de la ley en este tema, a los aportes que nos han hecho los comentaristas.

Levanten la mano y les voy pasando el micrófono.

Psic. Ricardo Acuña. Sin duda, felicitar las presentaciones. Las experiencias son notables. Pensaba cuánto ignoramos de las cosas buenas que hacemos.

Lo que uno percibe es la alta complejidad que tiene esto. Cuando uno ve la sumatoria

de organizaciones y de niveles y de cosas que hay, se pregunta cómo hace uno para tratar de que todo converja en un mismo discurso y en acciones compartidas. Para eso hay que definir claramente —y por escrito— qué es lo que tiene que hacer cada uno, quién lo tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer y dónde lo tiene que hacer. Eso tiene que estar claramente establecido, me parece, dada la complejidad del proceso asistencial; y que no haya desviaciones o superposiciones e irracionalidades.

Me parece que la organización sanitaria tiene que estar en función de las necesidades de la población. Y hay poblaciones que son diferentes. Una cosa es la población que se atiende en ASSE, por ejemplo, con altos niveles de vulnerabilidad (voy a poner dos extremos) y la población de la costa en Uruguay, con niveles medios, medios altos y altos.

Creo que la organización sanitaria tiene que asegurar la accesibilidad, la continuidad y la calidad de la asistencia, pero basada en el grado de vulnerabilidad. No estaría mal —esto es para pensar— que el nivel primario pueda estar superpuesto al nivel hospitalario y sanitario; y más en la historia de organización de los servicios en Uruguay. Pensando, por ejemplo, en instituciones privadas como La Española o Médica Uruguaya, donde niveles medios no tienen mayores niveles de vulnerabilidad —si bien la población puede ser heterogénea— y pueden llegar a lograr niveles de continuidad y de accesibilidad a los servicios que no requieren otro tipo de soporte que pueden darse en poblaciones vulnerables. Por eso la organización de la asistencia me parece que tiene que ser diferencial y en eso tenemos que pensar y discutir.

Algo que me rechina mucho es ponernos a hablar de disciplina y de transdisciplina... Eso a mí me brota. Porque veo una discusión muy teórica que no alcanza las acciones concretas. Y para mí lo que materializa la intermultitransdisciplina es lograr procesos asistenciales integrados.

Las experiencias que se presentaron están en condiciones de dar un paso más. Alcanzaron un grado importante de coordinación con el

primer nivel, que es lo que está aconsejado. Pero están en condiciones de hacer lo que le pedí a Domingo [Díaz del Peral] que desarrollara, lo que en Andalucía son los grupos socioeducativos; es decir, la identificación de líderes comunitarios para que parte de la actividad sobre todo de prevención y de promoción la haga gente que está en el lugar, que vive en el lugar, pero que no pertenece al sistema sanitario, sino que forma parte de la propia comunidad.

Psic. Ximena Ribas. Quería agradecer a los equipos, porque a veces, aunque estamos muy cerca —el Cerro está cerca de acá—, uno no sabe la experiencia que puede hacer otro. Yo trabajo en un prestador privado y eso a nosotros nos nutre de las experiencias de ustedes en el interior. Es muy importante el objetivo de ustedes, que es la educación en los equipos del primer nivel y además incluso más extendido, a nivel docente. Nosotros, desde los prestadores privados, podemos tomar algunas experiencias de ustedes y valorarlas en los congresos, porque a mí me gusta el tema de la psicofarmacología, pero eso lo encuentro en los libros y es fácil encontrarlo en internet. Pero poder aprender de las experiencias que se hacen en otros centros en el mismo país, o de las experiencias que se hacen en otros países, para mí es muy enriquecedor.

Agradezco la presencia de ustedes y que se haya organizado una instancia así.

Prof. Sandra Romano. La idea es esta, el intercambio. Qué es lo que cada uno se queda reflexionando a partir de esto. Imaginen que vamos a tener que empezar a armar cosas en relación con esto. Cómo hacemos para cumplir e implementar lo que dispone la ley, cómo tendrían que ser los equipos del primer nivel; cómo, los especializados y la relación entre estos.

Por ejemplo, Alicia [Canetti] planteó una cosa que creo que, por lo menos, habría que conversarla: ¿cuál tiene que ser la presencia de los especialistas en salud mental en el equipo de primer nivel? Eso es algo controversial y

no hay una opinión única; creo que tampoco entre los panelistas. Es una de las cosas que hay que pensar: quién hace qué, quién está dónde, de qué manera se relacionan, qué propuestas hay en relación con esto.

Participante del público. Nosotros somos de Argentina, donde también los sistemas, más en el sistema público, son muy difíciles de abordar. Es importante siempre tener la atención primaria más que nada. Nuestra experiencia es que si hay psiquiatras en los lugares primarios; siempre hay muchos más equipos de psicología y de otros tipos de asistencia que conforman el equipo interdisciplinario. Sería muy positivo que todos pasen por ahí, porque por más que uno esté en el segundo nivel —nosotros estamos en hospital general—, saber y conocer esa realidad de cada parte es diferentes.

Nosotros trabajamos más en el interior del país, en la provincia de Buenos Aires y no en la capital, y son dos realidades distintas. Entonces conocer y saber desde los jefes de las comunidades y entender los problemas nos enriquece como profesionales, y nos hace pensar y trabajar, porque, al fin, somos médicos —por esto de diferenciar psiquiatras/psicólogos— y el médico tiene que poder resolver estos problemas.

Me parece muy interesante y positivo todo lo que se dijo.

Dra. Psic. Cristina Larrobla. Me adhiero a las felicitaciones de la presentación de los trabajos. Me queda resonando y seguramente tenga que ver con la inserción que yo tengo últimamente en estos años que salí de la parte del trabajo en sectores vulnerables y estoy básicamente en la parte de docencia de la Facultad. Me preocupa la preocupación —valga la redundancia— que hay en temas organizativos, en cómo vamos a hacer para poner en marcha o darle continuidad o repensar esto, cuando en realidad tenemos una poca articulación entre lo que es la formación de recursos, la nueva ley, lo que ya tenemos funcionando, las

distintas estrategias y las especificidades que hay para cada una de estas cosas.

De hecho, hoy en la Universidad de la República tenemos llamados que no se llenan, porque la gente no se presenta. Le pasa eso a la Universidad de la República, pero también le pasa al sector asistencial. Porque ASSE llama a cargos y los profesionales no se presentan; entonces ahí tenemos como un gran agujero y un gran problema, porque estamos hablando de que precisamos más recursos humanos y sin embargo los recursos humanos o no tienen interés o... Son muchos los niveles para reflexionar sobre esto: falta de interés, la oferta económica laboral no es atractiva, hay otra racionalidad de las nuevas generaciones de cuáles son las aspiraciones para trabajar y cuál es el compromiso que se quiere poner en esto. Involucra mucho más de todo esto formal de lo que estamos hablando como para poder pensar. En particular, a mí la interacción entre las agendas de gestores de políticos —de políticas y de políticos, porque tenemos los dos niveles; esto que lo ingleses hablan de *policy and politics* que nosotros no lo tenemos tan diferenciado [...]— me resulta muy importante e interesante para pensar junto con las instituciones formadoras de recursos humanos. Estamos hablando de que tenemos que cambiar planes de estudio; de que nuestra formación tiene que empezar a apuntar a otros lugares, porque hay un cambio radical. Creo que ahí tenemos una brecha muy grande que nos cuesta terminar de cerrar. O de tomar realmente conciencia de esto y de la importancia que tiene.

Psic. Solange De Souza. Esto que decís es una realidad que padecemos tremendamente.

La mayoría de los técnicos que integramos el equipo de INVE ya estamos en una edad «avanzada» y no vemos la posibilidad de recursos que quieran trabajar en esto. Justo acá tenemos a las dos profesoras de las cátedras pediátricas, de Psiquiatría Pediátrica y de Adultos. Creo que en realidad hay un tema en la formación, en la información y en dar condiciones de trabajo que sean más atracti-

vas para que las personas vengan a trabajar con nosotros.

Conseguir un psiquiatra de adultos que quiera trabajar con nosotros en el equipo comunitario es algo muy complejo. Eso atenta totalmente contra la continuidad de la asistencia, atenta contra muchas de las cosas que dijimos acá. Es una realidad que va a empeorar en los próximos años, si no hacemos algo al respecto.

Esta era justamente una de las preocupaciones y la otra son los sistemas de registro, que no es un tema menor. Todo lo asistencial se registra por número de pacientes por hora y los sistemas informáticos continúan no registrando otro tipo de actividades. Que son muchas; se valoran mucho a nivel de lo que te dicen cuando las hacés, pero a la hora que se evalúa las situaciones no son nada, no existen. No existe la actividad, no está registrada. Son horas que las tenés que robar de la buena voluntad de los técnicos, porque tengo que atender, pero ¿cómo hago esto? Me parece que eso es algo que hay que atender con urgencia.

Psiquiatra Sergio Oneto. En relación con lo que decía la colega. Desde el interior, esta dificultad en relación con la continuidad de la asistencia en los próximos escasos años —porque la mayoría ya somos veteranos— es una amenaza. No hemos podido radicar colegas nuevos; es muy difícil. Por un lado, me parece que fomenta la necesidad de implicar al primer nivel cada vez más en la atención de problemas de salud mental. Porque no llegamos a ser 100 psiquiatras en el interior, con los itinerantes, para atender un millón y medio de personas potencialmente.

Es una realidad. Ahí es que trabajamos en el primero, en el segundo, en el tercero, en la mutual, en Salud Pública, en el INAU, en el Poder Judicial. Y esas realidades, a la hora de pensar cambios de modelo hay que atenderlas.

No se hacen cambios si recursos, y acá el recurso más caro y el más difícil es el recurso humano.

La subjetividad del nuevo recurso humano sin duda ha cambiado. El recurso *millennials* es otro recurso, cuya forma de pensar yo envidio, pero a la hora de asumir compromisos los asumen de otra forma distinta a nosotros. Y eso hay que tenerlo en cuenta. El reclutamiento en el interior ha sido históricamente difícil; si no apelamos a que la Universidad forme en el interior o, por lo menos, lo que está escrito en la literatura, que una de las herramientas centrales de reclutamiento en zonas alejadas de la Academia es que parte de la formación pase por ahí. Que haya pasantías, por ejemplo. Si no apelamos a eso, me parece que nos quedamos sin técnicos en el interior y en la periferia de la ciudad. Nos quedamos sin técnicos en muy poco tiempo, y sin técnicos no va a haber asistencia.

Nosotros, en ese sentido, hemos intentado inventar, generar cosas. La atención de nuestro equipo está centrada en enfermería. El eje del servicio es la enfermera; no es el psiquiatra ni es el psicólogo, porque es el recurso que tenemos. Entonces, una enfermería capacitada hace un montón de cosas, pero no alcanza con eso. Me parece que es algo que hay que atender a la hora de pensar en la nueva ley.

Prof. Sandra Romano. Comparto totalmente lo que dicen sobre eso. Lo que plantean con respecto a la formación me parece que es clave. Ahí hay dos o tres cosas que capaz que tenemos mucho para hacer y que van a ser posibles.

La nueva ley de residencias plantea la obligatoriedad de al menos 6 meses de ejercicio en algún lugar del interior. Esto ya está vigente para la generación que está haciendo 2.º año en este momento: la obligatoriedad de al menos 6 meses de ejercicio en algún lugar del interior. Y lo otro que plantea es la obligatoriedad de que en 3.º año tengan pasantías en el interior; además del semestre en el interior, que lo hayan hecho en cualquier momento de la residencia. Eso implica dificultades de implementación en lo operativo, pero estamos tratando de armarlo de alguna manera.

Con respecto a psiquiatras de adultos, nosotros pedimos cargos para el interior ahora. Porque hay un tema de operativa, de financiación, de todo tipo. Y capaz que los lugares que más necesitan que vaya gente no son los lugares donde pueden ir hoy a formarse. Ahí hay todo un tema para ver. Está allá Marita Ballocco, de API, que asiente.

Quiero hacer un solo comentario más, que tiene que ver con otra cosa de lo que planteaban hoy respecto a formación. Yo estoy convencida de que la única manera en que se puede formar en el trabajo en los equipos comunitarios es estando. Hay una cosa propuesta en el Plan de Formación del Psiquiatra que queremos empezar a instrumentar ahora, y es el hecho de que tengan obligatorio 1 día de consulta en uno de los equipos, y que lo mantengan durante 2 años a lo largo de la formación. Lo cual les daría integración al equipo, conocimiento del territorio y seguimiento de una misma población, aunque se chiquita la que les toque. Un par de años da una perspectiva distinta a la que uno ve en la consulta de un ratito, ¿no?

Psiqu. María Concepción Ballocco. La nueva ley creo que nos va a habilitar a esto. Está en nosotros, los equipos de trabajo, trabajar en conjunto en el marco de esta nueva ley para conformar, desde las distintas instituciones —y API está en esto también—, la formación de recursos en el interior. Estamos más cercanos a la gente. En el interior estamos más cercanos a la gente y también a los otros colegas; no solo cercanos geográficamente, sino cercanos en la modalidad del pueblo también. Por eso que dice Sergio [Oneto]: trabajamos en uno, en otro, en tres lados. Nos vemos; somos los mismos; estamos en el mismo liceo; vamos al mismo súper. Una cantidad de cosas que nos acercan desde otro modo también; entonces, facilitan los encuentros.

Esto que traés me parece valiosísimo. Los residentes en el interior: buenísimo. Contamos con API para esto.

Y también lo de psicología. Hemos tenido la suerte, en este convenio que hay con Psicología, que desde hace unos cuantos años tenemos residentes en psicología en el interior que han dado un aire. Coincidió contigo, Sergio —¡qué vamos a hacer!— en que en un momento nos tendremos que ir, pero dejaremos semilla, ¿no?

Prof. Sandra Romano. Otro tema que me parece que tiene mucho que ver con esto que están hablando también son las formas de contratación. Cuando uno mira el número de psiquiatras que somos, no somos tan pocos. El problema es que cuando miramos las formas de contratación, la mayor parte de las horas contratadas para psiquiatría son para sala y para emergencia. Si uno mira los contratos del interior, la mayor parte de las horas son para guardias de retén de emergencia. En FEMI pasa exactamente lo mismo; entonces, la inversión de horas y de recursos económicos para cubrir la atención, ¿qué jerarquiza?: la emergencia y la sala; en detrimento de lo que es el seguimiento en consulta ambulatoria a largo plazo.

Si hablamos de modelo, la forma de contratación también tiene que ver con el modelo.

Y otra cosa que tiene que ver con algo que traían. Lo que vimos ayer cuando hablábamos en el otro plenario sobre el tema de estructura, yo creo que también va para esto. La complementación público-privado en algunos territorios es ineludible; no hay manera de que esto vaya a funcionar si no.

Prof. Psiquiatría Pediátrica Gabriela Garrido. Quería agregar que donde pongamos el foco en la formación no se va a ver en estos dos, tres años, pero seguramente se vea en los próximos diez años. Por lo menos, hoy por hoy, tenemos un acuerdo expreso, tácito, implícito con la psiquiatría de adultos de hacer un gran esfuerzo; nosotros, por volver a la formación en comunidad y ustedes, por salir. Creo que eso es bueno y lo veremos en unos años.

Oneto hablaba del compromiso de los privados del interior, porque hay un reclamo permanente del interior de que la gente no se radica. Pero la verdad es que la recepción muchas veces —no de los colegas, sino de las empresas— de las instituciones de salud privadas del interior es muy dura. Entonces, no es fácil, aun para aquellos que provienen del interior, a veces volver a su lugar de origen y radicarse.

Prof. Agda. Alicia Canetti. Como se hizo referencia y se cuestionó una cosa que yo dije. Se relativizó.

Hay diferencias, y no solo semánticas, entre lo que es interdisciplina y multidisciplina. Está muy estudiado. Hay equipos que se dedican a la investigación de esto; así que creo que no es un problema semántico. Y no hay que tenerle miedo o vergüenza a decir que se trabaja multidisciplinariamente.

Psiq. Domingo Díaz del Peral. Muchas gracias a todos. ¡Vámonos!