

# LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS SANITARIAS PRO-MERCADO: ESTUDIO DE CASO-BOGOTÁ

Sara Ardila<sup>1</sup>

## Resumen

Reiterativamente se ha señalado en los últimos 15 años, que la atención psiquiátrica se vio duramente afectada por la reforma del sistema de salud colombiano. No obstante, un hecho que resulta llamativo es que generalmente las protestas al respecto, han tendido a ser casi tan reducidas como el sistema de salud al cual reclaman. Esto es: “más consulta, más hospitalización, más medicamentos...” quedando sin discutirse y mucho menos resolverse, la cuestión de la transformación de la atención psiquiátrica, la cual tiene como ejes el respeto de los derechos de las personas con trastorno mental y la inclusión de las mismas en los espacios cotidianos de socialización.

A partir de esto, la investigación cuyos resultados se presentarán -que corresponde a una tesis de maestría en psicología social comunitaria, adelantada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires<sup>2</sup>- constituye un estudio de caso sobre la transformación de la atención psiquiátrica en el contexto de las reformas de salud pro-mercado. En tal investigación se analizó la situación de la atención psiquiátrica en la ciudad de Bogotá durante el periodo 2006-2007, pues la reforma del sistema de salud colombiano ejemplifica la implementación de las sugerencias de los bancos multilaterales en materia de salud. Así mismo, el trabajo se enfocó en el análisis del componente “comunitario” de la reforma psiquiátrica -uno de los ejes de la misma- revisándose las prácticas de atención y sus referentes políticos, jurídicos y técnicos,

---

<sup>1</sup> Becaria de Doctorado del Proyecto de Investigación: “Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos”. Fondo Nacional para la Promoción Científica y Tecnológica (FONCyT), Argentina.

<sup>2</sup> La directora de la tesis es Alicia Stolkiner y la co-directora Amelia Fernández Juan.

mediante entrevistas a profundidad, análisis documental y cuestionarios a profesionales de servicios.

Los resultados señalan que la atención comunitaria, en el contexto de este sistema de salud, estaría siendo contraria a los principios de la transformación de la atención psiquiátrica. Esto es, que en vez de propiciar la inclusión de las personas con trastorno mental en los escenarios cotidianos de vida así como el respeto de sus derechos, estaría actuando en cierto sentido en contravía de ello.

### **Palabras Clave**

Sistema de Salud, Reforma Psiquiátrica, Atención Comunitaria, Bogotá.

## **THE TRANSFORMATION OF PSYCHIATRIC ATTENTION IN THE PRO-MARKET SANITARY REFORMS CONTEXT: CASE STUDY – BOGOTÁ.**

### **Abstract**

During the last 15 years it has been said that the reform to the Colombian health system has affected the psychiatric attention very much. At the same time the protest against that reform has been very unspecific. The protests have been that there is a need for "more attention, more hospitalization, more medicines..." Those protests have left out the really important issues like the respect for the rights of people with mental disorders and their inclusion in the everyday spaces for socialization.

This research is a case study about the transformation of psychiatric attention in the context of health reforms pro-market. This research is part of a master thesis in community social psychology in the Faculty of Psychology at the University of Buenos Aires. The research in the thesis analyzed the situation of the psychiatric attention in the

city of Bogotá during the period 2006-2007. The Colombian health system reform is an example of the implementation of the suggestions made by the multilateral banks in health issues. This thesis focused on the “community component” of the psychiatric reform. The practices of attention and their political, judicial and technical referents were analyzed by means of deep interviews, documental analysis and surveys to professionals that worked in those services.

The results show that the community attention in the context of this health system is in opposition to the principles of the transformation of the psychiatric attention. Instead of favoring the rights and the inclusion of people with mental disorders in the everyday activities, it acts against that in some ways.

### **Key words**

Health System, Psychiatric Reform, Community Attention.

## ***Introducción. Acerca de las relaciones entre sistema de salud y reforma psiquiátrica***

Pese a que se ha reconocido desde hace ya cierto tiempo el impacto que tuvo la reforma del sistema de salud colombiano de 1993 en la atención psiquiátrica (De Currea-Lugo, 2000), tal reconocimiento, y las discusiones que de éste se derivaron, han tendido a dejar de lado los principios fundamentales que han guiado a la propuesta de transformación de la atención psiquiátrica en América Latina desde hace 20 años: el respeto por los derechos de las personas con trastorno mental y la atención de carácter comunitario (Ardila y De Santacruz, 2008).

A la par de esto, quienes han abogado por la transformación de la atención psiquiátrica, tendieron a ignorar durante mucho tiempo la importancia del contexto sanitario como marco posibilitador o restrictivo de dicha transformación. Así, las experiencias innovadoras que se dieron en el campo de la atención psiquiátrica en otros países y regiones, fueron por lo general transmitidas y difundidas en América Latina de forma descontextualizada, es decir, omitiendo el peso de los sistemas sanitarios como condición de posibilidad para su desarrollo.

Es a partir de lo anterior que surge el interrogante por la relación entre sistemas de salud y transformación de la atención psiquiátrica en América Latina, y más específicamente, entre las reformas pro-mercado de los sistemas de salud que se dieron en la década de los 90s - una de cuyas representantes por excelencia es la reforma colombiana (Almeida, 2001)- y la atención de carácter comunitario que es, como ya se mencionó, uno de los ejes de la transformación de la atención psiquiátrica, la cual también se impulsó como compromiso regional desde el inicio de la misma década (OPS, 1990).

Se presentarán entonces algunos de los resultados y conclusiones que se derivaron de la investigación que buscó analizar dicha relación entre sistema de salud y reforma psiquiátrica, a la luz de la situación en la ciudad de Bogotá durante los años 2006-2007,

investigación que correspondió a una tesis de maestría en psicología social comunitaria<sup>3</sup>.

### ***La Investigación Realizada***<sup>4</sup>

La investigación tuvo como objetivo general el describir y analizar los factores facilitadores y obstaculizadores para la atención comunitaria en salud mental de los pacientes psiquiátricos, a partir de la lógica y organización del sistema de salud colombiano, centrándose en la situación de la ciudad de Bogotá en 2006-2007.

Para ello se desarrollaron tres estrategias: la descripción y el análisis de **documentos** (leyes, políticas y documentos normativos en salud y salud mental); la aplicación de un **cuestionario** a profesionales de servicios de salud mental (cinco servicios de hospitales de tercer nivel, cuatro de la red adscrita y uno de la red no adscrita, para un total de 27 cuestionarios); y la realización de **entrevistas a informantes clave** (8 informantes clave).

Respecto a los documentos es de señalar que su análisis estuvo guiado por el objetivo de la investigación transformado en pregunta, así como por la contextualización de los documentos, para lo cual se utilizaron los Planes Nacionales de Desarrollo, documentos internacionales referidos a la organización del sistema colombiano en el marco de las reformas a los sistemas de salud, documentos sobre el desarrollo de las políticas en salud mental en la región, y la investigación de Hernández, Obregón, Miranda, García, Eslava, Vega *et. al.* (2002), la cual es una revisión de la historia de la salud en Colombia a la luz del contexto socio-político del país y de la cooperación de la OPS.

Por otro lado, el cuestionario aplicado en los servicios tenía como propósito realizar una aproximación a las prácticas de atención en salud mental e identificar cuáles de ellas

---

<sup>3</sup> El título de la tesis fue: “La Transformación de la Atención Psiquiátrica en el Marco de las Reformas de los Sistemas de Salud: Opciones para las Prácticas de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud Colombiano”, entregada en abril de 2008 y defendida y aprobada en agosto de 2009.

<sup>4</sup> Una descripción más detallada de la metodología utilizada en la investigación así como de sus referentes teóricos puede consultarse en: Ardila, S. Lo Comunitario y la Transformación de la Atención en Salud Mental en el Contexto de las Reformas Sanitarias Pro-mercado: Estudio de Caso – Bogotá. *Revista Investigaciones en Psicología*, Año 14, No. 2, 2009: 7-23.

eran catalogadas como “comunitarias”. El cuestionario tenía 12 preguntas, algunas de ellas elaboradas con base en el instrumento de la OPS (1994) *Evaluación de la calidad de la atención en salud mental*. Fue aplicado a lo que se considera el equipo básico de una unidad de salud mental según la normativa colombiana: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, enfermero jefe y auxiliar de enfermería (Ministerio de Salud, 1975). La muestra estimada fue de 30 cuestionarios, pudiéndose realizar 27 (90%).

Por último, los informantes clave entrevistados fueron personas relacionadas con la gestión en salud mental en diversos niveles (distrital, nacional, internacional) e implicadas en la reforma de la atención psiquiátrica en el país, en su mayoría desde hace más de 25 años.

### ***Facilitadores y Obstaculizadores***

A continuación se presentarán los resultados y conclusiones de la investigación, tomando como eje organizador el interrogante propuesto en el objetivo: ¿cuáles son los facilitadores y obstaculizadores dados por la lógica y organización del sistema de salud respecto a la atención comunitaria de los pacientes psiquiátricos, es decir, de una atención concordante con los principios de la transformación de la atención psiquiátrica?

En el siguiente cuadro se muestran de manera sintetizada los aspectos identificados a partir de la investigación como facilitadores y obstaculizadores para la atención comunitaria dentro del sistema de salud colombiano, siendo de destacar que los ejes de análisis elegidos respecto a la lógica y organización de dicho sistema fueron los de la mercantilización (Laurell, 1994), el “favor” (García Canclini, 1995), la fragmentación y la focalización.

<b>FACILITADOR</b>	<b>OBSTACULIZADOR</b>
“Lo comunitario” se menciona en varios documentos normativos	No se define ni se tipifica
“Lo comunitario” implica valores de gran fortaleza ética	Dificultad para hacer operativos tales valores. Se llenan con otras lógicas.

Desde los servicios se consideran “positivas” las acciones comunitarias.	Reificación de los niveles de atención y de las acciones por niveles
Acciones de promoción y prevención	Son acciones aisladas, puntuales, sin evaluar. Lo comunitario se equipara a éstas.
Los paquetes de atención	Si no está explícito en el paquete no se hace.  El paquete como costo promedio de la atención.
	Dificultad para tipificar y facturar acciones no centradas en lo clínico-individual. El aseguramiento y la provisión se centran en el individuo.
	Si no son acciones e intervenciones rentables, no se realizan
	Diferencias entre regímenes: La atención comunitaria ligada a los pobres focalizados.
	Fragmentación del sistema: Imposibilidad de la continuidad de cuidados.

Como se puede observar en el cuadro anterior, algunos aspectos constituyen a su vez obstaculizadores y facilitadores para el despliegue de la atención comunitaria. Empezando por el primero de ellos, se encontró en el análisis documental que términos tales como “comunidad”, “comunitario” y “atención comunitaria”, son mencionados en varios documentos normativos de salud y salud mental. No obstante, no es posible encontrar que dichas menciones se acompañen de definiciones o tipificaciones de lo que es o de lo que se entiende por “comunitario”.

Lo anterior se relaciona con el hecho de que “lo comunitario” se encuentra revestido de valores que se consideran “positivos”, en la medida en que en la actualidad su simple alusión tiene el efecto de producir “una buena sensación”, en particular, asociada a la sensación de seguridad, tan efímera y por eso mismo tan deseada en el mundo actual (Bauman, 2001/2003). De allí que los términos “comunidad” y “comunitario” se

encuentren en la actualidad entre los recursos retóricos de las más diversas e incluso contrarias ideologías.

En el caso de la atención en salud mental dentro de los documentos políticos y normativos, lo comunitario se da por sobreentendido, utilizándose como significado compartido a la vez que vacío, el cual es fácilmente llenado desde la lógica del sistema de salud, esto es, lo comunitario como la tendencia a que los individuos asuman por sí mismos la gestión de su bienestar y su enfermedad (Galende, 1994), desentendiéndose así el Estado.

En este mismo sentido se encontró, en lo que respecta a las prácticas de atención en los servicios, que también en éstos se consideraba que las acciones de carácter comunitario eran “positivas”. No obstante, un aspecto significativo de lo observado, fue la tendencia a equiparar ciertas acciones con ciertos niveles de atención, lo cual ha sido denominado como una *reificación* de los niveles de atención, en el sentido de considerar que tal ecuación entre acciones y niveles es *real, objetiva, independiente de la acción y la producción humanas* (Berger y Luckmann, 1968), y por consiguiente inmutable.

A partir de esta reificación, se ha tendido a igualar “salud mental” con “promoción y prevención”. De acuerdo con los entrevistados, casi cualquier actividad puede y suele ser incluida dentro de tal categoría. Lo anterior puede relacionarse con lo formulado por Castel (1981/1984) acerca de la orientación de las acciones en el campo “psi” hacia la prevención sistemática de los riesgos. El preventivismo se inscribe en el imaginario de salvación y de que los males humanos pueden ser erradicados con la prevención o la detección precoz (Amarante, 1995/2006).

A esta ecuación entre salud mental y prevención (prevención primaria), se le agrega la de equiparar la prevención con el primer nivel de atención, ligando todo esto a lo “comunitario”. De este modo, los servicios ubicados en otros niveles no tendrían competencia para la prevención ni para lo “comunitario”.

Por otro lado, y dada la fragmentación del sistema de salud colombiano, lo cual se evidencia en los planes de beneficios diferenciados por capacidad de pago -los

denominados regímenes contributivo, subsidiado y vinculado, o como se ha llamado recientemente a éste último “población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda”- es posible afirmar de acuerdo a los hallazgos de esta investigación, que para el caso de Bogotá, tal fragmentación ha implicado que sea más viable la realización de prácticas de atención comunitaria para pacientes psiquiátricos en lo que respecta a los “vinculados”, lo cual fue catalogado en la investigación como una *inequidad al revés*, siguiendo la expresión de uno de los entrevistados.

Con esto se refuerza el imaginario de la atención comunitaria como atención para pobres, es decir, como una estrategia focalizada para cierto grupo poblacional, y no la estrategia elegida para la transformación de la atención psiquiátrica para todos.

En el caso de la atención a los vinculados en Bogotá, que son como ya dijimos quienes tienen mayores posibilidades de atención psiquiátrica, un facilitador lo constituyen los paquetes de atención, los cuales definen ciertas actividades a realizar. El problema de los paquetes es, por un lado, que si cierta actividad no está explícitamente nombrada, no se hace (si pensamos en lo comunitario como “actividades”), y por el otro, que al ser el valor del paquete un promedio de la atención, se intente recudir los costos o las pérdidas agilizando la atención, y en ese sentido, obviando desde esa lógica, lo que pueda ser obviado.

En cuanto al plan de beneficios del régimen contributivo, un obstaculizador es el hecho de que no estén explícitas las acciones comunitarias en éste, por lo cual no se oferten. Una dificultad asociada a esto la constituye el que desde la lógica clínica-individual, hegemónica en la atención en salud en el país, sea difícil tipificar, registrar y facturar acciones no centradas en esto clínico-individual, es decir, acciones colectivas.

Por último, un elemento fundamental dentro de la atención psiquiátrica concordante con los principios de su transformación lo constituye la “continuidad de los cuidados”, aspecto que como resulta evidente se ve fuertemente obstaculizado por la lógica y organización del sistema de salud colombiano. Un ejemplo que ilustra los efectos en la atención de tal fragmentación y también la focalización, fue el relatado por uno de los trabajadores de los servicios de salud mental:

Ingresa al servicio un paciente como “vinculado”. Debido a esto tuvo posibilidades de atención y rehabilitación según el paquete correspondiente a su problemática. El paciente logra cierto nivel de bienestar y consigue un trabajo. Al conseguir trabajo cambia su condición de “vinculado” y pasa a ser “contributivo”. Entonces ya no puede recibir la atención que venía recibiendo, pues sus posibilidades de atención se ven limitadas por el nuevo paquete de beneficios que tiene en su nuevo régimen de aseguramiento en salud. Recae y pierde su trabajo. Y vuelve así a ser vinculado, teniendo entonces acceso a los servicios que necesita.

### ***Lo comunitario en el sistema de salud colombiano.***

A partir de lo descrito anteriormente se observa cómo la atención comunitaria en el contexto del sistema de salud colombiano, no es la estrategia elegida para la atención psiquiátrica para la población en general, sino la estrategia apropiada para el extremo más pobre de ésta. De este modo, lo comunitario ha logrado instalarse dentro de las prácticas de atención en salud mental pero de manera marginal, como opción *complementaria* más que *alternativa*. Esto significa que en la práctica, al ser lo comunitario algo complementario, resulta fácilmente suprimible cuando la lógica del sistema exige que “lo no básico” se elimine; lo cual es contradictorio con la lógica misma de lo primario como lo esencial, ya que entonces lo comunitario no sería esencial aunque sí primario, es decir, tratamiento en salud mental “primitivo” (Testa, 1997).

De este modo, y como lo ejemplifica el caso de Bogotá, lo comunitario puede surgir como opción de atención psiquiátrica dentro de las reformas de los sistemas de salud pro-mercado, al servir como estrategia de focalización; esto es, como la atención elegida para los más pobres, amparada ésta en un discurso *políticamente correcto*, el discurso de lo comunitario.

## Referencias

Almeida, C. (2001) Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 79, 27-58.

Amarante, P. (1995/2006) *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Ardila, S. y De Santacruz, C. (2008, diciembre) *¿De qué estamos hablando cuando hablamos de derechos?: Visiones desde las personas con trastorno mental, familiares y trabajadores del sector*. Trabajo libre presentado en el VII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos, Buenos Aires.

Bauman, Z. (2001/2003) *Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

Berger, P. y Luckmann, T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Castel, R. (1981/1984) *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Ed. Anagrama.

De Currea-Lugo, V. (2000) La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En De Currea-Lugo, V., Hernández, M. y Paredes, N. *La salud está grave: una visión desde los derechos humanos*. (pp. 189- 308). Bogotá, Ed. Ántropos,

Galende, E. (1994) Modernidad, individuación y manicomios. En Saidón, O. y Troianovski, P (Comps). *Políticas en salud mental*. (pp. 107-130). Buenos Aires: Lugar Editorial.

García Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos: conflictos multiculturales de la globalización*. México D.F.: Ed. Grijalbo.

Hernández, M., Obregón, D; Miranda, N., García, C.M., Eslava, J.C. Vega, R., *et. al.* (2002) *La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia. 1902-2002*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.

Laurell A.C. (1994) La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell A.C. (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. (pp. 9.31) México: Fundación Friedrich Ebert/Universidad Autónoma de México-Xochimilco.

Ministerio de Salud (1975). *Manual general de organización. Modelo normativo para unidad de salud mental integrada al hospital general*. Bogotá: Autor.

Organización Panamericana de la Salud. (1990, noviembre) Declaración de Caracas. *Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.

Organización Panamericana de la Salud. (1994) *Evaluación de la calidad de la atención en salud mental* Washington DC: Autor.

Testa, M. (1997) Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En. Testa, M. *Pensar en Salud*. (pp. 161-176) Buenos Aires: Lugar Editorial.