



confrontaciones



La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental

Federico Manuel Daray

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal
Hospital "Dr. Braulio A. Moyano", CABA
Docente Autorizado. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina, UBA
Doctor de la UBA, Área Farmacología, Facultad de Medicina, UBA
Investigador Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
Investigador del Instituto de Farmacología. Facultad de Medicina, UBA.
E-mail: fdaray@hotmail.com*

Introducción

La información de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias tienen una alta prevalencia en todas las regiones del mundo y son los principales contribuyentes a la morbilidad y mortalidad prematura (1). Estos representan el 13% del total de las enfermedades mundiales, constituyen una tercera parte de los casos de enfermedades no transmisibles y afectan a unos 700 millones de personas en el mundo (2). A pesar de su impacto social y económico, su prevención y tratamiento no ha sido prioritario hasta nuestros días, situación que se está tratando de revertir en los últimos años a través de varias líneas de acción entre las que está el "Plan de acción sobre salud mental 2013-2020" de la OMS (3). Esta situación que es crítica en términos sanitarios a nivel mundial, es aún peor en países de ingresos bajos y medios en los que entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento y, en los pocos casos tratados, el tratamiento es de baja calidad (1).

En función de esta problemática la mayoría de los países han desarrollado diferentes estrategias para el abordaje de los problemas de salud mental. En Argentina, en el mes de diciembre del año 2010, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), Ley N° 26.657. La misma tiene como objetivo principal que el proce-

so de atención se realice fuera del ámbito hospitalario, centrándolo en la comunidad y otros dispositivos alternativos, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial (4).

Numerosas opiniones se han hecho públicas acerca de la LNSM siendo los aspectos más discutidos aquellos relacionados con las incumbencias profesionales, las internaciones psiquiátricas, el cierre de los hospitales monovalentes, las consideraciones sobre los tratamientos farmacológicos y sesgos ideológicos, entre otros. Sin embargo, uno de los artículos de la ley no ha sido aún discutido, siendo fundamental al momento de llevarla a la práctica. Este es el artículo 7° del Capítulo IV, en el que se detallan los "Derechos de las personas con padecimiento mental"(4):

ARTÍCULO 7°.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud.

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja

Resumen

Los trastornos mentales contribuyen de forma significativa a la carga de enfermedad, reducen la calidad de vida y suponen elevados costos económicos y sociales. Además, el acceso a los tratamientos y la calidad de los mismos es deficiente, en particular en países de bajos y medianos ingresos. En función de esto, la OMS instó a los países miembros a elaborar políticas y estrategias integrales referentes a la salud mental. En este sentido, en la Argentina se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) Ley N°26.657; esta fue reglamentada a través del Decreto Reglamentario N°603/2013 e implementada a través del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). La LNSM define la visión, los valores y los principios para mejorar la salud mental del país. En esta definición, establece que la asistencia en salud mental debe basarse en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Esto, que no es novedoso en otras áreas de la salud, implica un cambio de paradigma para la salud mental en Argentina. Se observan inconsistencias entre el marco conceptual que plantea la LNSM y los instrumentos operativos publicados por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Estas inconsistencias reflejan las resistencias al cambio de paradigma.

Palabras claves: Ley Nacional de Salud Mental - Ley N° 26.657 - Decreto Reglamentario N° 603/2013 - Plan Nacional de Salud Mental - Modelo Biopsicosocial - Pluralismo - Prácticas Basadas en la Evidencia.

THE OPPORTUNITY TO TRANSFORM THE MODEL OF MENTAL HEALTH CARE OF ARGENTINA TO A MODEL BASED ON SCIENTIFIC EVIDENCE BASED ON THE NATIONAL MENTAL HEALTH LAW

Abstract

Mental disorders significantly contribute to the burden of disease, reduce the quality of life, and pose vast economic and social costs. Furthermore, access to treatment and treatment quality is often poor, particularly in low- and middle-income countries. Indeed, WHO urged countries to develop policies and comprehensive mental health strategies. In response, Argentina promulgated a National Mental Health Law (NMHL, No. 26.657) that was regulated through the Regulatory Decree No. 603/2013 and implemented through the National Mental Health Plan (NMHP). The NMHL defines the vision, values, and principles for improving the mental health system for the country via urging that mental health care be based on scientific evidence adjusted to ethical principles. This is not new in other areas of health; however, it implies a paradigm shift for the mental health system in Argentina. Inconsistencies between the conceptual framework that raises the NMHL and operational instruments issued by the National Mental Health and Addiction Department were observed. These inconsistencies reflect the resistance to change in paradigm.

Key words: National Mental Health Law - Law No. 26,657 - Regulatory Decree No. 603/2013 - National Mental Health Plan - Biopsicosocial model - Pluralism - Evidence-based practices.

sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

e) *Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.*

f) *Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.*

g) *Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.*

h) *Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.*

i) *Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.*

j) *Derecho a ser informado 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.*

k) *Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.*

l) *Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.*

m) *Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.*

n) *Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.*

o) *Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.*

p) *Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.*

El punto c) del artículo 7º define claramente cómo debe ser la atención en salud mental a la que tiene derecho toda persona con padecimiento mental. Según la LNSM, el empleo de intervenciones en materia de salud mental deberá estar basado en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Esto, que no es novedoso en otras ramas de la salud, lo es para la salud mental en Argentina, sienta las bases sobre las que se tienen que fundamentar desde ahora las intervenciones en salud mental y está en la línea de pensamiento de la mayoría de los países del mundo y los principales organismos internacionales como la OMS y la OPS.

En mayo de 2013 se reglamentó la LNSM a través del Decreto Reglamentario N° 603/2013. En la reglamentación del artículo 7º, punto c) se enuncia que (4):

“la Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas”.

La Autoridad de Aplicación de la LNSM es el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA). Si bien este punto no define exactamente cuál será el criterio y los mecanismos empleados para determinar cuáles de las prácticas en salud mental están basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y cuáles no, es de esperar que el MSAL emplee los mismos criterios que ha empleado para definirlo en todas las otras áreas de salud (5). Hasta el momento no se ha publicado un listado de prácticas aceptadas y/o prohibidas.

En octubre de 2013, la DNSMyA ha puesto en marcha el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). Este plan constituye la herramienta para la implementación de la LNSM, define las estrategias, actividades y plazos para lograr los objetivos de la política de salud mental y brinda una serie de indicadores de resultado que serán los que permitirán cuantificar los avances en el cumplimiento de las metas propuestas (6). El punto 5.2 del mencionado PNSM define su base conceptual (página 14), en la que se precisan y desagregan los contenidos de la LNSM y al llegar al Capítulo IV, Artículo 7 (página 15) se define lo siguiente (6):

En el Capítulo IV, Artículo 7 se da cuenta de los derechos de las personas con padecimientos mentales, los mismos que tiene cualquier otro habitante. Entre ellos: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada; a conocer y preservar su identidad y sus grupos de pertenencia; a recibir el tratamiento más conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades; a ser acompañadas por sus familiares u otros afectos; a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas; a no ser identificadas ni discriminadas; a ser informadas de manera adecuada y comprensible de los derechos que las asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

En las bases conceptuales, el PNSM repite textualmente el artículo 7 de la LNSM pero omite un único punto, no menor, que es punto c), el que establece el “Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos”.

Esta omisión marca la resistencia del paradigma actual de la salud mental en Argentina a cambiar hacia un nuevo paradigma basado en fundamentos científicos como indica la LNSM. Esta resistencia puede observarse en las inconsistencias que existen entre la LNSM, el PNSM y los lineamientos para el tratamiento de los principales trastornos de salud mental publicados por la DNSMyA. Estas inconsistencias no son menores y repercuten directamente en la salud de los habitantes de nuestro país.

A lo largo de este artículo se plantea el impacto en el marco conceptual que genera la LNSM al definir que la atención en salud mental deben basarse en fundamentos científicos, se propone un modelo para llevar a la práctica este nuevo paradigma y se analizan las inconsistencias observadas entre la LNSM y el PNSM y los lineamientos

publicados por la DNSMyA, ejemplificando los problemas que esto genera en la práctica.

Paradigmas en la salud mental en la Argentina

Los paradigmas son un conjunto de prácticas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una cierta disciplina (7).

En la Argentina, la salud mental estuvo influenciada más que cualquier otra área de la salud por paradigmas dogmáticos. En particular, entre las décadas del '60 y '70, la toma de decisiones para resolver problemas de salud mental dependía de las creencias del profesional tratante oscilando entre dos modelos dogmáticos antagónicos como el modelo biomédico y el modelo psicoanalítico. Con los años, la mayoría de los profesionales se convenció de que con un único método no se pueden resolver todos los problemas de salud mental. Esto llevó a que en la décadas del '80 y '90 los modelos dogmáticos dieran lugar, al menos en la teoría, a un nuevo paradigma, el eclecticismo, que es el modelo vigente, el *statu quo*, para la mayoría de los profesionales de la salud mental en Argentina y en otros países del mundo (8).

El eclecticismo tiene sus bases teóricas en el modelo biopsicosocial (BPS) propuesto por George Engel hacia fines de la década del '70 y comienzos de los '80 (9-10). George Engel era un médico clínico con formación psicoanalítica y su trabajo fue dirigido al conocimiento del componente psíquico en enfermedades de base orgánica siendo sus áreas de interés la colitis ulcerosa, el dolor psicógeno y los efectos psicológicos de las fístulas gastrointestinales en niños (8, 11). En esencia el modelo plantea que todas las enfermedades tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. Ninguna enfermedad y ningún paciente puede ser comprendido con uno de esos tres enfoques (8). Esto, que hoy parece parte del sentido común, fue revolucionario en aquellos años ya que permitió comprender que las enfermedades no sólo tenían una base orgánica sino que también tenían un componente psicosocial que debía ser atendido y rompió con el reduccionismo del modelo biomédico.

El modelo de Engel cobra gran interés en los comienzos de 1980 y no es casualidad que una de sus publicaciones más influyentes (10) se haya hecho en el *American Journal of Psychiatry* el mismo año en que se publicó la Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP). Algunos autores consideran que el modelo BPS fue oportuno para alcanzar una tregua entre las dos posturas dogmáticas, la psicoanalítica y la biomédica, que pujaban por imponerse en AAP (12). Si bien el modelo no fue creado para explicar las enfermedades psiquiátricas, fue en la psiquiatría donde cobró mayor interés y no así en medicina general como Engel esperaba (11). Desde entonces el modelo es el paradigma vigente en la psiquiatría americana y se ha extendido al resto del mundo.

Si bien este modelo BPS es teóricamente adecuado, en la práctica es poco preciso sobre todo para guiar la

toma de decisiones. Por eso, si bien fue el paradigma imperante en los últimos 30 años en la salud mental ha recibido numerosas críticas. Una de las más ilustrativas de los defectos del modelo es la que hace una analogía entre el modelo BPS y una receta de cocina; y afirma que para poder cocinar no es suficiente conocer la lista de ingredientes sino que uno debe saber cómo combinarlos (11). El modelo BPS sólo enumera aspectos relevantes para la salud pero no define cómo ponerlos en práctica, cómo emplearlos en los diferentes trastornos e incluso cómo utilizarlos a lo largo de los diferentes estadios de una misma enfermedad. Al no ser preciso en cómo se debe actuar, el modelo se vuelve vago y superficial (11). Lo único que hace es recordarnos que todas las enfermedades tienen un componente biológico, psicológico y social; concepto importante en los años 70 pero que hoy es parte del sentido común. Otro de los problemas del modelo BPS es que confunde la causa de los trastornos mentales con el tratamiento. Cuando el modelo BPS es llevado a la práctica y se considera que todo trastorno tiene un origen biológico, psicológico y social, todos los pacientes deberían recibir un tratamiento biológico, psicológico y psicosocial (11). Esto, que se observa habitualmente en los escenarios asistenciales de nuestro país, es una creencia falsa y defectuosa que nace del modelo BPS y lleva a asignar incorrectamente los recursos destinados a la salud. Que el origen del trastorno del paciente tenga un componente biológico, psicológico y social, no implica necesariamente que deba recibir intervenciones en estas tres áreas (11). Puede que sea necesario pero también puede que no lo sea. Puede que, en función de su trastorno, haya pacientes que se beneficien más que otros de alguno de los tres tipos de tratamientos o de la combinación de sólo dos de ellos. Incluso puede que, de acuerdo al curso o evolución natural de un trastorno determinado, un mismo paciente requiera de algún tipo de intervención en agudo pero esta no sea efectiva en forma crónica. Se pueden dar numerosas variantes en la práctica y el modelo no es útil para asistirnos a la hora de decidir. El modelo BPS, al mismo tiempo que es verdadero, es impreciso.

¿Cuál es el atractivo del modelo BPS y cómo se explica su éxito? El atractivo es que el modelo es cómodo, cualquier intervención que uno haga está bien ya que todo se enmarcará en alguna medida en lo biopsicosocial. Es un modelo poco riguroso que conduce a un Eclecticismo como el que se puede observar en la práctica, en la que el profesional se declara ecléctico o "ideológicamente neutro" pero lo que ocurre en realidad es que ignoran los esfuerzos conceptuales para evaluar la mejor intervención a aplicar sobre los pacientes. El modelo BPS evita discusiones sobre hipótesis de trabajo y estrategias de intervención. Emplear este modelo es no tomar partido. El modelo BPS no presta atención a los métodos de conocimiento biológico, psicológico o social, simplemente etiqueta estos conceptos en diferentes teorías y no discute sus ventajas y desventajas para un determinado paciente. Todos reciben medicamentos, tratamiento psicológico e intervenciones sociales porque todo es

biopsicosocial. No se trabaja para especificar cuándo los medicamentos funcionan o no, cuándo la psicoterapia ha demostrado ser efectiva o no, cuáles intervenciones sociales tienen mayor o menor impacto y cuándo estas intervenciones podrían funcionar mejor en forma combinada (8).

Pero todo esto tiene su costo. El empleo de las intervenciones en el marco del modelo BPS tiene baja efectividad, dudosa seguridad y altos costos, en definitiva es de pobre calidad.

El cambio de paradigma: hacia una salud mental basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental

El artículo 7 de la LNSM en su punto c) define claramente que la atención que deben recibir las personas con padecimientos mentales debe estar basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Este artículo acarrea un problema; el empleo del término "padecimientos mentales" es un término inapropiado, ya que es inespecífico y no está acorde con el cuerpo de conocimiento científico en el que el mismo artículo, pretende fundamentar la atención en salud mental. Los estudios científicos que brindan esos fundamentos fueron diseñados para los trastornos mentales y no para padecimientos.

Pero dejando de lado este punto, la declaración más significativa de este artículo es que define a los fundamentos científicos como base de la atención en salud mental. Se entiende por fundamentos científicos a todos aquellos conocimientos obtenidos empleando el método científico, que es uno de los tantos métodos empleados para obtener conocimiento del mundo que nos rodea (13). El método científico, en esencia, consiste en observar un fenómeno, elaborar una hipótesis, llevar a cabo los experimentos correspondientes y confirmar o descartar dicha hipótesis. Si los experimentos confirman una hipótesis, se puede establecer una ley y si no, se vuelve a empezar el proceso. El rasgo distintivo del método científico es que los conocimientos son obtenidos a través de la observación de los hechos y la experimentación (13). Es decir que se diferencia de otros métodos en la manera en la que obtiene el conocimiento.

¿Cómo se puede implementar el empleo de los conocimientos obtenidos a través del método científico a la salud mental? Para esto es necesario un cambio en el paradigma, y la mejor alternativa es el cambio hacia un Pluralismo Metodológico, cuyo enfoque original pertenece a Karl Jaspers y ha sido repensado por varios psiquiatras entre ellos Nassir Ghaemi (11, 14).

Este modelo parte de la concepción de que la mente del ser humano es compleja y esta complejidad no puede ser abarcada por un sólo método, no hay dogma que sea suficiente (12). Por esto deben emplearse varios métodos para la comprensión de la salud mental de un individuo, pero a diferencia del Eclecticismo, que afirma que todos los enfoques metodológicos son válidos, el Pluralismo trata de encontrar la mejor aproximación metodológica

para resolver un problema. El Pluralismo considera que cada metodología captura ciertos aspectos más efectivamente y correctamente que otras y por eso analiza todas las metodologías disponibles y evalúa, en función de la evidencia científica, cuál de todas prueba ser claramente superior a las demás. El error Ecléctico es asumir de antemano que todas las metodologías para resolver un problema son igualmente válidas; el Pluralismo no es la simple aceptación de las diferentes perspectivas metodológicas, la respuesta del Pluralismo es valorarlos (8, 11, 14). La conciencia metodológica es lo que lo diferencia al Pluralismo del Eclecticismo. Esta consiste en reconocer las ventajas y desventajas de cada método o técnica y la facultad de emplear el o los más apropiados a cada circunstancia específica (8, 11).

Para llevar a la práctica esta valoración metodológica el Pluralismo emplea las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE), que son una propuesta adaptada a partir de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Las PBE proponen una estrategia para la toma de decisiones en la práctica cotidiana a partir de la cual los profesionales integrantes del equipo interdisciplinario de salud mental tienen la posibilidad de conocer las mejores evidencias científicas disponibles para cada pregunta asociada a un trastorno mental en particular.

La estrategia de las PBE se aplica para evaluar métodos diagnósticos, pronósticos, intervenciones terapéuticas, posibles etiologías o cualquier otra pregunta en el área de la salud. Esta evaluación se basa en evidencias científicas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural y ético. Constituyen un modelo para la toma de decisiones en la práctica diaria. En concreto, los pasos de la PBE parten de la formulación de una pregunta o un problema de salud, siguen con una búsqueda sistematizada y ordenada de la literatura científica, continúan con la valoración crítica de los hallazgos y su clasificación en grados de evidencia, y terminan con la selección de la mejor evidencia disponible para que los profesionales integrantes del equipo tomen una decisión.

A diferencia del modelo BPS, las PBE enumeran todas las alternativas disponibles para la resolución de un problema de salud mental, analizan en función de la información disponible cuáles de ellas tienen y cuáles no tienen evidencia científica, comparan el grado de fuerza que tiene la evidencia para el problema que se quiera resolver y, en función de esto, establecen una recomendación.

Este enfoque, que surgió en la década del '80, ha sido aplicado a todos las ramas de la salud pero aún encuentra marcada resistencia entre los profesionales de la salud mental. Para lograr un cambio de escenario y pasar de un paradigma Ecléctico a uno Pluralista es fundamental que los integrantes del equipo interdisciplinario de salud mental estén convencidos de las ventajas de este marco conceptual y entrenados para poder aplicarlo a su práctica cotidiana.

El problema que se debe evitar con las PBE, es llevar el modelo al extremo y considerar que la única evidencia que avala la toma de decisiones es aquella que provie-

nen de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECCA), diseño experimental que tiene máximo grado de evidencia de las PBE. Pensarlas de esta manera, dejaría de lado toda la información proveniente de los estudios observacionales y cuasi experimentales (aquellos en los que no es posible la randomización). Esta forma de pensar la PBE es perjudicial sobre todas las ramas de la salud, y en particular para la salud mental, para la cual no siempre es posible diseñar ECCA y en muchas ocasiones las decisiones, sobre todo a nivel de las intervenciones psicosociales, deben tomarse con estudios de menor grado de evidencia (15).

Inconsistencias entre la LNSM y el PNSM: cómo impactan la práctica

La LNSM al plantear que los tratamientos de salud mental a los que tienen derecho los argentinos deben estar basados en fundamentos científicos ajustados a principios éticos, propone un modelo Pluralista que emplee como estrategias las PBE. Sin embargo, en la base conceptual del PNSM ese derecho fue omitido y, en consecuencia, el marco conceptual que guía el plan se vuelve Ecléctico.

Estas inconsistencias entre la LNSM y el PNSM se ven reflejadas en aspectos prácticos y quedan ejemplificadas al analizar las publicaciones de la DNSMyA para los equipos de salud (16). En estas, la DNSMyA establece los lineamientos para la atención de 3 importantes problemas de salud mental: la urgencia, el consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes y el intento de suicidio en adolescentes. El primer problema que surge de la lectura de estas publicaciones, es que no queda claro qué son los "lineamientos", en particular qué metodología se empleó para su elaboración y si se ajustan o no a LNSM. El término "lineamiento" es poco específico y no está definido. Lo que hubiese sido adecuado, en lugar de los lineamientos es la elaboración de "guías de práctica clínica" que es lo que MSAL ha hecho para otros problemas de salud. Las definiciones y metodología para la confección de estas guías están claramente explicitadas en la misma página del Ministerio (5):

"Las Guías de Práctica Clínica constituyen una herramienta importante dentro de la estrategia de implementación del modelo de atención de enfermedades crónicas. Son conjuntos de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible cuyo propósito es facilitar al equipo de salud, a las personas y a sus cuidadores, la toma de decisiones sobre su asistencia sanitaria. Este apartado contiene las guías de práctica clínica elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación, para el abordaje de las principales enfermedades crónicas no transmisibles. Las mismas son resultado de un proceso metodológico riguroso llevado adelante por un equipo interdisciplinario constituido por expertos temáticos, expertos en metodología de la investigación y potenciales usuarios. Contienen recomendaciones basadas en evidencia, cumplen con los estándares de calidad propuestos por la colaboración AGREE, presentan independencia editorial y están financiadas en su totalidad por este ministerio"

Es difícil entender por qué motivo el MSAL no empleó esta metodología para elaborar las guías referentes a los problemas de salud mental, diferenciándolos del resto de los problemas de salud. Se emplea una metodología pluralista basada en la evidencia científica valorando rigurosamente las alternativas terapéuticas para elaborar la "Guía de Riesgo Cardiovascular", la "Guía de práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2" y la "Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad" pero no se hace lo mismo para otras enfermedades crónicas no transmisibles como las de salud mental. Esto lleva a pensar que aún no tenemos una visión integral de la salud.

Es todavía más difícil de entender el escenario en el campo de las adicciones. Por un lado tenemos el tabaquismo, para el que MSAL elabora la "Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2012", una guía elaborada rigurosamente con recomendaciones basadas en evidencia científica para sistematizar el tratamiento del tabaquismo, que incluye intervenciones conductuales y farmacológicas, y herramientas para facilitar su implementación (5). Por otro lado, tenemos otra adicción, el alcoholismo, para la que se elaboran los "Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes" que no definen su metodología de trabajo y enumeran una serie de opiniones sin una evaluación rigurosa (16).

Al leer cualquiera de las "guías de práctica clínica" y compararla con cualquiera de los "lineamientos" uno puede ver claramente los problemas prácticos que acarrea el uso de diferentes marcos conceptuales. Para ejemplificar los problemas prácticos que surgen del empleo de diferentes marcos conceptuales en la LNSM y las publicaciones de la DNSMyA, se tomará como ejemplo los "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes". En la Argentina, las defunciones por suicidio adolescente son un problema de salud pública. La tasa de defunción por suicidio en esta población se ha duplicado en los últimos 20 años conformando la segunda causa de mortalidad en este grupo etario (17). Esto marca la magnitud del problema que estamos analizando e indica la necesidad de herramientas que orienten a los equipos de salud mental sobre las formas de intervenir en esta población.

Al analizar los "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes" (18) para el equipo de salud de la DNSMyA los puntos más importantes son la evaluación del riesgo suicida (punto 4, página 22), las estrategias terapéuticas inmediatas (punto 5, página 26) y las estrategias terapéuticas a mediano plazo (punto 6, página 27).

En relación con la evaluación de riesgo suicida, los lineamientos sólo listan una serie de factores de riesgo y factores protectores, sin determinar cómo estos factores deben ser combinados o jerarquizados en la práctica para la evaluación del paciente con conducta suicida, para poder establecer diferentes grados de riesgo y actuar en consecuencia. No hay un análisis basado en la evidencia

científica de la utilidad de cada uno de estos factores. Tampoco se analizan rigurosamente las propiedades de los diferentes instrumentos y escalas disponibles para valorar el riesgo suicida en este grupo de pacientes. Lo que es peor, al avanzar la guía, en el punto 5, establece que cualquiera de los siguientes factores de riesgo configura una situación de riesgo inminente (y por lo tanto de internación) y enumera entre otros las acciones suicidas de alto grado de impulsividad, los antecedentes de intento de suicidio previo, el consumo de alcohol y presencia de “*patología mental*”, entre otras. Esto es incorrecto y genera un alto nivel de confusión ya que ninguno de estos indicadores, por sí mismo, marca riesgo inminente. El más claro ejemplo es el antecedente de conducta suicida: si bien sabemos que es un factor que aumenta el riesgo de un desenlace fatal, el antecedente de conducta suicida previa no implica que el paciente esté en riesgo inminente y, por lo tanto, deba ser internado. Si uno siguiera estos lineamientos terminaría internando pacientes que no se deberían internar, que es justo lo que pretende evitar la LNSM.

Por otro lado, en relación a las estrategias terapéuticas inmediatas los lineamientos sólo hacen hincapié en una intervención, la internación, e indican que la misma debe hacerse en un Hospital polivalente y que dentro de las 48 h el paciente debe ser evaluado por personal de salud mental. Explicita que la internación no debe realizarse en un Hospital monovalente. No hay evidencia que sostenga esta recomendación. Pero lo más importante, más allá del lugar donde se interne al paciente en riesgo inminente, es si corresponde o no la internación y qué medidas terapéuticas se llevan adelante una vez internado. Esto tampoco se explicita. No se define ninguna otra estrategia de abordaje inmediato del paciente adolescente con conducta suicida. No se evalúan los niveles de evidencia para las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas: la terapia cognitivo-conductual, terapia dialéctico-conductual, terapia de resolución de problemas, terapia familiar, terapia psicodinámica, etc. y tampoco se establecen grados de recomendación.

En relación a las estrategias terapéuticas a mediano plazo, además de dejar de lado el análisis de todo el aba-

nico intervenciones psicoterapéuticas, no hace referencia a intervenciones farmacológicas sobre los pacientes con conducta suicida, ni siquiera establecen recomendaciones sobre temas complejos que requieren de análisis profundos como el empleo de antidepresivos en adolescentes.

En definitiva, los “lineamientos” son Eclécticos, emplean como marco conceptual el modelo BPS, listan una serie de conductas y omiten muchas otras, no hay un criterio sistematizado de selección, no valoran las intervenciones en relación a los fundamentos o evidencia científica disponible y no son útiles para tomar decisiones en la práctica por el equipo interdisciplinario de salud mental. El enfoque de los problemas de salud mental a partir de un modelo Pluralista como indica la LNSM llevaría a la confección de “Guías de Práctica Clínica” que empleen una metodología clara y rigurosa, llevadas adelante por un equipo interdisciplinario y valorando la opinión de potenciales usuarios, que analicen sistemáticamente todas las estrategias terapéuticas, establezcan recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, éticamente aceptables y con estándares de calidad y que tiendan a facilitar la toma de decisiones en salud mental.

Conclusión

La nueva LNSM define que la atención debe estar basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Esta declaración puede ser el punto de partida para el cambio de un paradigma Ecléctico a uno Pluralista para el ejercicio de las prácticas en salud mental en Argentina, acercándolas al resto de las prácticas en salud. Esto se puede alcanzar empleando las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE) como estrategia. Para tener herramientas coherentes con la LNSM los Planes, Programas, Guías de Práctica Clínica y cualquier otra debe fundarse en la equidad, universalidad y ética pero siempre basándose en la mejor evidencia científica disponible, dentro de los costos que se puedan pagar y atendiendo a las preferencias de los usuarios ■

Referencias bibliográficas

1. OMS. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 2012; Available from: http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf?ua=1.
2. OMS. Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). [10 de Junio de 2015]; Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/.
3. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
4. MSAL. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y Decreto Reglamentario 603/2013. [10 de Junio de 2015]; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf.
5. MSAL. ¿Qué son las guías de práctica clínica?; Available from: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica>.
6. MSAL. Plan Nacional de Salud Mental. 2013; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf.
7. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Económica FdC, editor. México1971.
8. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry. 2009 Jul;195(1):3-4.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
10. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980 May;137(5):535-44.
11. Ghaemi SN. Psiquiatría. Conceptos. Mediterraneo E, editor. Santiago, Chile2008.
12. Ghaemi SN. Paradigms of psychiatry: eclecticism and its discontents. Curr Opin Psychiatry. 2006 Nov;19(6):619-24.
13. Chalmers A. Qué es esa cosa llamada ciencia? Segunda ed. Argentina: Editorial Siglo XXI; 2010.
14. Ghaemi SN. Existence and pluralism: the rediscovery of Karl Jaspers. Psychopathology. 2007;40(2):75-82.
15. Ghaemi SN. The case for, and against, evidence-based psychiatry. Acta Psychiatr Scand. 2009 Apr;119(4):249-51.
16. DSMYA. Publicaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Argentina [10 de junio de 2015]; Available from: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/publicaciones>.
17. DSMYA. Información básica en salud mental y adicciones Infanto-juvenil 2014. 2014; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-12-18_informacion-basica-en-salud-mental-adicciones-infanto-juvenil-2014.pdf.
18. DSMYA. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. 2012; Available from: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf.