

Salud mental en el hospital público: reto bioético

MARÍA DE LA VICTORIA ROSALES

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica Argentina.

Corrispondenza: María de la Victoria Rosales, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica Argentina; e-mail: mariarosales@uca.edu.ar.

Ricevuto il 24 gennaio 2025, accettato il 17 marzo 2025.

RESUMEN

Hablar del acceso a los servicios de salud mental (SM), nos enfrenta a una realidad donde la falta de atención y servicios de salud mental, así como del financiamiento conexo, tiene efectos sanitarios, sociales y económicos enormes y de gran alcance, para las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en general. Las limitaciones en los recursos provocan grandes brechas en la atención que se brinda y solo una pequeña fracción de las personas que tienen padecimientos mentales recibe la atención que necesita. Se reflexiona, a la luz del principio de solidaridad y subsidiaridad, acerca del reto bioético de cuidar a los enfermos con calidad profesional y calidez personal, marcando el respeto por la dignidad de la vida humana.

ABSTRACT

Mental health in the public hospital: a bioethical challenge.

Talking about access to mental health (MH) services confronts us with a reality where the lack of mental health care and services, as well as related financing, has enormous and far-reaching health, social and economic effects for individuals, families, communities and society in general. Resource limitations cause large gaps in the care provided, with only a small fraction of people who have mental illnesses receiving the care they need. We reflect on the bioethical challenge of caring for the sick with professional quality and personal warmth, marking respect for the dignity of human life.

Palabras Clave: atención a la salud mental, Servicios Públicos de Salud, ética, calidad, acceso y evaluación de la atención de salud.

Keywords: mental health assistance, Public Health Services, ethics, health care quality, access and evaluation of mental health assistance.

“Me prendí fuego en tu paz”
San Agustín

1. Introducción

Cuidar la salud mental de una persona implica revisar el modo en que interpreta y

otorga un significado a la realidad que habita, supone explorar cómo expresa sus emociones y sentimientos al relacionarse con los demás. La práctica clínica en salud mental ocurre considerando al otro como sujeto, como afirmación subjetiva, como un evento diferente y propio de una singularidad. Enlazados con las desigualdades

sociales, las discriminaciones, las violencias y la exclusión, los sufrimientos psíquicos rompen las barreras de lo individual y lo privado para constituirse en un asunto público y la salud mental de una persona inserta en la comunidad, al ser un asunto público, requiere abordarse como tarea colectiva.

Las recomendaciones en los documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que la salud mental es más que la mera ausencia de problemas de salud mental; la definen como «un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad» [1].

2. Acerca de las barreras y las estrategias

Hablar del acceso a los servicios de Salud Mental,¹ nos enfrenta como profesionales de la salud que intervienen en su cuidado, a una realidad donde la falta de atención y servicios de Salud Mental (SM), así como del financiamiento conexo, tiene efectos sanitarios, sociales y económicos enormes y de gran alcance, para las perso-

nas, las familias, las comunidades y la sociedad en general. Quienes trabajamos en la gestión de servicios de SM lidiamos con grandes limitaciones en los recursos, los que provocan grandes brechas en la atención que se brinda, sabemos que solo una pequeña fracción de las personas que tienen padecimientos mentales recibe la atención que necesita. Entre las barreras que impiden el acceso a una atención de calidad podemos mencionar las financieras, geográficas, de transporte y de idioma. Con importancia significativa el problema del estigma y la discriminación revela la manera en que las formas interseccionales de marginación basadas en el origen étnico, el sexo, la edad, la orientación sexual, el lugar de nacimiento, la religión, las discapacidades o la pobreza dan lugar a diferentes grados de desventaja entre personas y grupos sociales. Los profesionales de la Salud Mental pensamos e intervenimos las singularidades y nuestro particular reto consiste en no desentenderlas de su conformación histórico material y de la realidad local que las contextúan. Por eso es importante que las estrategias de abordaje sean acordes al contexto social, ideológico, económico y político. Estamos en el terreno de la salud pública, lo cual imprime una marca en la clínica que conlleva un compromiso particular, que requiere especial atención, que nos hace demorar el quehacer cotidiano para pensar de qué modo las políticas en salud determinan y condicionan tanto a los efectores como a la población destinataria de la práctica en salud mental.

Teniendo en cuenta la reducción de las inversiones en políticas de salud que exacerban inequidades, agravan procesos de estigmatización y excluyen a los pacientes,

¹ El concepto de campo de Salud Mental (con mayúsculas) es heredero del Higienismo, movimiento que buscaba prevenir problemas de salud en la comunidad. Se buscaba el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los pacientes internados en instituciones especializadas, enfatizando la importancia de la prevención; transformando así el abordaje de los padecimientos mentales, buscando alternativas al manicomio y ofreciendo abordajes y tratamientos interdisciplinarios.

muchos países, impulsados por la Organización Mundial de la Salud, han formulado leyes específicas con el objetivo de reorganizar estrategias, integrar los servicios de Salud Mental, revisar marcos legales, promover el uso racional de psicofármacos y evitar la medicalización del padecimiento mental. En este marco se han reformulado procedimientos específicos con el objetivo de anular las barreras de acceso a los tratamientos, mejorar los tiempos de espera para obtener una consulta especializada, revisar errores o problemas para arribar a diagnósticos y la forma de comunicarlos adecuadamente, resolver dificultades en los planteos de tratamientos y los seguimientos de pacientes crónicos.

En la Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 – sancionada y promulgada en el año 2010 –, establece a través de 46 artículos el derecho a la protección de la Salud Mental de toda la población y el pleno goce de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental. También en nuestro país, al igual que otros de Latinoamérica, se ha reconocido la necesidad de reafirmar el compromiso de avanzar hacia el desarrollo de una red de servicios denominada Salud Mental Comunitaria [2]. La propuesta de este marco promueve la apertura de servicios de internación de Salud Mental en los hospitales generales; el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; el desarrollo de dispositivos intermedios, tales como casas de medio camino, viviendas asistidas, emprendimientos socio-productivos, centros de día y dispositivos sociocomunitarios; la inclusión de las problemáticas de consumo en la estrategia de Salud Mental; las buenas prácticas en Salud Mental Comunitaria y

la sustitución definitiva de las instituciones de internación monovalentes. Sin embargo, aún no ha sido posible disminuir la brecha entre la necesidad y el acceso de la población a la red de servicios.

3. Proceso Atención Integral en Salud Mental

En el marco de una política sanitaria centrada en derechos, que busca la consagración del derecho a la salud desde las nociones de universalidad, equidad e integralidad, la creación de un proceso de trabajo en Salud Mental en un Hospital General del conurbano bonaerense ha resultado relevante y significativo para producir respuestas singulares y transformadoras [3]. Ante la gran demanda de atención por psiquiatría, que excede la capacidad de respuesta en el primer nivel de atención, todas las complicaciones de los cuadros psiquiátricos, independientemente de su gravedad deben resolverse en el ámbito del segundo nivel. Esta situación dió lugar a un estudio de intervención que desde 2018 aplica una serie de medidas orientadas en la implementación de un proceso de atención en tres fases: preintervención, intervención y de resultados y dos niveles: estratégico y operativo [4; 5]. Las principales actividades y acciones que se realizan ocurren en un dispositivo específico denominado Atención Integral en Salud Mental (AISM), compuesto por médicos, psicólogos y trabajadores sociales. Se ubicaron camas próximas al servicio de emergencias, con presencia de un cuidador y una enfermera. El flujograma de funcionamiento del dispositivo incorpora la evaluación multidisciplinar de los pacientes, la optimiza-

ción y conciliación de medicación, la adecuación de abordajes complementarios, los cuidados de enfermería y la solicitud de interconsultas. El eje principal en la toma de decisiones se despliega alrededor del proceso del alta, con especial énfasis en la coordinación con otros agentes sanitarios e instituciones sociales y la puesta en marcha de las consultas de seguimientos post alta. Al momento de los ingresos, la valoración se centra en decidir cuál puede ser la mejor ubicación del paciente según la complejidad de su trastorno o padecimiento y en las evaluaciones de seguimiento se contempla en equipo, cuándo realizar el pase de la guardia a la sala general, de cuidados mínimos. Se despliega un eje de trabajo que planifica el acceso oportuno y equitativo en la atención de las urgencias, la atención ambulatoria y la internación específica de SM. La formulación de un modelo terapéutico propio lidera el reto bioético de aproximarse a los conceptos de salud y enfermedad mental a partir de la concepción de la autonomía, la libertad y la identidad de la persona humana [5].

4. Reto Bioético

Enfrentando las barreras antes mencionadas, nos hemos propuesto cuidar a los enfermos con calidad profesional y calidez personal, marcando el respeto y la salvaguarda del carácter precioso y la dignidad de toda vida humana; poner a la persona en el centro del trato terapéutico, atendiéndola en todas sus dimensiones, desestigmatizando el sufrimiento y habilitando una relación de mutua responsabilidad entre el profesional de la salud y el paciente [6].

Diariamente ingresan al servicio de emergencias del hospital, personas que presentan diferentes formas clínicas, entre las cuales podrían mencionarse los brotes psicóticos, el consumo problemático de sustancias, crisis de angustia y síntomas depresivos; es de destacar que el 40% de los ingresos a la guardia general, corresponden a intentos de suicidio. En estos casos el equipo actúa enmarcado en la ley vigente e interviene con recursos terapéuticos excepcionales (internación involuntaria) cuando ha dictaminado, previa evaluación, que el paciente presenta *riesgo cierto e inminente para sí o para terceros* [2]. El marco legal subraya la importancia de buscar todas las alternativas eficaces para el tratamiento del enfermo, indica fundar en un examen interdisciplinario la declaración de inhabilitación e incapacidad de una persona, especificando funciones y actos que se limitan y cuidando siempre la no afectación de la autonomía del sujeto. Es obligación informar al enfermo, de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales. A excepción de la obligación de adoptar medidas de contención cuando el individuo no posea la capacidad personal de autocontrol y pueda suponer un peligro contra sí mismo y contra los demás, el terapeuta tendrá que ayudar al paciente a auto comprenderse y autoconstruirse sin dominar ni manipular su autonomía. Propondrá valores para que estos puedan asumirse de manera crítica y autó-

noma [7]. La misma exigencia de acceso al tratamiento por libre consentimiento informado se coloca en esta óptica del respeto a la persona. La internación y aislamiento de un paciente es una medida extrema y muy dañosa, restrictiva de derechos. Pero sabemos que puede ser necesaria y fundamental para cuidar su vida. Requiere un análisis cuidadoso y un conocimiento del caso que solo el equipo interdisciplinario que evalúa la situación integral del sujeto al momento de la consulta puede tener; no existen aquí, fórmulas o recetas unívocas, en tanto cada situación y sujeto son singulares. Es necesario insistir en el hecho de que, desde un punto de vista ético, el psicoterapeuta debe colocarse como un suplemento de la libertad- responsabilidad del paciente: representa e interpreta la exigencia de autonomía y autogestión en el paciente, trabaja para restituir al paciente a sí mismo y a su capacidad de autogobierno. Es el suplemento o la prótesis de una libertad incompleta y a veces frágil, que no está en grado de asumir la propia responsabilidad.

El reto bioético nos conduce a revisar la adecuación de las terapias y la competencia del terapeuta. No todos los trastornos pueden ser tratados desde el método que específicamente realice un especialista en particular, es importante consultar con pares acerca de las intervenciones planificadas, para revisar la posibilidad de recurrir a mejores recursos y abordajes. Por ejemplo, para poner en consideración el aspecto de la eticidad de la terapia basada en su eficacia y en la relación riesgo beneficio que presenta el uso de psicofármacos, cabe preguntarse cuándo se justifica éticamente el psicofármaco y cuál puede ser el criterio ético de referencia. Suele ser necesario re-

alizar en este punto una doble distinción: por un lado, en cuanto a los destinatarios de los psicofármacos y por otro, en cuanto a la finalidad de su uso [8]. Elegimos regirnos por el principio de proporcionalidad terapéutica y realizar un uso racional de los fármacos, sin descuidar riesgos y efectos colaterales, cuidando que sean proporcionales al propio individuo de manera prioritaria a su salud y a la de su entorno. Partir de la noción de sujeto integral de intervención pone el énfasis en el abordaje interdisciplinario donde la psiquiatría no es la única disciplina que entiende en lo mental de la salud. Esto no quiere decir que “todos hagan todo”, sino que cada profesional aporta desde su *expertise* para el diagnóstico, pronóstico y definición de un tratamiento para una persona, valorando su conveniencia en orden a las exigencias de humanización de la asistencia, preguntándose hasta qué punto las estructuras planteadas son proporcionadas y coherentes con las exigencias terapéuticas. Participar en la decisión respecto al tratamiento farmacológico de un paciente, no implica que cualquiera pueda prescribir medicamentos, acción que sigue siendo potestad absoluta de la psiquiatría en tanto es la única disciplina que posee formación específica al respecto. Los métodos farmacológicos o psicoterapéuticos deben juzgarse en sí mismos en los fines y en los medios para medir su correspondencia con el bien del paciente. Cualquier método terapéutico ofrecido deberá ser no solo eficaz sino también respetuoso de la dignidad y el bien objetivo de la persona [3].

Respecto a la necesidad de eliminar las instituciones monovalentes, por lo general cerradas y cronificantes, responde al espí-

ritu desestigmatizante de la ley que enmarca el acceso a los servicios de SM, espíritu que propone la no discriminación de las personas por su padecimiento mental, reconociendo que la internación en hospitales neuropsiquiátricos históricamente ha respondido a la noción de peligrosidad asociada al padecimiento mental y quien lo porta. Gestionar la internación en el hospital general, nos brinda la posibilidad de enmarcar los abordajes psicoterapéuticos en el principio de sociabilidad, un servicio específico de SM en el hospital general brinda una perspectiva en la atención donde todas y cada una de las personas se compromete en su propia realización al participar en la realización del bien de su semejante. Es nuestra forma de poner en acto la postura que sostiene que la salud mental de una persona no es solo un bien personal sino también social, su cuidado compromete a la comunidad a garantizar los medios y el acceso a la atención necesarios. Abogamos por atender la subsidiaridad en el planteo de un trabajo en red, donde intervienen todos los niveles de atención, incluidas las unidades de pronta atención, las salitas de primeros auxilios en los barrios, que continúan la atención del paciente, una vez efectuada el alta de la internación. La familia y los referentes afectivos de las personas con padecimiento mental se introducen como parte esencial en el sistema de apoyo y en los procesos de externación, que requieren de una amplia gama de articulaciones para asegurar que las personas puedan continuar con la atención de su salud en el ámbito de la comunidad, que reciban los apoyos para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de dispositivos residenciales y de inclusión sociolaboral.

Mientras escribo advierto la belleza de las palabras y reconozco que solo disfrazan la falta de referentes y recursos concretos que tenemos en este punto. Suele frustrarnos mucho esta paradoja: el paciente no debiera estar internado, pero no tiene adónde ir si le damos el alta, no hay quien lo reciba. La lógica de la interinstitucionalidad e intersectorialidad que propone el Estado es insuficiente. Los recursos no han sido asignados a la construcción de hogares o casas de medio camino, los fármacos no están disponibles y no hay respuestas de quienes, poderosos, han prometido en las mesas de las decisiones soluciones con un *enfoque de derechos, federalismo e interjurisdiccionalidad*.

Pero insistimos y continuamos en la búsqueda de la inclusión social para nuestros pacientes: trabajar en red nos permite cuidar más, allí donde es mayor la necesidad, recibir y atender a quién más necesitado está de los cuidados, sin descuidar ni sustituir la libre decisión de cada paciente en cada tratamiento ofrecido. El equipo de salud es consciente de lo inevitable que resulta para el terapeuta transferir en su propia praxis un modelo cultural y muchas veces pretender imponerlo. Por eso es importante que cada profesional tenga en su mente, no un modelo ideológico sino la realidad de la persona [7]. Son el compromiso y la tarea de un equipo integrado los que estimulan para continuar aún en condiciones sociopolíticas que no alojan. El reto bioético no puede enfrentarse en soledad y nuestro esfuerzo no cesa en la intención de hacer desarrollar la realidad más rica que pueda existir: la persona concreta y capaz de desarrollarse siempre, que no puede encerrarse en ningún esquema ideológico,

que es fuente de libertad y responsabilidad, de autoconstrucción hacia una plenitud que supera las mismas ideas de autocomprensión [9].

Nuestra meta es avanzar en la mejora del acceso a los servicios de salud mental, ofrecer junto a las terapias eficaces, la competencia profesional y el compromiso de querer ayudar al individuo, enriquecer la experiencia y sumarle la capacidad de poder soportar el peso de una relación exigente con el enfermo, una gran capacidad de empatía, una posición ética y la confianza en una relación de responsabilidad [10]. Discernir y tomar decisiones en el abordaje de la salud mental, requiere tomar en consideración el bien de la persona y el respeto de su dignidad. No se trata solo de captar el trastorno, la enfermedad o el sufrimiento, sino también de comprender que se trata de una persona con deficiencias psicosociales que, si bien padece, de ninguna manera lo definen. En esto consiste el arte de trascender lo inmediato para llegar a la psique y reunificar anamnesis con diagnóstico en una visión más profunda, tanto que logre rozar el misterio esencial de cada individuo [6].

References

- [1] Bentolila S. Ministerio de Salud de la Nación. 2020 (disponible el 30.12.2024, en: <https://www.erjontane.jch.er/crcnevarus/oquapcs-seduf>).
- [2] Ley Nacional de Salud Mental N26.657. Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial N 32.041.
- [3] Bloch C. Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH SIDA. Actualizaciones en sida 2010; 18 (69).
- [4] Blejmar B. Gestionar es hacer que las cosas sucedan. Centro de Publicaciones educativas: Bs As; 2005.
- [5] Rosales MDLV. Proyecto de Gestión 2019-2023. Proyecto de Gestión Concurso de Funciones. Florencio Varela: HZGA Mi Pueblo, Servicio de Salud Mental.
- [6] Revello R. Relación entre personalismo ontológico y corpus doctrinal. En: Bochaty A (ed). Bioética y Persona. Escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: EDUCA; 2008: 361-373.
- [7] Sgreccia E. Manual de Bioética. Cuarta ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018.
- [8] Pellegrino E. La experiencia vivida de la dignidad humana. En: Bochaty A (ed). Bioética y Persona. Escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: EDUCA; 2008: 303-340.
- [9] Comoretto N. La centralidad de la persona en la praxis médica. En: Bochaty A (ed). Bioética y Persona. Escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: EDUCA; 2008: 75-93.
- [10] Barraca Mairal J. Bioética desde lo irreplicable de la persona. Prisma Jurídico 2010.

