

Consideraciones sobre el Proyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay

Con motivo de definir los lineamientos y contenidos del Proyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay, el Área Programática en Salud Mental del Ministerio de Salud Pública convocó a diversas Instituciones vinculadas a esta área a trabajar e intercambiar sobre los temas que conciernen la elaboración de este Proyecto.

A pesar de que la Asociación Psicoanalítica del Uruguay no disponía, ni dispone de una posición orgánica respecto de los diferentes ítems a discutir, a su Comisión Directiva le pareció importante participar en los grupos de trabajo propuestos con el fin de conocer las distintas posiciones en debate y así poder intercambiar sobre ellas dentro de nuestra Institución.

Consideró también que los psicoanalistas no podíamos quedar al margen de temas y problemas de tanta trascendencia y actualidad y que era importante aportar ideas desde nuestra formación y prácticas.

El MSP propuso 6 grupos en los cuales las temáticas trabajadas fueron:

- 1) Promoción y prevención en salud mental;
- 2) Sistema de atención de los servicios de salud mental;
- 3) Mecanismos de supervisión y revisión;
- 4) Derechos de los usuarios, familiares y cuidadores;
- 5) Abordaje intersectorial y Recursos humanos;
- 6) Evaluación e investigación.

Nos pareció oportuna esta revisión crítica del marco legal de la salud mental hacia un cambio legislativo que incorpore los aspectos de promoción y prevención así como de tratamiento y rehabilitación de las afecciones mentales dentro de una perspectiva de respeto a los derechos humanos y acorde a los compromisos de nuestro país respecto de las Declaraciones y Convenciones internacionales.

Recordemos que la Ley 9581 de Asistencia de Psicópatas del año 1936, vigente, adecuada para su época, fue creada con el fin de asegurar la asistencia y protección de las personas con patología mental en un momento en que el modelo de atención era predominantemente asilar. Fue previa al advenimiento de los tratamientos biológicos así como a la utilización de las psicoterapias, los tratamientos psicosociales y los dispositivos de rehabilitación.

Constituyó un importante antecedente a este Proyecto de Ley el Programa Nacional de Salud Mental del año 1986, promovido por un movimiento de amplia participación, que se fundamentó en la necesidad de implementar un nuevo enfoque de la salud mental priorizando las áreas de promoción y prevención y la atención de las personas con trastornos mentales con énfasis en dispositivos comunitarios, que integraran a los técnicos en un trabajo de equipo, utilizando todos los recursos disponibles, hacia una superación del modelo asilar.

Muy posteriormente, la Ley 18211 creó el Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2007, cuyos principios rectores de universalidad, equidad y accesibilidad procuran garantizar a la población respuestas satisfactorias a sus necesidades en salud.

En este marco, el Plan de Prestaciones en Salud Mental definió *la incorporación progresiva al SNIS de la psicoterapia e intervenciones psicosociales* a partir de setiembre de 2011, ampliando por primera vez el derecho de la población a estos servicios tanto a nivel público como privado.

Actualmente, en lo que respecta a los servicios de salud mental, si bien se han ido implementando algunas estructuras que tienden hacia un modelo de atención comunitario, como centros de salud y equipos de salud mental a partir del año 1996, salas de internación psiquiátrica en hospitales generales, distintos dispositivos de rehabilitación, casas asistidas para personas con trastornos severos, estamos muy lejos de poder consolidarlo. Además éste coexiste aún con *instituciones asilares que no se han logrado sustituir*.

Como la mayoría de la población, recientemente nos hemos conmovido por hechos que muestran que en la psicosis o en otras patologías graves, cuando se vive en condiciones asilares, la posibilidad de pedir auxilio y defender los derechos está avasallada. Pero además estamos conmovidos al reconocer *la exclusión* que todos hacemos de aquellos que son diferentes por padecer dificultades psíquicas, orgánicas y sociales que los dejan en minusvalía y desamparo. El Estado tiene la obligación de defender los derechos humanos de todos los habitantes pero toda la sociedad —en la que nos incluimos— sabe de la existencia de los asilos psiquiátricos y de su realidad interna y coexiste, la mayor parte del tiempo indiferente, con esa realidad terrible de la exclusión. Ésta afecta principalmente a los adultos mayores, a los jóvenes y a los niños, que sufren de psicosis, trastornos graves de la personalidad, sociopatías, psicosis infantiles, trastornos del espectro autista, etcétera. A pesar de buenas intenciones personales, institucionales,

profesionales y políticas, la exclusión asilar y el desamparo humano se instalan una y otra vez.

Ésta es una preocupación que nuestra Asociación ha abordado en actividades bajo el ángulo de la inclusión y la exclusión, en los cinco Coloquios de Emergencia Social que desde el año 2006 venimos realizando.

Como el primer móvil de la alerta y preocupación actual fue el estallido público de una realidad de incumplimiento de los derechos humanos respecto de personas en régimen asilar o con trastornos que pudieran colocarlos en situación de desamparo, ponemos el énfasis en el restablecimiento y respeto de los siguientes derechos de las personas con trastornos de salud mental:

1- Derecho a recibir la atención médica que requieran todas las patologías mentales que impliquen trastornos orgánicos o funcionales con efectos directos o indirectos sobre la salud mental. En ese sentido, nos parece fundamental que el sistema de salud logre garantizar las condiciones para alcanzar un vínculo médico-paciente estable y comprometido que ampare a todos los pacientes y en especial a aquellos que no pueden cuidarse por sí mismos.

2-Derecho a recibir la asistencia social necesaria para poder modificar las condiciones sociales que pudieran afectar la salud y generar trastornos de la salud mental, así como para afrontar las dificultades sociales (en la integración escolar, liceal, laboral,) que sobrevengan a los trastornos mentales.

3-Derecho a recibir la asistencia psicológica y psicoterapéutica que brinde una escucha humana, comprensiva y simbolizante, que permita el desarrollo del pensamiento y de la comprensión de las vivencias afectivas, de los vínculos emocionales y de los sistemas de relacionamiento social a los efectos de afrontar tanto las causas como las consecuencias de los trastornos mentales sufridos.

4-Derecho a ser tratado y ayudado a sostener la condición humana, los derechos humanos y la condición de sujeto psíquico y social con capacidad de pensar, entender y elegir, en la medida de lo que su situación lo permita, para lo cual recibirá todos los tratamientos y apoyos necesarios, con la duración necesaria individualizada por caso, para la recuperación y el mantenimiento de la salud, la inserción social, cultural, escolar y laboral, u otros aspectos requeridos como consecuencia de los trastornos mentales padecidos.

Estos tratamientos tendrán en cuenta especialmente el favorecer la escucha humana y el fortalecimiento del lenguaje, el pensamiento y las capacidades de discernimiento, a la vez que las experiencias afectivas. En ningún caso se constreñirá la condición humana a una técnica y a una práctica sino que todos estos aspectos se dispondrán en un abanico que considere las necesidades del afecto y del pensamiento, del mundo simbólico cultural donde cada sujeto existe.

Quienes no pueden sostenerse como sujetos psíquicos y sociales porque sus dificultades no les permiten defenderse, requieren que la sociedad les garantice sus derechos. Por ello pensamos que se necesita de la participación de representantes de usuarios y familiares que escuchen, interpreten y defiendan estos derechos. Inevitablemente, las instituciones de salud son muy grandes, con muchos actores, con distintos intereses en juego, pero si se pone el acento en los derechos de los usuarios, podrían superarse las falsas oposiciones que a veces se crean en las prácticas de los distintos trabajadores involucrados.

A los efectos de sostener estos derechos:

A- Nos parece oportuna la iniciativa de formar un Órgano de Revisión, que supervise el cumplimiento de la ley y defienda los derechos de los usuarios, en particular de los que requieran de internaciones involuntarias o que se encuentren en situaciones de mayor vulnerabilidad. Es importante que este Órgano de Revisión esté integrado por un equipo multidisciplinario así como por representantes de usuarios y familiares, de modo que pueda considerar los distintos aspectos técnicos y humanos involucrados. El órgano de revisión necesitará disponer de capacidad técnica y operativa para evaluar cada situación *in situ*, con excelencia y rapidez, así como derivar a la brevedad esa evaluación al juez o fiscal competente.

B- Consideramos de vital importancia cerrar las actuales estructuras asilares: las colonias psiquiátricas Etchepare y Santin Carlos Rossi. Queremos ser explícitos en cuanto a la necesidad de un *plan de cierre* concreto, con objetivos a mediano y largo plazo, que comience impidiendo nuevas internaciones. Instalar desde ya y progresivamente alternativas asistenciales más pequeñas y diseñadas de acuerdo a las necesidades humanas, donde se pueda evaluar el tratamiento que esté indicado para cada caso, según su situación clínica y posibilidades de re-inserción. Dentro de estos dispositivos para la atención de pacientes complejos y graves, además de otras estructuras comunitarias, valoramos la propuesta de los Centros diurnos, de Casas asistidas y de Hospitales de día. Estas estructuras de pequeña escala, permitirán ensanchar paulatinamente los lazos con redes que tomen a su

cargo las diferentes necesidades asistenciales y humanas. Nos parece importante ampliar el alcance de los Centros de rehabilitación o Centros diurnos a todo el país.

C- En las nuevas formas asistenciales y de rehabilitación propuestas, *la psicoterapia*¹ debe ser necesariamente jerarquizada junto a instrumentos que posibiliten la re-inserción social, laboral y cultural, para lo cual los Centros diurnos o de rehabilitación son fundamentales. En la atención de personas que sufren de enfermedades mentales graves, es muy importante reintroducir la dimensión psicoterapéutica, que ayude a comprender cómo cada uno vive su problemática y su enfermedad así como el tratamiento a realizarse, a lo largo de las distintas estructuras por las que atraviese. Por ello reiteramos la necesidad de brindar una escucha humana, comprensiva y simbolizante, que favorezca el desarrollo de la subjetividad, como el psicoanálisis lo ha venido investigando y aplicando desde hace más de un siglo.

En el plan de nuevas atenciones en salud mental aprobado en agosto de 2011, se priorizó la atención en psicoterapia a personas con trastornos mentales severos. La realidad del sistema mutual y de ASSE, ha llevado a que no se cumpliera siempre con la calidad de las psicoterapias, ni con la derivación a las mismas. Creemos importante recordar que existe este instrumento y trabajar para impulsar su realización y profundización.

D- También queremos destacar la tarea de *Cuidado de Equipos*, en la que APU tuvo oportunidad de colaborar, con el personal a cargo de varios de los dispositivos mencionados. Entendemos importante esta manera de cuidar al personal y poder tenerla en cuenta cuando se planifica el trabajo con grupos humanos donde el proceso terapéutico y de rehabilitación sea pensado y

¹ Desde el punto de vista de nuestra disciplina, colocamos en primer plano el derecho de los usuarios de los servicios de salud a recibir una atención y un tratamiento psicoterapéuticos de calidad a los efectos de que realmente los ayude a realizar o a relanzar la elaboración psíquica de sus problemáticas a través de sus capacidades de simbolización y subjetivación. El psicoanálisis ha realizado a través de su historia aportes teóricos y clínicos en este sentido. Si bien sabemos que ASSE está brindando a la población a través del FONASA y, por intermedio de los servicios prestadores de salud, psicoterapias a algunas poblaciones, lo cual valoramos muy positivamente, jerarquizamos también la importancia de ofrecer una atención psicoterapéutica adecuada a cada situación clínica en particular, desde las situaciones más leves hasta los trastornos más graves y con duraciones de tratamiento adecuadas. Así por ejemplo, respecto al abordaje de patologías graves en la niñez así como los primeros episodios en jóvenes y/o adultos, hay suficiente evidencia a nivel internacional que muestra cómo las intervenciones psicoterapéuticas psicoanalíticas precisas, realizadas en forma oportuna al paciente y su familia, junto con el tratamiento farmacológico, pueden evitar en muchos casos que éstos se instalen de manera crónica. Todo lo que podamos hacer para evitar la cronicidad es poco.

sostenido por el equipo multidisciplinario en su conjunto.²

E- En la perspectiva de la *prevención*, consideramos favorecedoras de la salud mental todas las iniciativas que tiendan a promover los factores protectores, entre los cuales destacamos el desarrollo de las capacidades de simbolización y comunicación verbal, en las distintas etapas vitales. En este sentido, damos mucha importancia a los programas específicos y a las intervenciones especializadas para los niños y sus familias, los adolescentes, los adultos mayores, ya que las problemáticas vinculadas a cada uno de esos momentos requieren muchas veces de un apuntalamiento mayor por parte del entorno.

F- Para todo lo expuesto pensamos que es fundamental la adecuada formación de los profesionales que trabajen en los distintos servicios del sistema de salud, sin dejar de lado la riqueza que aporta una buena formación teórico-clínica para todos, que permita poder dar sentido y respuesta a las distintas problemáticas que presentan los usuarios. Muchas veces los profesionales que están a cargo de los pacientes más difíciles son aquellos que se inician en el ejercicio de su profesión y, aun los que disponen de mayor experiencia y formación, necesitan del apoyo institucional, por ello consideramos fundamental que se favorezcan las reuniones de equipo y los espacios de reflexión con otros profesionales que los sostengan.

Sabemos que la complejidad humana en cuestión no justifica el predominio de ninguna profesión sobre la construcción social de una respuesta más adecuada en salud mental y que se requiere del ejercicio de un trabajo interdisciplinario, social y político, donde cada profesión actúe dentro de sus competencias con las responsabilidades correspondientes. Por lo que nos fue transmitido consideramos que los diferentes grupos de discusión fueron sumamente fructíferos y nos permitieron enriquecernos con los valiosos aportes planteados.

² El cuidado de equipos (cuidar a los que cuidan) es un derecho de los trabajadores, técnicos y profesionales. En todo trabajo surgen afectaciones que operan como obstáculos importantes, no sólo para el desempeño de la tarea sino, fundamentalmente, por el impacto en la salud física y psíquica de los operadores. La instrumentación del dispositivo Cuidado de Equipo, conlleva un aspecto no sólo preventivo sino un efecto terapéutico. Por ejemplo: para los equipos que trabajan con poblaciones en situación de riesgo social, con pacientes internados en instituciones psiquiátricas, carcelarias, pacientes en cuidados paliativos, en CTI, en instituciones educativas. La circulación de la palabra en estos ámbitos acompaña la búsqueda colectiva de vías de procesamiento alternativas para superar las dificultades, acorde con los objetivos planteados, habilitando así la posibilidad del trabajo creativo con menor sufrimiento de los participantes. La experiencia ha mostrado francamente su beneficio, por lo que sería útil ponerlo a disposición del mayor número de equipos que se ocupen de la salud mental.

Celebramos que el Ministerio de Salud Pública haya realizado esta amplia convocatoria para poder recoger las posturas de las diferentes instituciones y poder contribuir a la elaboración de este Proyecto de Ley. Esperamos que la etapa parlamentaria de su articulación y aprobación sea también acompañada de intercambios con las instituciones y disciplinas pertinentes, al igual que con las organizaciones sociales, de modo de elaborar una legislación cercana a los requerimientos de quienes padecen estas dificultades. Pensamos también que todas estas ideas y proyectos necesitan de su reglamentación e instrumentación posterior de modo de que no queden en un status solo declaratorio. La exclusión social y el desamparo de los más débiles por causas psíquicas y sociales necesitan un compromiso real con estas ideas de cambio.

Deseamos tener la oportunidad de seguir reflexionando sobre este Proyecto para una Ley de Salud Mental en Uruguay, dentro de nuestra institución y también con otros interlocutores.

Susana Balparda
Alba Busto
Álvaro Cardozo
Claudia Ceroni
Javier García
Amelia Mas
Corina Nin
Hebert Tenenbaum
Virginia Vallarino
Lourdes Villafaña
Luis Villalba

Montevideo, Setiembre de 2015