

PROGRAMACION DE LA SALUD MENTAL EN EL PAIS Y EN EL SEGURO SOCIAL

Dr. JOSE CRUZ CUEVA

Jefe de Psiquiatría del Hospital «Carlos Andrade Marín», Quito

El Departamento Médico del Seguro Social, con sus diferentes servicios, no debe cerrar sus puertas a la programación de la salud, con sentido nacional, pues es utópico querer hacer salud y Medicina Preventiva solamente en los afiliados sabiendo que constituye una parte de la familia y de la comunidad y que todo lo que afecte a estas últimas tiene que repercutir en su nosología.

Por otra parte, un deber de los médicos del seguro es inquietar a las respectivas autoridades de sanidad para que den practicidad a proyectos que respondan a imperiosas necesidades en el ramo de la salud, y como con harto dolor, en lo que respecta a salud mental, no se ha hecho nada con sentido nacional, el Servicio de Psiquiatría del S. S., con la colaboración de la Sociedad de Psiquiatría, ha organizado este Simposium como parte del programa de las actividades científicas con motivo de la inauguración del Hospital «Carlos Andrade Marín».

Para programar un plan, se necesita 1º conocer los datos epidemiológicos en el país y por zonas, enjuiciar esta realidad, compararla con similares de países vecinos, conocer lo que se aconseja y ha tenido éxito y luego estructurar un programa que señala los primeros pasos, oriente la investigación y la asistencia y de pautas para un porvenir halagador.

Con este criterio, en lo que se refiere a salud mental, los datos disponibles que seguramente no revelan toda su magnitud por deficiencias estadísticas son los siguientes:

La población de ECUADOR (1967) fue de 5'585.400. Habían 1.760 médicos generales, de los cuales 1.400 trabajaban en Quito, Guayaquil y Cuenca y 300 en el resto de las poblaciones. 2'076.427 es la población de las zonas urbanas y 3'505.937 de las zonas rurales. El 37,18% de médicos debería atender la zona urbana y el 62,82% la rural, o sea al revés de lo que sucede actualmente.

Se calcula que el país tiene 1.702 ca-

Conferencia, con motivo de la inauguración del Hospital «Carlos Andrade Marín»

mas psiquiátricas, 636 en Quito, correspondiendo 500 al Manicomio "San Lázaro" y 136 al Hospital Psiquiátrico de Conocoto, y 866 en Guayaquil en el Hospital Lorenzo Ponce. A estos datos, hay que agregar 30 camas del Seguro Social y un 1% en Clínicas Particulares. Corresponde, según cálculos, a un Psiquiatra por cada 160 camas, lo que es utópico. Los hospitales generales no disponen de unidades psiquiátricas a excepción del Hospital "Carlos Andrade Marín". Actualmente hay tres clínicas privadas en Quito y tres en Guayaquil. Los Servicios de Consulta Externa se realizan en el Hospital "San Lázaro" de Quito, "Lorenzo Ponce de Guayaquil" y en el Departamento Médico del S. S. de Quito, Guayaquil y Cuenca.

Entre Quito, Guayaquil y Cuenca no hay más de 30 psiquiatras y 20 Psicólogos Clínicos o sea un Psiquiatra por 186.180 habitantes. La O. M. S. recomienda un psiquiatra, 2 psicólogos y 4 asistentes sociales por cada 20.000 habitantes. Deberíamos disponer según esto de 275 psiquiatras, 550 psicólogos clínicos y 1.100 asistentes sociales.

La educación psiquiátrica se recibe en la Universidad. Los profesores han modificado sus programas, se tiende ya a hacerle más práctica y más dinámica con la colaboración de profesores auxiliares a medio tiempo. Todavía no estamos en condiciones de realizar cursos de post-grado y los pocos especialistas que existen, en su mayoría, se han cultivado y adquirido experiencia en países más adelantados de América y Europa.

La investigación de la Salud Mental no ha tenido lugar por falta de especialistas y de medios materiales. Uno que otro trabajo aislado se ha publicado, pero hace falta una investigación bien estructurada que obedezca a un plan profundamente meditado y concebido.

Esta, a grandes rasgos, la realidad del país, en lo que se refiere a salud mental, toca ahora, esbozar asimismo ligeramente, acerca de las tendencias actuales en lo que se refiere a salud mental y luego resolver sobre un plan mínimo de aplicación en nuestro país con fines de superación para el porvenir.

1º—LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.— Los hospitales psiquiátricos, órganos vitales de cualquier programa de salud mental, sobreviven como institución terapéutica a pesar de los duros ataques a su funcionamiento. Se ha dicho que son híbridos entre cárcel y hospital, que son "cementeros de juicios aniquilados", que estaban sujetos a tratos —policíaco— administrativos y que su única misión consistía en aislar a los enfermos, apartarles de la sociedad y darles asilo. Pero este tipo de casos desapareció para siempre con el avance de la Psiquiatría que aportó radicales transformaciones en la asistencia de los enfermos mentales. Sin embargo, últimamente, ha sufrido un nuevo embate con la tendencia actual a crear unidades psiquiátricas en Hospitales Generales y Centros comunitarios de Salud Mental. Una nueva orientación a su funcionamiento está consiguiendo que vuelva a tener pre-

eminencia en los programas de salud. Esto se está alcanzando con lo que se ha llamado la "descentralización geográfica del hospital psiquiátrico". Consiste en la fragmentación interna del Hospital Psiquiátrico, en unidades o servicios más pequeños que reciban pacientes de una zona geográfica definida en la que los pacientes residieron antes de su ingreso al hospital y a donde, con toda probabilidad, retornarán cuando sean externados. En este esquema de organización hospitalaria, sexo, edad, diagnóstico, pronóstico y conducta, dejarían de influir en la distribución de pacientes dentro del hospital. Equipos multidisciplinarios de salud mental serían asignados a los nuevos sectores, con la necesaria autonomía administrativa, presupuestaria y terapéutica, para llevar a cabo programas comunitarios dentro de las áreas de influencia o jurisdicciones geográficas correspondientes a cada unidad sectorizada del hospital psiquiátrico.

Un sistema de descentralización geográfica en cuanto se refiere a sus consecuencias comunitarias tienen la ventaja de proporcionar las bases para estudios epidemiológicos, de hacer comprensibles las diversas etapas por las que un ciudadano productivo se convierte en paciente. Permitiría el establecimiento de programas cooperativos entre el hospital psiquiátrico y los hospitales generales; facilitaría la creación de programas de acción social y comunitaria de carácter preventivo. La sectorización geográfica del hospital psiquiátrico haría posible seguir el curso clínico de la enfermedad mental dentro

y fuera del mismo, porque al evitar la clasificación y distribución de enfermos en función de edad, sexo, diagnóstico, conducta y pronóstico, que dan lugar a continuas migraciones dentro del hospital según las vicisitudes de tales variables percibidas en forma cambiante por el personal institucional, a tal punto que cuando el paciente retorna a la comunidad se pierde en ella y en caso de reingresar se hace difícil saber que acaeció durante su ausencia. El equipo de salud mental asignado sectorialmente a su comunidad mantendría contacto permanente con el paciente, su familia y otras personas de importancia para su destino.

En Clarinda (Iowa) U. S. A., cuna del primer manicomio geográficamente descentralizado, éste en 1959, tenía 1.200 camas con un área de influencia de casi 50.000 km², sirviendo alrededor de 250.000 habitantes. Como resultado de la descentralización geográfica implementada ese mismo año, el censo de pacientes inició un descenso rápido y continuo; en 1961 se efectuó la descentralización del hospital psiquiátrico del estado de Colorado (U. S. A.) que tenía un total de 6.100 camas. Actualmente el censo es de 2.000 camas. La inauguración de un 2º hospital psiquiátrico en 1963 contribuyó a esa reducción, pero esta 2ª institución, cuyo diseño arquitectónico interpretó estructuralmente por 1ª vez en los Estados Unidos la filosofía descentralizadora, no ha llegado a exceder de 350 camas, con lo que el Estado de Colorado opera actualmente unas 2.400 camas comparadas con 6.100 de hace 8 años, a pesar

del incremento del más del 15% de la población del estado.

Esta es la tendencia actual de transformación del Hospital Psiquiátrico, por supuesto con un régimen de tratamiento activo que no se limita sólo al empleo de sustancias medicamentosas, sino que comprende también la laborterapia, la psicoterapia individual y de grupo, la fisioterapia, la recreación etc.; en otras palabras, que funcione como comunidad terapéutica y como centro de socioterapia y de rehabilitación.

Debe ser un hospital abierto y que funcione también como Hospital de día y Hospital de Noche, estableciendo un puente efectivo entre el enfermo internado y la comunidad.

2º SERVICIOS PSIQUIATRICOS EN HOSPITALES GENERALES.— El Dr. Goldstein al informar sobre estos servicios en Israel dice: "La creación de estos servicios psiquiátricos además del gran beneficio que prestan al enfermo y a la sociedad significa un avance en el camino de la integración de la psiquiatría dentro de la medicina general. Son servicios abiertos con policlínicos externos. La existencia de estos servicios implica grandes ventajas para el enfermo, el médico y la sociedad.

Para el enfermo. Al estar en un hospital general no se siente distinto a los demás pacientes. Es un enfermo como cualquier otro. No se siente segregado de la sociedad y sigue manteniendo sus vínculos con familiares, amigos, etc. Esto hace que vaya más fácilmente a la consulta permitiendo así un diagnóstico y tratamiento precoz.

Para el médico. Al no quedar separado de los demás médicos y de la medicina, se siente y sigue siendo más médico y no tan sólo psiquiatra. Dispone de la colaboración de los otros médicos, especialistas y laboratorios.

Para la sociedad. No significa estigma para la familia tener en su seno un enfermo psíquico. Esto facilita que padres y familiares lleven a los enfermos más precozmente y que luego ofrezcan mucho menos a la resistencia, reintegración del enfermo en el hogar. Se establece así un lazo estrecho entre el hospital, el hogar y la comunidad.

En relación con estos servicios, A. Esquivel se expresa así: "Hace 20 años los servicios psiquiátricos en los hospitales generales eran una rareza y se dudaba mucho de su utilidad. En 1941 había solo 37 hospitales generales con estos servicios en los Estados Unidos. En 1965 esta cifra ha ascendido a cerca de 760, con un ascenso proporcional cada año. Esta tendencia se ha generalizado prácticamente en todo el mundo aunque el número total de ellos y su proporción de camas no es desconocido en Latinoamérica, la aceptación de esta idea ha sido general, y, a pesar de las dificultades, se han logrado realizaciones de gran significación etc."

Por estas palabras, se puede apreciar que en todos los países era ya antiguo el afán de contar con unidades psiquiátricas en hospitales generales; muchos aspectos de orden técnico, terapéutico y sociológico, contaban para esta renovación en el campo de la salud mental.

Aquí cabe consignar con un poco de

orgullo que el Departamento Médico del S. S. ha mantenido este servicio, aunque no sin dificultades, desde hace más de 20 años.

3º CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL O DISPENSARIOS DE SALUD MENTAL.—Actúan en áreas intercantonales, interdistritarias y dentro de la comunidad.

Aquí se presta gran atención a los enfermos con trastornos psíquicos poco marcados, a las formas iniciales y leves de las enfermedades mentales, a las neurosis. Muchos de estos enfermos pueden ser tratados en su casa y, a veces, incluso sin dejar de trabajar. Una de las misiones principales es asegurar la asistencia médica en su propio ambiente. Es también misión de estos centros acabar con los prejuicios acerca de la enfermedad mental, hacer conocer la verdad y explicar la necesidad de su tratamiento oportuno. No se descuida el peritaje laboral, o sea la elección de la ocupación más adecuada para el enfermo o para el que aún no se ha repuesto del todo de una enfermedad mental.

No es menos importante su labor de prevención de las enfermedades mentales buscando con su equipo mejorar las condiciones de vida y de trabajo, educando a la población en problemas de higiene mental mediante reuniones, charlas, conferencias, la radio y la televisión. Temas principales como la educación de los hijos en las diferentes edades, preparación psicológica para el matrimonio, el embarazo y el parto, figuran en la primera línea de sus programas.

Un capítulo imprescindible de la labor profiláctica de estos centros lo constituyen la lucha contra el alcoholismo y los drogadictos, como posible causa de las enfermedades mentales.

Como ya se indicó, son también centros terapéuticos activos y funcionan como puentes entre el hospital y el hogar, para enfermos post-psicóticos enviados de otros hospitales y como consultorio para pacientes ambulatorios.

4º Solamente cito, por ser muy conocidas sus funciones, las Colonias Agrícolas o Colonias Psiquiátricas, o Aldeas de Trabajo, etc. para enfermos crónicos, en busca de alguna regeneración personal y social.

5º Aparte de las instituciones citadas, en un plan de salud mental, deben constar una basta red de establecimientos psiconeurológicos infantiles, como las escuelas auxiliares, las escuelas sanatorias, los gabinetes para el tratamiento de los trastornos del lenguaje, los consultorios psiconeurológicos de los policlínicos infantiles, las secciones infantiles de los dispensarios, colonias y hospitales psiquiátricos, las secciones para epilépticos, las casas para débiles mentales, los hogares y escuelas para menores de conducta antisocial, etc.

Comparada nuestra realidad con los programas de Salud Mental de otros países, se destacan los siguientes puntos:

A. Escasez de recursos humanos, técnicos en los aspectos médicos y paramédicos.

B. Escasez de servicios clínicos y profilácticos, especialmente en lo que

se refiere a dispensarios de consulta externa, servicios psiquiátricos en los hospitales generales y centros de psiquiatría infantil;

C. Insuficiencia de programas de adiestramiento en todos los niveles;

D. Ausencia de programas y recursos en los organismos oficiales en relación con la salud mental; y

E. Inexistencia de campañas en grande o pequeña escala que promuevan la salud mental dentro de la comunidad.

RECOMENDACIONES PARA UNA PROGRAMACION DE SALUD MENTAL EN EL ECUADOR

Un modelo conveniente de organización administrativa de servicios de salud mental, a nivel nacional, entraña la supervisión y coordinación general de los asuntos de salud por una Dirección General encargada de esta responsabilidad, dependiente del Ministerio de Salud.

Esta dirección General, para planificar, deberá primero contar con un conjunto de datos realísticos y mensurables acerca de las necesidades y recursos del país en lo que se refiere a salud mental, y luego de un cuidadoso análisis, establecerá las prioridades adecuadas para atender sus demandas, que deben considerarse bajo cinco aspectos.

1º ORGANIZACION.— a).— Deben coordinarse los programas de salud mental con otros servicios de salud. Por lo pronto, en el plan de medicina rural que se halla en marcha en el Mi-

nisterio de Salud, deberían ser parte activa, unidades móviles de equipos psiquiátricos formados por 1 psiquiatra, 2 psicólogos clínicos y 4 trabajadoras sociales; b).— En estos programas deben también participar entidades y grupos no gubernamentales, como el Seguro Social y los diversos patronatos de enfermos mentales.

2º CAPACITACION DEL PERSONAL.— DOCENCIA.

Las necesidades generales en este sector, pueden resumirse en las siguientes:

a) Ampliar y reforzar los programas de formación de psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadoras sociales;

b) Coordinación docente con profesiones afines y entrenamiento en el método de trabajos de grupos multidisciplinarios;

c) Creación de centros regionales de entrenamiento;

d) Realización de seminarios locales, nacionales e internacionales para ayudar a la difusión de ideas nuevas e implementación de programas;

e) Preparar Sanitarios en salud mental con la ayuda de becas en el exterior;

f) Adopción de normas comunes para la docencia y criterio uniforme para la clasificación de trastornos mentales.

3º INVESTIGACION.— Debe iniciarse en los siguientes campos:

a) Estudios epidemiológicos sobre incidencia y prevalencia;

b) Investigación sobre factores sociales, económicos, demográficos y cul-

turales relacionados con enfermedad y salud mental;

- c) Evaluación de necesidades y recursos en el campo de la salud mental;
- d) Determinación de prioridades en el trabajo de salud mental;
- e) Pruebas de factibilidad (programas piloto, programas experimentales);
- f) Evaluación de programas;
- g) Estudios de psiquiatría cultural y transcultural;
- h) Estudios de las aptitudes de la comunidad y maneras de modificarlas en caso necesario.

4º ASISTENCIA Y PREVENCIÓN

- a) Ampliación de servicios. La aspiración debe llegar, como se recomienda, a una cama por cada 1.000 habitantes, actualmente tenemos 1 por cada 3.281 habitantes;
- b) Trabajo en equipos multidisciplinarios, formados por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos, enfermeras, trabajadoras sociales y voluntarios;
- c) Organización de dispensarios y servicios de consulta externa;
- d) Creación de unidades de psiquiatría en los hospitales generales;
- e) Instalación de colonias rurales a bajo costo y habilitación de camas para internación de pacientes crónicos;
- g) Centros integrados de salud infantil y protección materno-infantil;
- h) Unidades piloto de psiquiatría social;
- i) Trabajo con grupos de padres de familia, adolescentes, maestros de escuela, religiosos, policías, y juntas de acción social;

- j) Centros de reeducación de menores;
- k) Hospitales de Día y Noche;
- l) Centros de enseñanza especial.

5º TRABAJO EN LA COMUNIDAD.

Estas actividades se conciben de preferencia como campaña y estarían orientados a los siguientes fines:

- a) Consecución de fondos
- b) Educación y sensibilización del público para los programas de salud mental;
- c) Identificación de líderes y su consiguiente aprovechamiento para el programa de promoción.

Se ha presentado un plan ambicioso de programación de la salud mental en el Ecuador. Pueda que tenga muchos vacíos, que a lo mejor pueden ser llenados con la discusión que se va a realizar a continuación. No creo que todo lo expuesto haya que encararlo de inmediato.

Se deberían empezar por la creación de la Dirección General de Salud Mental con el asesoramiento de un Consejo Técnico que podría estar formado por el Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría, el Director del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas y un Sanitarista especializado. Entonces previa la evaluación de nuestras necesidades y recursos, ir estableciendo prioridades dentro del plan general que se ha diseñado.

En cuanto al Seguro Social, le correspondería lo siguiente:

- a. Colaborar con su personal y re-

cursos en el plan general de salud mental;

b. Establecer unidades psiquiátricas en los Hospitales Generales del Seguro en provincias;

c. Organizar equipos móviles formados por: 1 psiquiatra, 2 Psicólogas Clínicas y 4 trabajadoras sociales que actúen con fines de asistencia, investigación y profilaxis en Centros comunitarios donde se descubra mayor incidencia de trastornos nerviosos y mentales;

d. Aumentar el personal de especialistas en Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermeras y Trabajadoras Sociales.

Actualmente para una población de 290.000 afiliados trabajan tres psiquiatras: 2 en Quito y 1 en Guayaquil, 2 Psicólogas Clínicas y una trabajadora social.

Según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, para la población señalada, se debería disponer de 15 psiquiatras, 30 psicólogos Clínicos y 60 trabajadoras sociales.

c. Apoyar reuniones anuales de los Jefes de Servicio Psiquiátrico con fines de programación, investigación y planes de higiene mental en el Seguro Social Ecuatoriano.