

La pandemia de COVID-19 y las desigualdades de acceso a servicios de salud mental

MARTÍN DE LELLIS

Profesor titular regular de la Cátedra I de Salud Pública y Mental, Facultad de Psicología (UBA). Asesor en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MARÍA GRACIELA GARCÍA

Subsecretaría de Derechos Humanos y Seguridad de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Titular de cátedra Consumo problemático de drogas, Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

La pandemia y las medidas de aislamiento

La pandemia desencadenada por propagación de la COVID-19 ha causado la mayor catástrofe sanitaria del siglo XXI, si consideramos su impacto sobre el sufrimiento humano, los daños materiales ocasionados y cómo se ha puesto en virtual colapso la actividad social y la vida económica en el mundo entero.

Esta situación genera emociones de miedo y angustia, ya que pone al descubierto nuestra esencial fragilidad ante la enfermedad y la muerte. En el contexto de nuestra vida cotidiana, tan permeada por los medios de comunicación y dependiente de las redes sociales globales, suele exacerbarse la ansiedad cuando la información, además de no resultar del todo confiable, tampoco asegura contención psicológica ante una amenaza tan grave y masiva como la pandemia.

La declaración de emergencia sanitaria y las medidas de aislamiento preventivo, social y obligatorio que han sido adoptadas por el Estado nacional con el consenso de las autoridades provinciales, y cuyo objetivo es contener o mitigar la propagación del virus, alimentan la percepción de que la vida cotidiana está afectada por situaciones ubicadas fuera de nuestro control y que tienden a aplazarse en un horizonte incierto.

Las medidas de cuarentena, que interpelan a todos aquellos que integran el colectivo social, producen problemas adicionales que ya han sido reportados a través de numerosos estudios internacionales: frustración, estrés, tristeza, desorganización psicológica y agravamiento de trastornos de ansiedad o depresión. Se agudizan además problemas vinculares preexistentes, dado el régimen de convivencia en aislamiento forzado; se reactivan conflictos interpersonales y puede incrementarse el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Todos estos impactos negativos sobre el comportamiento y la subjetividad plantean un incremento potencial de la demanda hacia dispositivos especializados de salud mental.

Pero, ¿están estos preparados para resolver las demandas emergentes? ¿Cuáles son hoy los problemas de accesibilidad que, abarcando todo el proceso de continuidad de cuidados, se plantean en las instituciones y servicios de salud mental?

Desigualdades de acceso a los servicios

La actual emergencia sanitaria pone en estado de crisis agravada a un sistema socioeconómico desigual, estructuralmente empobrecido desde hace décadas. Estas condiciones preexistentes de desigualdad, que impiden el acceso equitativo a los servicios de salud, representan uno de los mayores problemas para enfrentar hoy la pandemia.

Las personas excluidas socialmente están expuestas a múltiples determinantes adversos, que producen como efecto el deterioro de las condiciones de vida y la imposibilidad de adoptar las pautas de cuidado recomendadas por el gobierno nacional para afrontar la emergencia. En el caso de los padecientes mentales, se revela una conexión aún más estrecha entre estos factores, pues la mayor parte de las evidencias mundiales subraya que los determinantes sociales negativos y la desafiliación incrementan el riesgo de alteraciones en la salud mental.

Además, las personas en situación de pobreza y con trastornos mentales severos se hallan más vulnerables a la enfermedad, porque encuentran mayores barreras al acceso y, cuando lo efectúan, solo son instituciones públicas las que logran brindarles algún tipo de atención. Pero, en las personas asistidas, la propia situación de pobreza contribuye a generar procesos de cronificación que se

expresan en problemas cognitivos, afectivos y de integración social.

Se cumple así la clásica ley de cuidados médicos inversos formulada por Tudor Hart, quien señalaba hace medio siglo que la disponibilidad de asistencia sanitaria tiende a variar de modo inverso a la necesidad de la población asistida: los sujetos más vulnerables no son atendidos y profundizan su vulnerabilidad, y quienes presentan menor riesgo relativo tienen más posibilidades de ser atendidos y resolver satisfactoriamente los daños a la salud.

Estos problemas específicos afectan en particular a los más vulnerables entre los vulnerables: a ancianos en situación de pobreza, con trastornos mentales o discapacidades cognitivas severas, que no disponen de redes de apoyo ni sostén y, por lo tanto, más necesitan la protección social y sanitaria del Estado.

Las instituciones monovalentes o de carácter asilar (psiquiátricos, colonias, grandes centros geriátricos) basan su accionar, además, en una respuesta fragmentada, rígida y a una escala inhumana que, si bien ha dado señales de caducidad en el mundo entero, se ha constituido en el núcleo más refractario al cambio en el modelo de atención.

Estas instituciones presentan condiciones inapropiadas para contener brotes epidémicos, por las siguientes razones:

1. Son deficitarias en los cuidados de enfermería y tienen dificultades para resolver situaciones generales de emergencia clínica.
2. Por ser lugares cerrados, se convierten en potenciales focos de propagación del virus.
3. Por efecto de la cronificación, los internos cuentan con una elevada edad promedio, no disponen de los sistemas de apoyo requeridos y se hallan a menudo en condiciones de fragilidad clínica.
4. No suelen adoptarse regularmente las medidas indicadas de cuidado y autocuidado, lo que agrava los efectos producidos por el hacinamiento.
5. Al incrementar la fragmentación de los servicios, plantean obstáculos para responder ante las crisis más acuciantes y garantizar la continuidad de cuidados en salud mental.

Aun cuando no representan una opción sustentable, en la situación actual estas instituciones han puesto todavía más restricciones al acceso, y se encuentran en un escenario de colapso que puede continuar agravándose si se profundiza el contexto de pandemia global.

Se han agudizado también las barreras de accesibilidad a los servicios ambulatorios y las unidades de resolución de crisis, ya sea por las dificultades para movilizarse hacia los centros de atención, o bien porque la situación de aislamiento impide contar los recursos humanos necesarios para atender los problemas de salud mental.

Tales barreras se expresan también en la restricción del acceso a una gran cantidad de instituciones y servicios que atienden en el primer nivel, ya que las alternativas de atención remota suelen cubrir a los sectores sociales más altos, con uso habitual de redes tecnológicas y mayores recursos cognitivos para sostener este tipo de tratamientos.

Los establecimientos generales de salud (EGS), como hospitales, clínicas, sanatorios de mediana o alta complejidad, no han sido históricamente una opción efectiva para el gran conglomerado de personas que requiere asistencia ante una crisis de salud mental, o bien ante problemas severos de consumo que desbordan al sujeto y a su medio familiar.

Presionados por la propagación de la pandemia y la multiplicación de casos, los EGS hoy están centrados en la atención de quienes presentan síntomas compatibles con el virus, y en la aplicación de medidas protocolizadas de triaje no resulta prioritaria la atención de personas con padecimientos mentales y/o consumo problemático de sustancias.

Las instancias institucionalizadas diseñadas para facilitar la continuidad de cuidados y los procesos de externación asistida e inclusión social han resultado también difíciles de sostener por la baja disponibilidad de recursos humanos no convencionales (como los acompañantes terapéuticos u otros cuidadores formales), que podrían aportar una mayor respuesta en el ámbito domiciliario.

Oportunidades para la transformación

Las estrategias y modalidades de tratamiento que han tratado de impulsarse en la última década, con el marco orientador de la Ley Nacional de Salud Mental, se han hecho más visibles y necesarias en este momento de crisis pandémica y se han constituido, de hecho, en nuevas oportunidades para la acción.

En otros términos, lo que surgió como una respuesta reactiva ante la situación de emergencia sanitaria puede convertirse en una oportunidad para transformar a mediano y largo plazo las prácticas en los servicios de salud mental.

Veamos cuáles son estas estrategias que se han hecho más visibles, que es necesario fortalecer y continuar impulsando:

- a. El despliegue de unidades de tratamiento móviles para atender emergencias clínicas, porque cuando no se dispone de transporte para trasladar al paciente a una guardia, cuando no hay camas disponibles para una internación aguda o para acceder a un establecimiento general de salud y aumentan los riesgos de infección y contagio, es necesario resolver la crisis allí donde esta se produce.
- b. La implementación de nuevos dispositivos de tratamiento y/o inclusión habitacional, tales como centros

de día, casas de convivencia o modalidades de internación domiciliaria, para ofrecer una respuesta flexible y a escala humana garantizada por los sistemas de apoyo y la atención personalizada.

- c. Apoyado en las tecnologías de comunicación a distancia, el seguimiento de situaciones clínicas de forma remota puede convertirse en una alternativa real, ante la ausencia de camas disponibles y las dificultades para realizar los controles ambulatorios fuera del domicilio.
- d. El fortalecimiento de los procesos de externación asistida, cuyo objetivo es trasladar a pacientes internados desde servicios de larga estancia hacia unidades de corta estancia, a escala humana y con mayor integración a las redes comunitarias.

Todos estos dispositivos pueden constituirse en una respuesta asistencial que, coordinada en redes de servicios, satisfaga las nuevas demandas de atención y facilite una mayor integración a la vida de la comunidad.

Prácticas seguras e interdisciplinarias

Es necesario profundizar el trabajo en dos aspectos fundamentales: aumentar la interdisciplinaria en las prácticas del equipo de salud y revertir la precarización que hoy afecta muy especialmente a los trabajadores de la salud mental.

La organización de los dispositivos según rígidas hegemonías disciplinarias puede resultar una barrera a la hora de resolver situaciones de catástrofe sanitaria que no tienen parangón con ninguna de las conocidas.

En tales crisis, no se requiere la concentración del poder ni la decisión hegemónica de una especialidad profesional, sino el esfuerzo concertado de distintos trabajadores –técnicos, profesionales y no profesionales–, pues cuanto más información circule y cuanto mayor sea el acceso y disponibilidad a ella, el equipo estará mejor preparado para resolver o bien derivar, si la situación sobrepasa a cualquiera de sus miembros.

Es necesario pensar, también, en la integración de los equipos interdisciplinarios de salud para comprender cuáles son las situaciones planteadas y las mejores alternativas de decisión para alcanzar un objetivo común: atender la urgencia, acompañar, sostener y cuidar.

Y jerarquizar, en ese sentido, el rol que cumplen los recursos humanos no convencionales como los acompañantes terapéuticos, los auxiliares gerontológicos y/u otros operadores terapéuticos. Estos trabajadores, que realizan tareas que otros profesionales no asumen ni desean cumplir, se desempeñan en la informalidad y carecen en general de reconocimiento oficial por las autoridades sanitarias o bien por las instituciones que deben asegurar o proveer asistencia.

Por ello, su reconocimiento formal garantizaría mejores condiciones de institucionalidad, mayor calificación del recurso humano e instancias de supervisión para que la tarea asistencial se desarrolle de forma más protegida y segura, tanto para el acompañante u operador como para el paciente y/o su grupo familiar.

En Argentina, uno de los sectores sanitarios que más ha recibido el impacto del deterioro del ingreso y la precarización laboral ha sido el de los servicios de salud mental. A los problemas vinculados con el déficit en el poder adquisitivo del salario y la disminución en el valor de las prestaciones profesionales, se añaden dificultades tales como el débil sistema de protección social para quienes trabajan como voluntarios, pasantes, concurrentes y/o residentes en instituciones del subsector público, semi-público o privado.

Además de una relación laboral inestable, la precarización laboral implica un escaso control de los trabajadores sobre el proceso, lo que constituye uno de los determinantes sociales más negativos sobre el bienestar humano. En situación de pandemia, cuando se necesita afrontar riesgos inesperados para asegurar la atención de las crisis, la precarización puede agravar aún más las condiciones de trabajo inseguras e impedir el acceso a medios de protección o al uso de los protocolos que deben guiar a todos los trabajadores de la salud.

Los procesos de formación merecen un párrafo aparte, ya que es necesario capacitar de forma continua a profesionales y técnicos en el desarrollo de competencias para las intervenciones en comunidad y para implementar modalidades de afrontamiento ante crisis o emergencias colectivas como las que hoy sacuden a nuestra sociedad. En particular, es fundamental entrenar a todos los integrantes del equipo de salud en la previsión, la prevención, la atención de catástrofes y las posteriores actividades de recuperación e integración social.

El día después: la pospandemia

Hoy no disponemos de la pausa necesaria para planificar la atención de las secuelas del sufrimiento que ha desatado la pandemia. Por eso es necesario pensar la pospandemia, cuando caduque la situación de excepción que hoy mantiene a la sociedad unida en la resistencia ante un agresor oculto, y se pongan de manifiesto todos los problemas asociados a la situación de aislamiento.

Es importante considerar algunos aspectos fundamentales para atender a los damnificados directos o indirectos de la pandemia. Uno de los temas principales será el trabajo para facilitar la elaboración de las pérdidas de los seres queridos que, acontecidas durante este período, no han podido ser afrontadas mediante los necesarios rituales de duelo, y que pueden constituirse en situaciones traumáticas.

cas si no se proponen instancias de adecuada elaboración psicológica.

En segundo lugar, será preciso enfrentar la falta de certezas ante el futuro, superar los sentimientos de apatía y desmoralización que suelen aparecer en situaciones de alta incertidumbre, y promover las respuestas resilientes que personas, grupos o comunidades también suelen movilizar ante las catástrofes sociales.

En tercer término, será necesario contribuir a que recobremos la confianza en el otro, que hoy es visto como portador de una amenaza por ser potencial fuente de contagio, pero que, sin embargo, es con quien debe reforzarse la solidaridad para asumir con mayor éxito la reconstrucción de los daños producidos.

Y tener presente que muchos tratamientos, interrumpidos por las barreras a la accesibilidad, deben ser recobrados en el marco de un retorno a la habitualidad de nuestras

interacciones en una sociedad que, si bien no será ya la misma que antes de la pandemia, no debería afectar la concreción de los proyectos de vida más deseados.

Observando las prácticas de atención de los servicios de salud mental podemos decir que, si no se garantizan los cuidados sanitarios mínimos, si los establecimientos generales de salud terminan a la postre siendo expulsivos y si los servicios de emergencia no resuelven las crisis, será más imperioso que nunca hallar respuestas eficaces y creativas para los problemas que emergen en cada contexto local.

Para responder con éxito a estos desafíos, es prioritario garantizar condiciones de trabajo seguras y oportunidades de formación a los trabajadores de la salud mental, tal que puedan dar asistencia durante la pandemia y mitigar sus impactos en la pospandemia, tanto en las víctimas directas como en todo el colectivo social.
