

XVII Jornadas de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Sociales

¿"Libres e iguales"?

A 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos

Título de la ponencia: La perspectiva de los usuarios de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado De Salud: avances de investigación. ¹

Autoras: Alejandra Moreira, investigadora de Facultad de Medicina. alemore@montevideo.com.uy y Carla Palombo investigadora de Facultad de Ciencias Sociales. carlapalombo@gmail.com

Coordinadora: Beatriz Fernández Castrillo beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy

Resumen:

Desde la Facultad de Ciencias Sociales se realiza una investigación con el aval de la Comisión Sectorial de Investigación Científica. Se propone evaluar el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental aprobado en 2011, el cual exige a los prestadores de salud brindar intervenciones psicosociales para grupos vulnerables de usuarios. Mediante distintas estrategias metodológicas se relevan experiencias de técnicos y usuarios del sistema, tomando como guía la Escala de Verona. El equipo de trabajo, constituido de manera interdisciplinaria por docentes de Facultad de Ciencias Sociales, Medicina y Psicología, se dedica al estudio de la complejidad social y la salud mental. El Sistema Nacional Integrado de Salud posiciona a la perspectiva de derechos como eje y marco de las acciones a desarrollarse en la Reforma de Salud Mental que se viene gestando. Dado que uno de los principales hallazgos de nuestro estudio ha sido la desinformación de los usuarios, en esta oportunidad (y como una de las estrategias de difusión de información a la comunidad) nos planteamos discutir una fracción de los resultados: las respuestas de usuarios desde un enfoque de derechos.

Palabras claves: Evaluación- Políticas públicas- Usuarios

¹ Trabajo presentado en la Mesa “Complejidad Social y Salud Mental: interfaces entre prácticas y discursos. en las XVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR, 2018.

INTRODUCCION.

El fin de esta comunicación es compartir resultados preliminares de una investigación en curso realizada desde el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales con la participación docente del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología y de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, acerca del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM). (1)

A continuación se realiza una breve contextualización histórica a fin de situarnos en la sucesión de hechos que nos desembocan en el proceso de reforma del Sistema de Salud y específicamente de Salud Mental (SM) que en la actualidad estamos asistiendo.

En la década del 60 en el Uruguay existía una gran movilización político – cultural, el sistema económico enfrentaba grandes niveles de inflación, causando un empobrecimiento de la población que desencadenó una crisis económica, las fuerzas armadas adquirieron un creciente y progresivo protagonismo resultando en el golpe de Estado del año 1973. Durante más de 11 años el Uruguay estuvo regido por un gobierno militar, caracterizado por la persecución de los opositores al sistema, la censura de los medios de prensa, miles de personas sometidas a desaparición forzosa, presas o exiliadas. Con la recuperación democrática de 1985, se renueva la movilización de la sociedad civil organizada en torno a la reivindicación de la Salud como derecho y de la dignificación de la Salud Mental entre otros temas. En consenso entre las distintas organizaciones se elaboró en forma interdisciplinaria el documento titulado *Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuestas de Cambio*. Se estableció una *Comisión Asesora Técnica* del Ministerio de Salud Pública (MSP) que en el año 1986 elaboró el Plan Nacional de Salud Mental (2) donde proponían un modelo de atención igualitario, accesible, integral y coordinado desde donde se considera, surgieron los cimientos de la Ley de Salud Mental. (3-5)

En el 2005 Tabaré Vázquez encabezó el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay, tras la victoria en primera vuelta de las elecciones nacionales con mayoría parlamentaria. Esto coincidió con el advenimiento de las reformas del Estado, en especial la del sistema de salud que formó parte de las prioridades de la agenda programática. De este modo en el campo de la Salud Mental, se incorporan nuevas prestaciones con el fin de “disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales”.

En diciembre del año 2007 se pone en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)(6), que propone llevar a cabo una serie de modificaciones sustanciales, que luego fueron profundizadas en un segundo período de gobierno a partir del año 2009. En esta coyuntura se abren posibilidades

de innovación en las políticas públicas de salud en lo que respecta a la gestión y el financiamiento que dan viabilidad a un nuevo modelo de atención.

En el año 2011 se aprueba el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental (PIPSM) ⁽¹⁾ que reviste carácter obligatorio y alcance nacional para los prestadores públicos y privados incluidos en el SNIS. Se trata de una política que incorpora al catálogo de prestaciones una serie de dispositivos psicosociales y psicoterapéuticos, enmarcada en la profundización de la reforma sanitaria. Los principios rectores de la misma procuran “asegurar en forma universal y equitativa los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población”.

Se trabaja fuertemente en los ejes de prevención y promoción de salud, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria desde un Primer Nivel reforzado. De esta manera, se busca actuar sobre problemáticas prevalentes abordando integralmente distintas franjas etarias (niños, adolescentes y adultos), haciendo foco sobre colectivos considerados multiplicadores de salud, al tiempo que se da lugar al tratamiento de usuarios con enfermedad mental y parte de su rehabilitación psicosocial.

Entre el 2007 y 2009 el grupo *Política Legislación y Derechos Humanos en Salud Mental* de la *Comisión Asesora Técnica Permanente* del Programa Nacional de Salud Mental del MSP, con el fin de mejorar la calidad de vida y la asistencia de los usuarios del servicio de Salud Mental produce un primer anteproyecto de ley de con avances importantes. En este marco se sucedieron una serie de acontecimientos académicos que tenían como eje la legislación en Salud Mental. Entre otras iniciativas, en 2013 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) realiza actividades de formación con la presencia de expertos nacionales y extranjeros.

A mediados del 2015 el área programática para la atención en Salud Mental del MSP con la contribución de más de 30 organizaciones sociales nucleadas en la Comisión Asesora Técnica Permanente, presentó el documento: *Aporte para los contenidos de una Ley de Salud Mental*.

En diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo presentó en el MSP el proyecto de ley de Salud Mental que llevaría a la cámara de senadores. Finalmente en agosto de 2017 se aprueba una versión final de la ley ⁽⁷⁾. En la actualidad, distintos colectivos vinculados a la Salud Mental se encuentran trabajando en la implementación de esta ley.

El estudio que estamos presentando como *Grupo de Investigación Interdisciplinaria Complejidad Social y Salud Mental*, conformado por docentes de la Facultad de ciencias Sociales, Facultad de Psicología y de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina; cuenta con la aprobación académica y financiera de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC). El mismo, procura contribuir con insumos para optimizar la evaluación de las políticas de salud en nuestro

país, centrándose en el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental (PIPSM), aprobado en el año 2011^{(8),.}

METODOLOGÍA

La metodología del estudio combina estrategias cuantitativas y cualitativas ⁽⁹⁾, configurándose como estudio multi-casos de cobertura nacional, de corte descriptivo, exploratorio e interpretativo relacional. El mismo releva información de las 6 Regionales de Salud Mental según distribución territorial del MSP: Montevideo y zona Metropolitana; y Regionales Este; Litoral; Centro; Noreste y Norte. Además, se indaga sobre la perspectiva de los distintos actores intervinientes (gestores políticos, y en mayor profundidad la opinión de técnicos y usuarios de los servicios de Salud Mental), como una aproximación a la manera en que se están implementando dichas prestaciones. Los datos se recogen mediante encuestas, entrevistas y grupos focales. ⁽¹⁰⁾

AVANCE DE RESULTADOS

En esta comunicación, nos centraremos en un avance de resultados, en base a las encuestas realizadas a usuarios de los servicios de salud públicos y privados, a quienes consideramos actores claves a la hora de elaborar y poner en marcha planes de acción en políticas salubristas.

Los casos encuestados, en su mayoría son contactados a través del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP). Las encuestas están dirigidas a personas de ambos sexos, mayores de 18 años, residentes en el país, que hayan consultado o tengan un vínculo cercano con un usuario/a de servicios de salud mental, que haya tenido atención en los últimos 5 años.

Todo el trabajo de campo sigue como pauta el criterio desarrollado en la Escala de Verona para Valoración de la Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental ⁽¹¹⁾ a efectos de relevar información sobre la competencia y disponibilidad de los profesionales actuantes, el tiempo de espera para la consulta, la accesibilidad geográfica, económica y a los servicios de emergencia, el acceso a los medicamentos, la inclusión de la familia en el tratamiento y la disponibilidad de información respecto a la oferta de atención en salud mental.

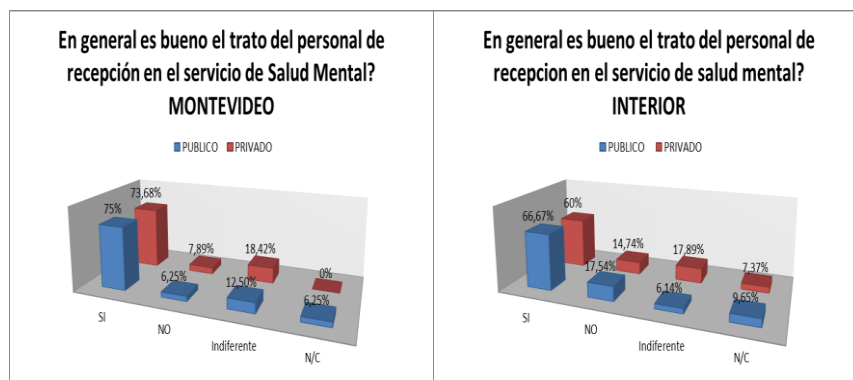
El análisis de información cuantitativa se procesa mediante software estadístico Excel y SPSS. El material cualitativo, se organiza como árbol categorial siguiendo idéntico criterio que el de las pautas definidas para el trabajo de campo, y se procesa mediante el software Atlasti.

Los aspectos éticos son considerados mediante consentimiento informado, garantizando el

anonimato de todos los entrevistados. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

Hasta el momento, se cuenta con un total de 271 encuestas a usuarios de los servicios de salud mental, 20% de los cuales corresponden a Montevideo y 80% al interior del país. El perfil de la población encuestada es preponderantemente de mujeres (76% en Montevideo y 70% en el interior) con una media de edad de 46 años para Montevideo y 47 años para el interior. En Montevideo los usuarios pertenecen mayoritariamente al sector privado (69%) y en el interior un 54% al sector público.

Acerca del trato del personal de recepción del servicio de Salud Mental, tanto en el ámbito público como en el privado de Montevideo e interior, existe acuerdo entre los encuestados, con porcentajes de conformidad mayores al 60%.



A nivel privado capitalino, un 44% de los encuestados refieren que los Equipos de Recepción son conformados de manera interdisciplinaria, mientras en el ámbito público solo un 26,32% lo sostiene. En el interior 35% de los usuarios de ASSE, responden que los equipos están constituidos de forma interdisciplinaria, mientras que un 43% lo afirma en el ámbito privado.

Los encuestados se muestran en general satisfechos con la competencia de los Equipos de Recepción, con un 81,25% de conformidad para los usuarios de ASSE de Montevideo y un 63% para los prestadores privados. En el interior, el 62% de los usuarios encuestados del ámbito público se encuentran conformes con la competencia de los profesionales, mientras que muestran conformidad el 54% de los usuarios de los servicios privados. En distintas regionales y de manera reiterada se reivindica la falta de formación de los equipos en problemáticas del espectro autista.

Los prestadores privados cobran tickets para los socios que no clasifican dentro de los grupos previstos de riesgo por el plan de prestaciones; la mayoría de los encuestados (76%) consideran este gasto como accesible. Muchos denuncian dificultades en la accesibilidad geográfica al servicio,

dado que es frecuente que el psicoterapeuta o equipo de recepción se encuentren solamente en la capital departamental. *“Me resulta tan engorroso perder el tiempo, pagar el ticket y pagar el boleto para viajar que me sale más barato hacer terapia particular”*

En cuanto a los tiempos de espera de los usuarios encuestados en el ámbito público: al 50% de los residentes en Montevideo les parece adecuado y solo a un 30% de quienes residen en el interior. En el ámbito privado al 55% de los que residen en Montevideo les parece excesivo y al 61,05% de los residentes en el interior.

Se reciben demandas acerca de las largas listas de espera. En todas las regionales se reclama vigorosamente la falta de recursos humanos representados en el imaginario colectivo casi exclusivamente por el psiquiatra. *“La ausencia de psiquiatras hace que las personas se queden sin atención médica por más de 6 meses, teniendo que mentir sobre su domicilio para acceder a atención en otras zonas tras innumerables negativas.” “El seguimiento es muy espaciado y no se logra un proceso terapéutico”*

La mayor parte de los encuestados concuerdan en que la puntualidad es respetada.

Manifiestan la falta de información acerca de sus derechos y opciones de acceso a las prestaciones. Se reivindica la falta de trabajo en prevención en salud mental y en rehabilitación. *“No hay una buena promoción de los servicios la población en general no maneja ni conoce los servicios a los que tiene derecho.”*

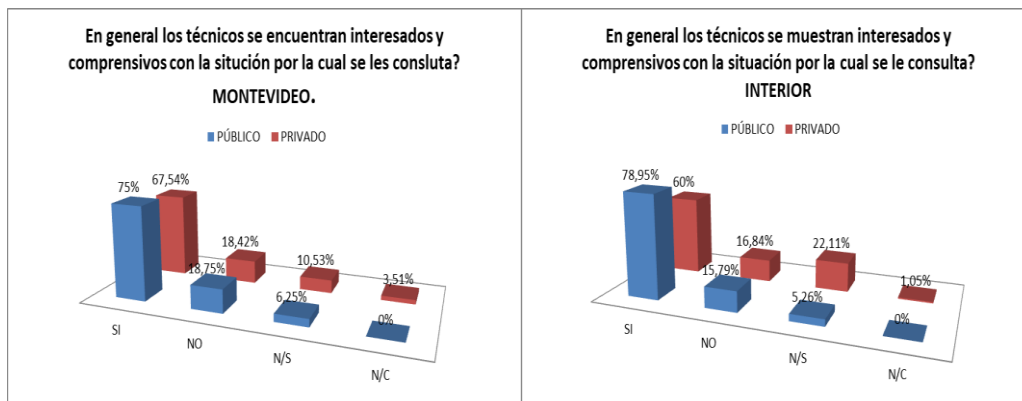
La mayor parte de los encuestados del ámbito privado refieren que acudir a la emergencia no es accesible ni fácil. En cuanto a los usuarios del ámbito público el 50% de los entrevistados en Montevideo responde que es sencillo concurrir, mientras que en el interior predominan las dificultades para el 46,49% de los encuestados. *“La emergencia debido a los tiempos de espera dejó de ser una opción en los momentos de crisis”. “El acceso a psiquiatras de emergencia a veces lleva días y los médicos generalistas no saben contener a los usuarios de salud mental”*

“Lamentablemente en la emergencia los médicos generales no tienen manejo del paciente psiquiátrico, es necesario que llamen al psiquiatra de guardia con las demoras que esto implica”

Respecto al acceso a tratamientos farmacológicos, los usuarios encuestados (tanto públicos como privados de todo el territorio) alegan que existe disponibilidad.

Con cifras mayores a 60% los encuestados refieren que los técnicos se muestran interesados y comprensivos respecto a la situación por la cual se les consulta, la mayoría refiere que los familiares

son incluidos en su tratamiento, sobre todo en el ámbito público.



El resto de los usuarios reclama mayor fraternidad y comprensión cuando se trata de patologías mentales, refieren que el trato debiera ser más humanizado y *personalizado* “no como números o problemas”. Se reciben quejas acerca del trato poco receptivo de los psiquiatras “muchas veces ni siquiera te miran a la cara” “te hacen dos preguntas y rápidamente te recetan pastillas”

Demandan enérgicamente la necesidad de ser escuchados y no solo medicados. Describen como escasos los tiempos dentro del consultorio.

En todas las regionales se trae de manera espontánea la problemática en torno a la internación de usuarios dependientes de sustancias. “Muchas veces utilizan el hospital de refugio por ajustes de cuentas tornándose peligrosa la permanencia de otros pacientes”

Se reivindica el estigma de sufrir una enfermedad mental “te dan una pensión no un trabajo”

ALGUNAS CONCLUSIONES.

En líneas generales se entiende que se está trabajando para una mejor atención pero aún falta para que esta pueda ser alcanzada.

El equipo de salud mental (quizás debido al proceso de medicalización y a la persistencia de antiguos paradigmas) se encuentra representado casi únicamente por el psiquiatra, habiendo poco espacio en el imaginario colectivo para otros técnicos. Consecuentemente las expectativas de la consulta en SM son a veces inabordables por un solo técnico en las actuales condiciones de trabajo (aislamiento profesional. escasez de técnicos, sobrecarga de los servicios, tiempo de consulta acotado a 15 minutos).

Otro aspecto reside en el concepto polisémico de SM. Se advierte la existencia de distintos exponentes que asignan a este campo variados significados y atribuyen diferentes implicancias en

las prácticas profesionales, íntimamente ligado a las condiciones de existencia, estilos de vida y convivencia en relación inclusiva con la colectividad a la cual se pertenece. (12)

Entendemos que algunos aspectos a ser mejorados corresponderían a: accesibilidad de los servicios, disminución de los tiempos de espera, racionalización en la distribución de los recursos humanos, inversión en formación en SM de para médicos de familia y generalistas, creación de espacios de aprendizaje colaborativos entre distintos profesionales de la salud. La extensión de recursos de apoyo social, la mayor inclusión en la atención de familiares de usuarios. La evaluación y mejora continuas. (13)

Se plantea un cambio de paradigma pensando a la SM desde la salud y no solo en términos de enfermedad, la racionalización de los servicios organizados en niveles de complejidad, partiendo desde el primer nivel de atención donde los usuarios serían recibidos por médicos de familia, formados en salud mental comunitaria siendo derivados consecutivamente y solo de ser necesario a niveles más complejos para el tratamiento con equipos comunitarios de salud mental. (14)

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Departamento de Programación Estratégica en Salud, Programa Nacional de Salud Mental, *Plan de implementación de prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Disponible en: www.msp.gub.uy/sites/.../Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf
2. Plan Nacional de Salud Mental (1986). Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/programa/plan-nacional-de-salud-mental-1986>
3. SPU/SPBU/SUPIA/API/Clínica Psiquiátrica/Clínica Psiquiatría Pediátrica, (2016) *Avance del proceso legislativo sobre la Ley de Salud Mental (Proyecto de Ley)*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 80(2):126-136 Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/07_ADSM.pdf
4. SPU/SPBU/SUPIA/API/Clínica Psiquiátrica/Clínica Psiquiatría Pediátrica, (2016) *Comentarios al Proyecto de Ley de Salud Mental remitido al Parlamento Nacional por el Poder Ejecutivo en diciembre de 2015*, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 80(1):52-63. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2016/09/06_ASM_2.pdf
5. SPU/SPBU/SUPIA/API/Clínica Psiquiátrica/Clínica Psiquiatría Pediátrica, (2015) *Aportes al proceso de transformación de las políticas de Salud Mental* *Revista de Psiquiatría del*

- Uruguay; 79(2):152-161. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/12/08_ASM.pdf
6. Ley 18211 Sistema Nacional Integrado de Salud. (2007) Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/ley-n%C2%B0-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud>
 7. Ley 19529 Ley de Salud Mental. (2018) Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
 8. Creswell, J.W., Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). California: SAGE Publications.
 9. Krause, M. (1995) *La Investigación Cualitativa: un Campo de Posibilidades y Desafíos*. Revista Temas de Educación N° 7. 19-39. Disponible en: <http://www.esnips.com/nsdoc/62c4cc01-63a6-478d-9291-60f05e590f1b>
 10. Valles Martínez, M. (2003). *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
 11. Ruggeri, M.; Dall'Agnola R., (1993) "*The development and use of the Verone Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals*", *Psychological Medicine*, 23, pp. 511-523
 12. Fernández Castrillo. Beatriz. (2017) Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista. Ediciones CSIC UdelaR. Cap. 2 Marco conceptual Págs. 49-57. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/10667>
 13. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Programa de Salud Mental Servicio Andaluz de Salud. *Necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental, sus familiares y profesionales sobre los servicios de atención a la Salud Mental en Andalucía*. Disponible en: <https://www.1decada4.es/.../Necesidades%20y%20expectativas%20de%20las%20>
 14. Romano S., Novoa G., Gopar M., Cocco A., De León B., Ureta C., Frontera G., (2007) El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2007;71(2) p 135 – 152. Disponible en:

http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/06_asm.pdf