

SABERES Y PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL: ANÁLISIS Y DELIMITACIÓN DE SUS OBSTÁCULOS.

RESUMEN

El trabajo pretende articular los resultados de una investigación realizada en el sistema de atención primaria de la salud de la Ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe) y una indagación actual sobre el primer nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Específicamente se analiza la formación teórica, epistemológica y práctica de los profesionales de la salud mental y su adecuación con los padecimientos de la población que concurre a la consulta terapéutica.

Se utilizan como fuentes de información entrevistas en profundidad a profesionales de la salud mental, observaciones no participantes y análisis de fuentes secundarias (programas de estudio y documentos oficiales sobre los sistemas de salud).

Los resultados alcanzados exhiben cierto grado de inadecuación entre el marco teórico, epistemológico y práctico de los profesionales y el tipo de problemáticas que reciben, expresada en: la precaria formación para el desempeño en el primer nivel de atención; una férrea formación disciplinar; la predominancia de intervenciones de corte asistencial; la imposibilidad del trabajo interdisciplinario y la complejidad de los padecimientos actuales.

INTRODUCCIÓN

Desde hace casi tres décadas los organismos internacionales ponderan a nivel mundial la centralidad de la Atención Primaria en Salud en los sistemas públicos. En este marco, la renovación de la atención de la salud mental se orienta a la transformación del aún vigente sistema hospitalocéntrico a otro comunitario, desplazando a la institución psiquiátrica del eje del sistema de atención y otorgando un papel central a la comunidad en el cuidado de las personas con trastornos mentales.

Este cambio de paradigma en el sistema de atención se acompaña de una redefinición sobre los “trastornos mentales” que, progresivamente, comienzan a concebirse en términos psicosociales. Esta nueva definición comprende la determinación de los padecimientos subjetivos tanto por variables que refieren a la singularidad de los padecientes como por otras de orden

macrosocial: políticas, económicas, sociales, ocupacionales y culturales. Desde esta perspectiva, los padecimientos del campo de la salud mental son considerados en íntima vinculación con las condiciones (materiales y simbólicas) de vida, incluyendo así una serie de factores que determinan su ocurrencia.

Como parte de estas tendencias internacionales y en función de las propias particularidades del perfil salud/enfermedad actual, las ciudades de Rosario y Buenos Aires vienen realizando transformaciones en el sistema de atención de la salud mental orientadas a la priorización del primer nivel de atención, el trabajo comunitario, la interdisciplina, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y una concepción integral de las problemáticas del campo de la salud mental. Estas transformaciones demandan una nueva organización del trabajo en las formas de intervención, reemplazando las convencionales prácticas asistenciales, disciplinarias y curativas.

En el presente artículo analizaremos cómo tanto en la ciudad de Rosario como en la de Buenos Aires pese al empuje local e internacional en la transformación del sistema público de salud, con la priorización del primer nivel de atención, existe una serie de obstáculos y dificultades para la consecución de los objetivos de tal transformación. Y cómo se genera un desfase entre las prácticas de intervención y las problemáticas que acuden a la consulta terapéutica.

La información utilizada proviene de una investigación (concluida) en 6 centros de salud de la Ciudad de Rosario (distrito Norte y Oeste) y de una investigación en desarrollo en Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) de la Ciudad de Buenos Aires, con profesionales psicólogos¹. También se utiliza información proveniente de profesionales del nivel de gestión de la Municipalidad de Rosario y profesionales que participaron en el diseño de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Ambas investigaciones constituyen estudios cualitativos con entrevistas en profundidad, observaciones no participantes y análisis de fuentes secundarias.

¹ La investigación que se está llevando a cabo en la Ciudad de Buenos Aires prevé la inclusión de otros trabajadores de la salud mental en el primer nivel de atención: psiquiatras, trabajadores sociales, sociólogos y psicopedagogos.

LOS LINEAMIENTOS INTERNACIONALES

En la actualidad y desde hace algunas décadas, los organismos internacionales enfatizan la necesidad de establecer un cambio de paradigma en el sector salud que se oriente desde un sistema hospitalocéntrico a otro de tipo comunitario. Algunas de las características de este nuevo modelo consisten en la disponibilidad de servicios cercanos a los domicilios de los afectados, la atención en la comunidad, respuesta a las múltiples necesidades de los pacientes, una amplia gama de recursos y servicios para grupos especiales (como las mujeres, niños y ancianos) y población general, servicios coordinados entre profesionales de la salud mental y organizaciones comunitarias (OMS, 2001 a).

En el marco de estas tendencias, las políticas de recursos humanos se han definido al interior de tres movimientos que, superpuestos, determinan parte de los problemas actuales del sector salud: 1) la persistencia de una “burocracia patrimonialista” (prácticas burocráticas tradicionales); 2) problemas de las reformas sectoriales (originalmente orientadas hacia la mejora de la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios públicos en general, enfatizando los objetivos macroeconómicos de reducción del déficit fiscal de los gobiernos); y 3) “la nueva dinámica sectorial” como consecuencia de los efectos de la globalización (limitación de las decisiones del Estado Nacional; la emigración de los profesionales de la salud; homologación de títulos y normas de regulación del trabajo profesional internacional, entre otros) (OPS/OMS, 2003).

De alguna manera las reformas en el sector salud se han llevado a cabo como parte de una política de reducción del gasto público que ha impactado en los recursos humanos, especialmente en lo que hace a: la disminución del personal de salud, su descentralización y tercerización; las nuevas calificaciones y competencias requeridas en el actual contexto científico, organizacional y tecnológico; las modalidades de contratación; la aparición de nuevas especializaciones por las transformaciones en la modalidad de atención y en la reducción de costos (ej. predominio de generalistas sobre especialistas); aparición de las capacidades de aprendizaje permanente y flexibilidad; entre otras cuestiones relevantes (Novick, 2000).

En el campo específico de la salud mental se presentan dos instancias centrales. En primer lugar, el descentramiento del hospital psiquiátrico como eje del sistema de la salud mental hacia la atención comunitaria con camas en hospitales generales. En segundo término, el desequilibrio

existente entre una abundante información sobre enfermedades (prevalencia, incidencia, evolución, diagnóstico, etc.) y una información insuficiente sobre los recursos disponibles en salud mental, especialmente humanos (Saldivia Bórquez; Torres González; Luna del Castillo, 2002; OMS, 2001 b). Entre los puntos que se destacan como más urgentes se ubican: la falta de profesionales con las capacidades necesarias para enfrentar las necesidades actuales y para desempeñarse en la Atención Primaria de la Salud (APS); la carencia a nivel nacional de programas de formación de recursos humanos y la falta de “sensibilización”, aptitudes y formación de los trabajadores de la salud mental en el marco de la APS (OMS, 2001 a).

En este contexto, tanto en el sector general de salud como en el área de la salud mental, se enfatiza la necesidad de mejorar la gestión de los recursos humanos en el ambiente de trabajo y adecuar la relación entre la formación y el sistema proveedor de servicios de salud (Dussault y Dubois, 2003). Los organismos internacionales señalan que los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención carecen de formación y estrategias en lo referente a trabajo comunitario y a trabajo en equipo; con resistencia, además, a modificar su modelo interno de práctica asistencial individual y privada.

El dilema sobre las formas de intervención de los profesionales de la salud mental se nutre de una nueva concepción teórica acerca de los padecimientos que en la actualidad acuden a los servicios públicos de salud. El sufrimiento concebido como producto de diferentes niveles de determinación (macro, meso y microsocioal), que involucra problemáticas que no se restringen al campo de las prácticas tradicionales de las disciplinas *psi* (psicología y psiquiatría, especialmente), reaviva la discusión acerca del tipo de intervención y de las estrategias de resolución que deberían adoptar los profesionales de la salud mental. En este sentido, la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y las intervenciones colectivas (comunitarias, grupales y familiares), constituirían los principios rectores de las prácticas de intervención que deberían primar sobre las individuales y asistenciales.

En los apartados que siguen nos detendremos a analizar cómo el perfil profesional de los trabajadores de la salud mental (sus saberes y prácticas) resulta, desde los organismos de gestión y planificación, inadecuado para las reformas que se pretenden llevar a cabo en los sistemas de salud públicos y para la atención de los padecimientos actuales.

LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE ROSARIO

En el año 1996 comienza el Programa de Descentralización y Modernización de la Municipalidad de Rosario fundamentado en tres ejes: la descentralización de servicios y competencias, la modernización de la gestión y el fortalecimiento de la sociedad civil. En el marco de este programa, la Atención Primaria de Salud (APS) asumió una nueva orientación, acompañando así el proceso de descentralización en marcha. El objetivo principal desde el cual se proyectaba la APS era la “Equidad”, que implicaría asegurar la utilización efectiva de los servicios según la necesidad de las personas. Se tornaba fundamental que los sectores de mayor pobreza pudieran ejercer su derecho a la salud, como fundamento de su ciudadanía.

Los centros de salud, 46 hasta el año 2001, se distribuyen en toda el área del municipio y dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud. Concebidos como los espacios de encuentro entre la comunidad y los trabajadores de la salud, resultarían el ámbito por excelencia en la promoción de estrategias de prevención y promoción de la salud desde una visión holística e integral.

El trabajo clínico e interdisciplinario en el tratamiento de los problemas que presentara la población que acude a estos centros, se articularía con un trabajo intersectorial con otros ámbitos, programas e instituciones. Este trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial del equipo de salud comprendía, además de atender las consultas y realizar actividades de prevención, la salida de los trabajadores del espacio del consultorio para contactarse y conocer las problemáticas del barrio, y para acordar políticas con otros grupos e instituciones. Estos principios generales que regían para los centros de salud también alcanzaban, por supuesto, a los profesionales de la salud mental² que allí se desempeñaran.

Sin embargo y pese a los lineamientos del Programa de Descentralización acerca del trabajo interdisciplinario e intersectorial, los profesionales psicólogos identifican algunos aspectos conflictivos que afectan y obstaculizan el alcance de los objetivos de trabajo propuestos para el primer nivel: el elevado volumen de demanda de atención; la insuficiente formación de los profesionales para el desempeño en este nivel; la complejidad de los padecimientos que

² El Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Rosario define como profesionales de la salud mental, en relación con los centros de atención primaria, a los psicólogos y los trabajadores sociales. El análisis que realizamos en este trabajo se basa sólo en la perspectiva de los profesionales psicólogos.

acuden a la consulta terapéutica y las dificultades para trabajar en equipo. Los efectos resultantes de estos aspectos se cristalizan en la predominancia del trabajo asistencial, la irrealización de trabajo comunitario y preventivo, y la descubierta de sectores de alta vulnerabilidad.

La carencia de formación de los profesionales para su desempeño en la APS los orienta, principalmente, hacia la adopción de estrategias de intervención asistenciales e individuales (modalidad de trabajo en la cual han sido capacitados en su carrera de grado) en los consultorios de los centros de salud. Adicionalmente, se ejerce un control de la demanda equilibrándola dentro de parámetros posibles de ser cubierta. En palabras de un profesional:

“este centro tiene historia asistencial, no se trabaja con la comunidad por la falta de formación de los profesionales que no piensan que la salud se resuelve también fuera del consultorio. Hay miedo a la comunidad: que demanden más, que te invadan, que te controlen, que el trabajo en campo funcione como una oferta de demanda que luego no pueda ser cubierta”.

Las prácticas de atención individual acarrearán dos consecuencias importantes: 1) la imposibilidad de dar respuesta a todos los que consultan, atendiéndose un grupo limitado de la población y dificultando el trabajo con quienes no alcanzan a acceder al centro de salud, y 2) dificultades en el abordaje de los múltiples padecimientos que se presentan, en la medida en que una parte no desdeñable de los motivos de consulta supera la problemática psíquica e implica dificultades del orden material y social: pobreza, problemas de vivienda, de empleo, violencia micro y macrosocial, entre otras.

Estas dos dificultades ubican a los profesionales frente a tres dilemas que éstos consideran de difícil resolución. En primer lugar, la imposibilidad de atender a todas las demandas de consulta, implica definir a quiénes se atenderá y a quiénes no. En segundo término, que los sectores que más podrían estar necesitando atención, y que refieren a las poblaciones más vulnerables y desvinculadas de instituciones como las de salud y las escolares, no alcanzan siquiera a llegar al centro de salud. En tercer lugar, los padecimientos actuales, los que llegan al centro de salud y los que no, superan las posibilidades de trabajo y ‘resolución’ atendiendo sólo a la dimensión psíquica del sujeto, puesto que constituyen problemáticas psicosociales³.

³ Desde la perspectiva de la OMS, “Muchos trastornos mentales exigen soluciones psicosociales, lo cual obliga a establecer vínculos entre los servicios de salud mental y diversos organismos comunitarios en el nivel local a fin de conseguir apoyo suficiente en materia de vivienda, ingresos, subsidios por discapacidad, empleo y otras prestaciones

El escenario vigente en el campo de la salud mental requeriría de la intervención de profesionales que pudieran operar en las múltiples dimensiones que conforman a los padecimientos que se presentan en la actualidad; cuestión que señala los límites de cualquier intervención aislada y fragmentada por disciplinas específicas. Las dimensiones sociales que conllevan los motivos de consulta actuales y que refieren a problemáticas como el trabajo, la vivienda, la alimentación, la violencia e inseguridad comunitaria, son referidas por la mayoría de los entrevistados como por fuera de su capacidad de resolución y como objetos de trabajo de la asistencia social y de otros niveles de intervención.

La configuración de los padecimientos, que excede la problemática de lo psíquico, del nivel individual, y las dificultades señaladas en las prácticas cotidianas de los psicólogos, denotarían un desfasaje entre el sufrimiento de los pacientes que acuden a la consulta terapéutica y las prácticas utilizadas en su abordaje (asistenciales psicoanalíticas). Como lo expresa un psicólogo:

“La experiencia de nuestra práctica cotidiana puso en evidencia la insuficiencia de la psicoterapia individual como estrategia asistencial excluyente, planteando la necesidad de plantear modalidades de abordaje diversas: trabajo domiciliario, acompañamientos terapéuticos, trabajos grupales (...)”⁴.

Las estrategias de intervención que se perfilan como las alternativas o complementarias de éstas en la resolución de los padecimientos son, justamente, las que los profesionales identifican como difíciles de llevar adelante: trabajo interdisciplinario, intersectorialidad, intervenciones comunitarias y preventivas.

El proceso de aprendizaje para el desempeño profesional en atención primaria, especialmente en la adopción y desarrollo de intervenciones que difieren de la práctica y el marco teórico psicoanalítico, se lleva a cabo a partir del mismo tránsito por este ámbito de trabajo y desde la propia invención; situación que deriva de la ausencia de formación universitaria para desempeñarse en este nivel de intervención. En este sentido, los psicólogos entrevistados expresan:

sociales para los pacientes, así como para poder ejecutar con más eficacia las estrategias de prevención y rehabilitación”. OMS (2001, b), pp.92

⁴ Cita extraída de un escrito sin publicación de un profesional psicólogo entrevistado.

“Fue formarse a partir de la práctica. La facultad no te prepara para trabajo comunitario, sólo para la clínica individual. Hay una intervención posible desde el psicoanálisis en lo comunitario (...) Te formás según lo que vas transitando, es un compromiso”.

“Lo que menos tenía claro era el trabajo no asistencial debido a nuestra formación clínica y psicoanalítica. La incursión en lo no asistencial fue al principio con muchísimas dudas, sin saber manejarme, preguntándome qué hace un psicólogo caminando por el barrio”.

“El trabajo de prevención lo vamos inventando porque la gente no tiene formación para eso. Si no tenés instrumentos, genera inseguridad”.

La innovación y el aprendizaje de otras formas de intervención ante las problemáticas y padecimientos en salud mental, no parecería acompañarse de una innovación o un trabajo conceptual acerca de eso nuevo que se está aprendiendo o haciendo. Así, formas de intervención alternativas a las asistenciales psicoanalíticas, también se fundan y se piensan desde este marco teórico. Es decir, otras prácticas e intervenciones, más ligadas a lo preventivo, a lo comunitario (organización de cooperativas de vivienda, de trabajo, elaboración de alimentos para la subsistencia, estrategias de alfabetización de niños expulsados de las instituciones escolares, etc), son encuadradas y hasta diseñadas desde el marco teórico del psicoanálisis.

El interrogante que surge refiere a la compatibilidad entre esas intervenciones y el marco teórico desde el cual son concebidas. Acerca de las posibilidades y de los límites de ubicar lo nuevo en el marco de lo que ya se sabe: de innovar en la práctica y conservar en lo teórico. Los profesionales resuelven este posible desfasaje, afirmando que el psicoanálisis provee instrumentos para pensar y elaborar las intervenciones comunitarias que las problemáticas actuales requieren.

Los profesionales de la salud mental parecieran ubicarse en una tensión que deriva en argumentos discursivos que oponen por un lado, el reconocimiento de la necesidad de trabajar en equipo interdisciplinariamente, buscar estrategias de intervención alternativas a la asistencial-individual, y, por otro, sostener la especificidad profesional, sustentar su marco teórico psicoanalítico y resguardar las fronteras disciplinarias.

LAS REFORMAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA LEY 448 DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

La reflexión sobre el perfil profesional y la formación de los trabajadores de la salud mental en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, se renueva a partir de la promulgación de la Ley N° 448 de Salud Mental (sancionada en el año 2000) que entra en vigencia para todos los niveles de atención y subsectores (estatal, privado y seguridad social) de la ciudad.

El Sistema de Atención de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires se organiza e implementa de acuerdo a los principios rectores derivados de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, de la Ley Básica de Salud y de la Ley de Salud Mental (N° 448).

La organización de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la Ciudad, entendida como estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social (incluyendo la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación), se basa en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud que ya han sido implementados en países como España, Canadá, Cuba y Costa Rica. Entre los principios generales que guían a la APS se destacan: la prioridad de las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios, la participación de la comunidad, los abordajes interdisciplinarios y la centralidad de las perspectivas familiar y social.

La estructura de la organización de la APS en la Ciudad de Buenos Aires⁵ se basa en la inserción barrial de Centros de Salud que implementan programas de atención y prevención comunitarios, siguiendo los principios generales recomendados por los organismos internacionales. Sus equipos interdisciplinarios integran: médicos generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas; y sólo en algunos equipos se incorporan nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, sociólogos y odontólogos.

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac), que han registrado un importante incremento en la década del '80 pasando de 8 en 1985 a 17 en 1989, a partir de 1990 comienzan a depender de las Áreas Programáticas de los hospitales. Tienen, así, una doble dependencia: por un lado del hospital, en cuanto a insumos, personal etc.; y una dependencia funcional de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud. Si bien en todos estos centros

⁵ La red del primer nivel de atención cuenta con 38 Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac), que en rigor se discriminan en: 29 Cesac, 2 Centros de Salud Mental (N° 1 y N° 3), 2 COI (Centros de odontología especializados) y 5 Unasad (consultorios instalados en el interior de instituciones educativas); 28 Centros Médicos Barriales; 286 Médicos de Cabecera; 57 Odontólogos de cabecera y los Consultorios externos de los hospitales.

existen profesionales de la salud mental, su distribución no es homogénea y los equipos de salud mental están formados de acuerdo a lo que hay disponible en cada efector.

La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires parte de la definición de la salud mental:

“como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” (Capítulo I, Artículo 2º: Principios).

Desde esta perspectiva, y al igual que en la ciudad de Rosario, los problemas de la salud mental se vinculan con problemas sociales tales como: la falta de trabajo, la carencia de medios de subsistencia, la falta de vivienda, entre otros. Se anula, así, la clásica antinomia conformada por la oposición de la reivindicación individual de los asistidos versus el énfasis de los determinantes sociales.

La definición precedente se vincula con el desarrollo de un enfoque de redes, que contempla *la promoción* (reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios), *la prevención* (acciones sobre los problemas específicos en salud mental y los síntomas sociales emergentes en la comunidad), *la asistencia* (calidad y efectividad de atención en un sistema de redes), *la rehabilitación social* (familiar, laboral) y lo *comunitario*; con abordajes intersectoriales e interdisciplinarios. La intersectorialidad implica una articulación entre instituciones, organizaciones no gubernamentales u otras comunitarias, las familias y cualquier otro recurso existente en la comunidad, teniendo como finalidad la multiplicación de acciones de salud y la facilitación de la resolución de los problemas de salud en el marco de la propia comunidad. Se integra así, el trabajo de los profesionales de la salud mental con promoción social, trabajo, educación, Poder Judicial, instituciones religiosas, policía, organizaciones barriales, etc.

Por su parte el abordaje interdisciplinario se combina con la proyección del equipo (interdisciplinario) de salud mental hacia la comunidad, en base a la realización de prácticas en y con la comunidad. En este sentido la Ley contempla la necesidad de adecuar los recursos

existentes con el objetivo de transformar el modelo hospitalocéntrico hacia el comunitario, priorizando las acciones de apoyo al entorno sociofamiliar y sociocomunitario de los asistidos. Ello requeriría tanto de la actualización como el perfeccionamiento del personal existente.

Desde esta perspectiva, desde la Dirección de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires se enfatiza la actualización y capacitación permanente de los recursos humanos existentes orientadas a: las necesidades de la población, las patologías emergentes en grandes grupos poblacionales y el trabajo interdisciplinario. Es decir, se plantea la necesidad de una “reconversión” de los profesionales de la salud mental en función de las características de la población demandante de atención (personas sin trabajo, con condiciones precarias de vida y familias en proceso de transformación en relación con el modelo familiar tradicional) y de los padecimientos prevalentes que presentan: patologías sociales, violencia, adicciones, problemas de aprendizaje y de conducta en niños, dificultades de pareja, trastornos depresivos y ansiosos, entre otros⁶.

La reconversión del perfil del trabajador implica entonces su formación interdisciplinaria, la flexibilidad en los abordajes terapéuticos, la readecuación de la práctica clínica y el diseño de instrumentos efectivos para el abordaje de las patologías prevalentes. Esta reconversión supone la superación de algunas de las particularidades del perfil profesional actual que no se condice con las necesidades de la población ni con las de transformación del sistema de salud, ésto es: predominancia excluyente de tratamientos individuales, desconocimiento sobre epidemiología en salud mental, escasa formación en abordajes comunitarios, dificultades para planificar tratamientos y definir objetivos, limitada actividad en el campo de la investigación.

Pese a la centralidad otorgada a la capacitación y reconversión de los profesionales de la salud mental, tanto éstos como los propios partícipes del diseño de la Ley, aducen que no son impulsadas ni se ponen en marcha acciones concretas al respecto. Al interior de los centros de salud, desde la perspectiva de los profesionales entrevistados, el destino de horas de trabajo a la capacitación ha sido históricamente considerado en términos negativos en la medida que restaría dedicación a la atención de pacientes.

Si bien en la actualidad la capacitación está comenzando a ser valorizada al interior de los centros de salud, quienes han participado del diseño de la ley consideran que los programas de

⁶ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud, Dirección de Salud Mental, *Plan de Salud Mental 2002/2006* (Tomo I), Buenos Aires.

formación de profesionales no han registrado las transformaciones que necesita el sistema de atención primaria; en palabras de un entrevistado: “(...) lamentablemente formamos psicoterapeutas, psicoanalistas con un modelo de atención de consultorio privado de Barrio Norte”.

La combinación entre una incipiente valorización de la capacitación profesional, una trayectoria formativa y vocacional psicoterapéutica (especialmente psicoanalítica) y la ausencia de una redefinición sustantiva de los programas de formación de grado, parecieran derivar en la persistencia de prácticas de intervención que consisten predominantemente en la atención de las demandas en los consultorios según el modelo tradicional “terapeuta-paciente”:

“El acento debería estar más puesto en Atención Primaria. En el mejor de los casos el sistema atiende la demanda y no la necesidad. Hay que salir a la comunidad para ver cuál es la necesidad de salud mental, (antes de que se exprese como síntoma) verla en la atención externa, comunitaria. Es distinto si se transforma en demanda, que es cuando acude al centro de salud y se expresa en síntoma, en patología (...) La Atención Primaria se confunde con atención en consultorios en centros de salud, y con los requerimientos de salud mental de la población. Es central lo multidisciplinario y lo interjurisdiccional: desarrollo social, secretaría de salud, hacienda, etc.” (Entrevista a Diputado participante del diseño de la Ley)

La implementación de un nuevo sistema de atención acorde a los lineamientos internacionales y locales (Ley de Salud Mental 448) implica un proceso de reforma en tres niveles: 1) Ideológico-conceptual: revisar los conceptos de salud y enfermedad mental e incorporar nuevos valores y conocimientos; 2) Sistema de salud: reformular las instituciones y articularlas entre sí; 3) Técnico-operativo: redefinir los criterios profesionales y las técnicas de abordaje⁷.

Estos niveles señalan con claridad la íntima vinculación entre la reforma del sistema de salud, en función de las problemáticas actuales, y la necesaria reforma del sistema educativo. Pareciera que la primera no resulta factible sin la segunda. Una reforma nos conduce, inexorablemente, a la otra.

REFLEXIONES FINALES

El recorrido por los sistemas de reforma de la atención de la salud mental en el Primer Nivel en las ciudades de Rosario y Buenos Aires, parecería poner en evidencia una dificultad común: la inadecuación del perfil profesional en relación con las necesidades del sistema y su reforma.

Si bien desde los organismos internacionales (OMS, OPS), desde los niveles de gestión de los sistemas de salud, desde la promulgación de leyes como la 448 y desde la propia perspectiva de los profesionales de la salud mental se reconoce la centralidad del trabajo interdisciplinario, preventivo y comunitario, aún no se ha avanzado de manera sustantiva ni en la reformulación de los programas de estudio ni en los sistemas de evaluación para el ingreso a las residencias y concurrencias orientados a esas perspectivas de trabajo.

Como tuvimos oportunidad de observar, esta situación contribuye en la persistencia de la reproducción de prácticas asistenciales “terapeuta-paciente” en el marco del consultorio y, por ende, la indiferenciación entre la atención que puede dispensar el hospital y la que ofrece el centro de salud comunitario. Complementariamente, este modelo de atención se orienta, principalmente, a la dimensión que refiere a la singularidad del sujeto, excluyendo del foco de atención toda su problemática social, económica y cultural.

La integración de niveles en la comprensión del padecimiento, permitiría sortear las dificultades provenientes de un reduccionismo tanto desde los niveles inferiores hacia lo superiores, como el inverso que parte de éstos hacia aquéllos. En nuestra temática de estudio, esta pretensión se traduciría en la superación atinente a explicar todo el padecimiento desde la psicología o, por el contrario, sólo desde las determinaciones sociales. En este sentido, se debería continuar avanzando hacia la construcción de un modelo conceptual que permitiera afinar la explicación del padecimiento desde la integración de niveles y no, desde el posicionamiento estanco en uno de ellos.

Esta reformulación conceptual tiene implicancias en el campo práctico de los profesionales. En la medida en que definimos una interrelación de niveles, cuyo funcionamiento no es independiente uno de otro, y donde sus relaciones conforman una estructura que funciona como una totalidad; ya no es posible pensar en el plano práctico (en el hacer sobre el padecimiento), ni en términos disciplinarios, operando un recorte de un fragmento en el objeto

⁷ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Op. Cit.

‘padecimiento’ sobre el cual operar, ni tampoco adoptar un enfoque multidisciplinario, que efectúa varios recortes simultáneos, tomando diversos elementos y niveles, pero quebrando la totalidad y la interdependencia que es parte esencial del objeto o sistema en cuestión. En palabras de Rolando García:

“El punto de partida es el reconocimiento de que hay problemáticas complejas (o situaciones complejas) determinadas por la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que no son aislables y que, por consiguiente, no pueden ser descritos y explicados “sumando” simplemente enfoques parciales de distintos especialistas que los estudien de forma independiente”⁸.

La comprensión integral de los padecimientos en el campo de la salud mental actual requiere de una transformación del sistema de formación de los profesionales, orientada a la ruptura de las directrices tradicionales de los sistemas educativos referentes a: el paradigma de la simplicidad, la formación disciplinar, el dogmatismo y el “enciclopedismo”. Como lo expresa Almeida Filho, el perfil de los nuevos profesionales debería orientarse a la capacidad de traspasar las fronteras disciplinares, sostenerse en una actitud crítica y reflexiva (Almeida Filho, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida Filho, N. (2000), *A Ciência da Saúde*, Hucitec, San Pablo.
- Ciudad de Buenos Aires, *Ley de Salud Mental* (Ley 448).
- Dussault, G.; Dubois, C. (2003), *Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos*, Madrid. <http://www.human-resources-health.com/content>
- García, R. (1994), “Interdisciplinariedad y sistemas complejos”. En: E. Leff, comp., *Ciencias sociales y formación ambiental*, Gedisa, Barcelona.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud (2003), *Atención Primaria de la Salud. Año 2003*, Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud, Dirección General de Sistema de Información de Salud, Dirección de Estadística para la Salud, Buenos Aires.

⁸García, R. (1994), pp.93.

- Guattari, F. (1976), *Psicoanálisis y transversalidad*, S.XXI, Buenos Aires.
- Novick, M. (2000), “Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud”. En: Dal Poz, M.; Galin, P.; Novick, M.; Varella, T., *Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis*, OPS/OMS, Quito.
- OMS (2001, a), *Atlas. Recursos de salud mental en el mundo 2001*, Ginebra.
- OMS (2001, b), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Suiza.
- OPS/OMS (2003), *Atención Primaria de Salud y desarrollo de recursos humanos*, Madrid.
- Saldivia Bohórquez, S.; Torres González, F.; Luna del Castillo, J. (2002), “El coste de los cuidados comunitarios”. En: Torres González, F. (comp.), *Monografías de Psiquiatría. Cuidados comunitarios en pacientes con esquizofrenia*, Año XIV, N° 2, España.