

DIMENSIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL: HACIA UN MARCO CONCEPTUAL PARA SU EVALUACION*

Por JOSE D. ARANA.

R E S U M E N

Se postula un marco conceptual para la evaluación de los sistemas de atención de salud mental. Existen tres dimensiones que configuran estos sistemas: la orientación ideológica, las tendencias culturales y la diferenciación instrumental. La primera explora la congruencia entre la ideología predominante y la que manifiesta el sistema de atención. La segunda examina el grado en que la cultura es expresada y reconocida en los sistemas de atención. La tercera evalúa la propiedad del manejo de los recursos y las estructuras instrumentales.

S U M M A R Y

A conceptual framework is proposed for the assessment of mental health service systems. There are three configurative dimensions of these systems: ideological orientation, cultural tendencies and instrumental differentiation. The first one examines the congruence between the prevailing ideology and that manifested in the service system. The second dimension explores the degree culture is expressed and recognized in service systems. The third dimension assesses the adequacy of management of instrumental structures and resources.

PALABRAS - CLAVE: Servicios de salud mental, psiquiatría comunitaria, psiquiatría transcultural.

KEY WORDS: Mental health care, community psychiatry, cross-cultural psychiatry.

* El presente artículo fue resumido y traducido del inglés por el Dr. Ovidio De León, a partir de una versión más larga que correspondía a un capítulo de un libro en preparación.

INTRODUCCION

Las comunidades difieren social, política y económicamente. Debido a ello, la "importación" de modelos de servicios de salud mental generalmente no es posible.¹ Factores sociales, culturales y políticos constituyen la esencia de la formación institucional a los que se añade la capacidad gerencial que permite el uso efectivo de los recursos disponibles. Las tradiciones, las creencias culturales y las preferencias políticas de la sociedad coalescen para dar origen a los modelos de servicios de salud mental. En última instancia, la viabilidad de los sistemas de salud pública requiere la discusión de las concepciones culturales de la salud y del mantenimiento de la salud, los conceptos morales de solidaridad y las políticas públicas de distribución de aquellos bienes y servicios que conducen al bienestar social.

El objetivo de este trabajo es proponer un marco de referencia para la evaluación de los sistemas de atención de salud mental que considere su congruencia ideológica, su sensibilidad cultural y la adecuación de su implementación administrativa. Proponemos tres dimensiones: ideología, contexto sociocultural y estructura instrumental. Todas ellas afectan los sistemas sociales de salud mental a tres niveles: el individuo, las instituciones sociales y el sistema social en su conjunto. La primera dimensión se refiere a la armonía que la ideología política otorga al funcionamiento de los sistemas de salud. La segunda explora el grado en que los elementos culturales son reconocidos a nivel individual, institucional o social. La tercera estima la medida en que la acción social utiliza los recursos disponibles.

Las dimensiones consideradas involucran una perspectiva histórica al tomar en cuenta las tradiciones y representaciones simbólicas de la estructura social. La visión socioeconómica también es contemplada, en la medida en que analiza las disparidades raciales y las inequidades en la distribución de los recursos. El examen de estas dimensiones permite identificar correspondencias, omisiones y distorsiones en sus distintos puntos de contacto y admite la oportunidad de explorar los aspectos transculturales de la organización de los servicios de salud mental.

REVISION DE LA LITERATURA

KLEINMAN¹⁵ ha presentado un modelo teórico integral que parte de la apreciación del sistema de salud como una construcción cuyo origen, estructura, función y significado, son socioculturales. Este autor también señala que, además de la cultura, otros factores externos contribuyen a configurar el sistema de atención, incluyendo fuerzas económicas, políticas, históricas y sociales. Este modelo, no obstante, no detalla como operan estos elementos externos en la determinación del sistema de atención, ni toma en cuenta el factor administrativo que incluye las prioridades nacionales, la disponibilidad y adiestramiento de los recursos humanos y la calidad de la red de apoyo de los organismos sociales. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la falta de capacidad gerencial es uno de los mayores obstáculos para el progreso en este campo.²⁴

DE MIGUEL⁴ define el sistema de salud como "el conjunto de relaciones entre instituciones, grupos e individuos que se propone mejorar y mantener la salud de una población humana" y describe cuatro

subsistemas, a saber: el individual, el institucional, el social y el de los macrosistemas. A pesar de los esfuerzos señalados, aún falta un marco teórico unitario que integre el examen multidimensional de las relaciones entre la ideología y la cultura con los individuos, las instituciones y los macrosistemas e incorpore en esa evaluación la racionalidad de la administración y distribución de los recursos a través de los distintos sistemas de atención.

LAS BASES IDEOLOGICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Los modelos de servicios de salud mental son ejemplos de sistemas tecnológicos sociales.¹⁰ Cada sociedad tiene una tradición tecnológica, que para ser efectiva, debe corresponder a la configuración de fuerzas socioculturales que a lo largo de la historia han dado forma al sistema social. En última instancia, los sistemas de atención de salud mental que desarrolla el estado, reflejan las ideas, los valores y las creencias de aquellos encargados de traducir la ideología oficial en acción social. El diseño de tales sistemas corresponderá a la noción que tenga la sociedad de las condiciones que rodean o explican la ocurrencia de la enfermedad mental, y las instituciones que surjan para su atención obedecerán el sentido de responsabilidad colectiva que se abriga por el cuidado de aquellos afligidos por estos males. Es así como, si la ideología estatal tiene una orientación hegemónica, su sistema de atención se caracterizará por la dominación y el control; si en cambio, la ideología estatal es de justicia y equidad el sistema de atención promoverá la auto-determinación y la autonomía individual.²⁰

La tecnología psiquiátrica, a diferencia de otros campos, va más allá de sus

propios dominios y penetra el mundo subjetivo del enfermo y la red social de sus familiares y amigos. Las drogas psicotropas modifican funciones básicas del ego, modulan el juicio social del enfermo y moderan su conducta dentro del grupo social. En razón de los efectos penetrantes de las intervenciones psiquiátricas modernas, los servicios de salud mental, que encarnan la orientación ideológica del estado, dictarán en qué medida y a qué recursos terapéuticos tendrán acceso las personas indigentes.

Por otra parte, la falta de correspondencia entre un modelo de servicio de salud mental y la ideología en que se basa el resto de la estructura social, genera la fragmentación de la atención, ya que cada pieza ha sido diseñada e implementada de modo diferente. Pero además induce en los profesionales y el público, lo que Erikson⁹ llama los "sub-universos segregados de significación", o sea una multitud de connotaciones aisladas acerca de las necesidades de salud mental y el modo de satisfacerlas.

Cuando nuevas ideologías surgen, puede o no haber correspondencia con las modalidades de atención promovidas oficialmente por el estado. Es decir que algunas pueden sostener el *status quo*; pero otras, las llamadas "ideologías trascendentes", buscan el cambio drástico.¹⁶ Sin embargo, si los valores básicos de la ideología predominante permanecen intactos, el sistema de atención no cambiará su tendencia fundamental, en lo atinente a la justicia social, aun cuando se formulen nuevas políticas y programas. Es por eso que cuando alguna institución promueve la apertura de sus servicios para extenderlos a amplios segmentos de la población, el conflicto surge invariablemente cuando se penetra el territorio de los intereses

económicos. De igual modo, la presencia de excesos de regulación fiscal en el control social de la práctica psiquiátrica distorsiona la tarea terapéutica esencial de dicha disciplina. El ofrecimiento inadecuado de servicios niega la oportunidad para un desarrollo armonioso de la personalidad a aquellos miembros menos privilegiados de la sociedad.

Ciertas ideologías son congruentes o contradictorias con las instituciones de salud mental, en lo que respecta : a) la posición oficial frente a la disparidad socioeconómica, b) el papel del estado en el logro del bien común, c) la acción estatal para promover igualdad de servicios, d) la tradición social de apoyo fiscal a la atención de salud mental y e) la tradición social de exclusión y segregación de la enfermedad mental.

ENFERMEDAD, INSTITUCIONES DE SALUD Y CONTEXTO CULTURAL

Cada cultura genera a lo largo de su historia ciertas categorías que le otorgan sentido a la experiencia vital, incluida la experiencia de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Dichas categorías constituyen un "conocimiento metaconsciente"²² del cual se derivan las nociones, las actitudes, las expectativas y las respuestas que engendran la enfermedad y el sufrimiento.⁸ A medida que el sujeto crece dentro de un ámbito social específico, aprende de otros la manera de interpretar sus experiencias y se identifica con esa "generalidad de otros" que constituye el grupo cultural. Algunos sostienen que aun el ambiente telúrico¹² contribuye a la construcción de estos patrones de la experiencia; pero también, y principalmente, es la diversidad de costumbres, tradiciones, patrones de relaciones y sistemas

afectivos familiares, lo que ordena y regula la conducta. Sow¹⁹ llama "mesocosmos" al espacio antropológico donde se estructura la imaginación colectiva que da forma a los deseos, temores, ansiedades y esperanzas de los miembros de la cultura. Es a lo que DUFRENNE⁵ se refería cuando hablaba de un "ambiente mental lleno de símbolos, códigos y normas derivadas de intuiciones y creencias ancestrales".

Los códigos culturales que gobiernan la interpretación del sufrimiento, la enfermedad y la muerte, también organizan la acción social. De modo inverso, los sistemas de significado enraizados en la cultura influyen en la concepción que tiene el paciente del sistema de atención, particularmente sus expectativas acerca de la clase y equidad de la atención. La efectividad del tratamiento descansa así mismo, en la congruencia cultural entre las expectativas del enfermo y los valores articulados a través de la práctica terapéutica.

La distinción entre enfermedad y dolencia ha estado presente en la literatura desde hace tiempo.³ Para KLEINMAN¹⁵ la dolencia es la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, su experiencia con ella, su modo de expresarla y su forma de enfrentar los síntomas. La enfermedad, por su parte, es la manera como el médico formula la dolencia en términos de los modelos teóricos de la patología. Para los pacientes, la comprensión de su dolencia en términos de los códigos culturales hace más tolerable el sufrimiento. Estos esquemas, no obstanté, pueden ser insuficientes si el sufrimiento es severo. El ser humano necesita entonces construir, no sólo una comprensión intelectual para explicar su experiencia, sino un parámetro afectivo para tolerar su agonía.¹¹ En este sentido las creencias religiosas y los mitos ayudan

a explicar lo que la razón o la experiencia no pueden.

La literatura se ha ocupado de la contribución religiosa a los patrones básicos culturales. DURKHEIM⁷ y WEBER²³ han identificado ciertos rasgos de la personalidad protestante, tales como el individualismo, el auto-control, el racionalismo, el activismo y la introspección. Estos rasgos orientan al individuo hacia la autosuficiencia, la independencia, la privacidad y el éxito, y deben ser tomados en cuenta en las intervenciones terapéuticas. En ocasiones, el encuentro entre la cultura y la religión consolida conjuntos de valores y se establecen normas y conductas éticas, tales como formas de ayuda mutua y solidaridad que deben reconocerse e incorporarse al diseño de los sistemas de atención.

Existen algunas categorías culturales que se articulan congruente o contradictoriamente con las instituciones de salud mental, incluyendo: a) los sistemas que codifican la experiencia de la dolencia, b) los sistemas de curación tradicionales, c) los patrones naturales de apoyo social en respuesta al sufrimiento, d) lo que la tradición cultural espera como respuesta de la autoridad frente a la enfermedad y al sufrimiento, y e) lo que la tradición cultural ordena en lo concerniente a la auto-suficiencia y la privacidad durante la enfermedad y el sufrimiento.

RACIONALIDAD, ADMINISTRACION Y SERVICIOS

Las respuestas administrativas a los problemas planteados por la enfermedad mental sólo serán apropiadas en una realidad social si se insertan de modo congruente dentro de las tradiciones locales del pensamiento. El afronte al conocimiento que prevalece en la sociedad, o sea

la manera como el conocimiento es cultivado y utilizado, el tipo de racionalidad que orienta la implementación de la acción social, determina el carácter de los procedimientos administrativos.

Cada grupo cultural posee diversas tradiciones filosóficas y diferentes concepciones acerca del papel que debe jugar el estado frente a los problemas colectivos. MORSE¹⁸ ha estudiado las diferentes opciones culturales que adoptan los hispanoamericanos y los norteamericanos. Aquéllos tienden a explicar la experiencia subjetiva mediante el reconocimiento intuitivo de un principio verdadero; éstos se inclinan a buscar la verdad en el encuentro con otros. Los primeros prefieren el conocimiento teórico y la aplicación de ciertos principios orientadores a los retos sociales; los segundos se hallan predispuestos a regular su respuesta social de acuerdo a las afirmaciones o negaciones sucesivas que se derivan del encuentro dialéctico con otros. Es así como, mientras que la preferencia por el conocimiento teórico alimenta la aceptación de principios generales que guíen el examen de la realidad, la inclinación hacia el conocimiento dialéctico conduce a la organización de una sociedad homogénea, pero individualista, que valora el acuerdo como instrumento de la interacción, que busca el consenso antes de tomar acción, y cuyo respeto por los derechos individuales va de la mano con normas de utilitarismo y eficiencia que constituyen la base del bienestar individual y social.

De las diversas preferencias en la búsqueda del conocimiento emergen los estilos específicos de acción social. La acción social que busca construir un entendimiento natural y que se dirige a la definición intersubjetiva de la realidad tiene la expectativa recíproca de mejorar

dicha realidad mediante una participación conjunta que descansa sobre normas de reciprocidad. Por su parte, la acción social que busca la satisfacción individual, utiliza la racionalidad instrumental y la orientación pragmática para lograr una adaptación inteligente y una supervivencia exitosa frente a las exigencias del ambiente. Estas sociedades no buscan necesariamente la comprensión mutua, sino el control técnico de la realidad.

En el primer tipo de sociedad, la respuesta institucional a la enfermedad mental exhibirá una dicotomía tenuemente marcada entre la salud y la enfermedad, lo que facilitará la reintegración del paciente a su familia y a la comunidad. La estructura de los servicios distinguirá menos el cuerpo de la mente y separará menos el sistema de atención de las redes de apoyo social. Los servicios integrarán la atención psiquiátrica dentro del aparato general de salud y el paciente encontrará aceptación, solidaridad y apoyo en la comunidad. Inversamente, en el segundo tipo de sociedad, el estado responderá con un énfasis predominante en la acción administrativa y buscará establecer un sistema de atención que controle administrativamente los variados aspectos de los problemas sociales. Se aplican métodos empíricos para la investigación de los problemas psiquiátricos, pero se dificulta, como HABERMAS¹³ advierte, que la información derivada empíricamente se aplique a la interacción de modo tal que promueva la auto-comprensión de los grupos sociales. La racionalidad de la ciencia, en tanto que gobernada por reglas técnicas, no se adecúa a la reconstrucción reflexiva que exige la multivocalidad de las acciones y los eventos humanos.²¹

La provisión de servicios de salud se ha convertido inevitablemente en una

organización burocrática.¹⁷ Ello significa que la distribución de recursos requiere claridad ideológica y conocimiento gerencial experto. El reto¹⁷ es promover una acción organizativa que distribuya justa y sabiamente.

Existen preferencias para la acción social que se articulan de modo congruente o contradictorio con las instituciones de salud mental, que incluyen: a) el afronte general al conocimiento, b) las preferencias predominantes para la regulación y la acción social, c) la adecuación y suficiencia de los recursos, d) la preferencia por el individualismo sobre el bien colectivo, y e) la sofisticación administrativa.

EL MARCO CONCEPTUAL: SINTESIS DE SUS ELEMENTOS PRINCIPALES

DURKHEIM⁶ consideró que los fenómenos sociales se ubicaban a lo largo de tres niveles: el simbólico, el socio institucional y el sustrato material. CAHOONE² subrayó la interacción continua entre los sistemas que constituyen la realidad social: el socioeconómico, el administrativo, el cultural y la personalidad. En relación a los sistemas de salud, DE MIGUEL⁴ propuso cuatro subsistemas: el individual, el institucional, el social y los macrosistemas. Nos parece que es posible examinar el sistema simbólico en términos de sus componentes culturales y político-ideológicos y el sustrato morfológico en términos de la racionalidad instrumental subyacente que concibe su administración. Proponemos (TABLA I) que la interacción de estas tres dimensiones determinan la efectividad de los servicios de salud mental, en lo que respecta al sujeto recipiente de la atención, la institución social que la proporciona, y el macrosistema en el que las instituciones están insertas. El propósito

de este modelo es iluminar las contradicciones, incongruencias y problemas administrativos que existen en los servicios de salud mental y reconocer la poderosa influencia que ejercen la ideología y la

cultura, factores que frecuentemente ocasionan la integración deficiente, las imperfecciones y las inequidades que observamos en la atención del enfermo mental.

TABLA I

DIMENSIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL: EL MARCO CONCEPTUAL.

A. Orientación Ideológica	Individuo	Institución	Macrosistema
1. Política Socioeconómica	Capacidad del indigente para obtener atención	Accesibilidad del indigente a los servicios	Apoyo oficial a un sistema integral de salud
2. Responsabilidad del Estado	Concepto de satisfacción con los servicios del paciente y su familia	Suficiencia de los recursos	Prioridad oficial a la salud pública
3. Equidad de los Servicios	Experiencia del paciente y su familia con la equidad de los servicios	Actividad institucional para asegurar la equidad de los servicios	Protección adecuada de los derechos del enfermo mental
4. Apoyo Público	Concepto del paciente y su familia de discrepancias entre la necesidad y la utilización de los servicios	Grado de involucración comunitaria y multidisciplinaria en el planeamiento de los servicios	Apoyo oficial y público a los servicios y a las investigaciones sociales
5. Marginalización	Concepto del paciente y su familia de la enfermedad mental como un estigma	Grado de apoyo comunitario	Conceptos y actitudes predominantes sobre la enfermedad mental
B. Contexto Cultural			
1. Sistemas de Significado	Modelo explicativo de la enfermedad que sustenta el paciente	Intervenciones terapéuticas culturalmente relevantes	Nociones predominantes sobre la enfermedad mental

2. Sistemas Curativos	Expectativas y adhesión del paciente al tratamiento	Grado de incorporación de los sistemas curativos tradicionales	Sistemas predominantes de curación tradicional
3. Sistemas de Apoyo	"Conducta pro-social" del paciente	Grado de incorporación de las redes de apoyo	Presencia de la moralidad de solidaridad
4. Papel de la Autoridad	Concepto del paciente del papel médico	Participación familiar en las decisiones terapéuticas	Apoyo del gobierno a la investigación
5. Patrones de Relación	Grado de privacidad y autonomía otorgadas al paciente	Orientación paternalista de la familia y de los servicios	Acción del gobierno para crear y distribuir los recursos
C. Diferenciación Instrumental			
1. Afronte al Conocimiento	Afronte epistemológico predominante	Extensión de las evaluaciones y los servicios	Integración de la salud general y la mental
2. Regulación Social	Predominancia de las modalidades psicoterapéuticas	Balance entre la comunicación y la acción gerencial	Grado de regulación de los servicios
3. Adecuación de los Servicios	Percepción del paciente de la adecuación de los servicios	Adecuación y suficiencia de los recursos y adiestramiento	Políticas para adecuar los recursos. Colaboración académica
4. Orientación Social	Percepción del paciente y su familia de las respuestas del sistema	Apoyo institucional a las terapias individuales o sociales	Preferencia por el bien individual o el colectivo
5. Sofisticación Gerencial	Percepción del paciente y su familia de la eficiencia del sistema	Suficiencia de los conocimientos administrativos	Grado de integración y coordinación de los servicios sociales

BIBLIOGRAFIA

1. BACHRAH, L. L. (1988): "On exporting and importing model programs", *Hosp. Comm. Psychiat.*, 39: 1257-1258.-
2. CAHOONE, L. E. (1988): *The Dilemma of Modernity: Philosophy, Culture and Anti-Culture*, New York State University Press, New York.-
3. DELGADO, H. (1960): *Enjuiciamiento de la Medicina Psicosomática*, Editorial Científico-Médica, Barcelona.-
4. DE MIGUEL, J. M. F. (1979): "A framework for the study of national health systems". In *Patients, Physicians and Illness*, E. G. Jace (Ed.), The Free Press, New York.-
5. DUFRENNE, M. (1953): *La Personnalité de Base*, Presses Universitaires de France, Paris.-
6. DURKHEIM, E. (1933): *The Division of Labor in Society*, The Free Press, New York.-
7. DURKHEIM, E. (1965): *The Elementary Forms of Religious Life*, The Free Press, New York.-
8. EISENBERG, L. (1988): "The social construction of mental illness", *Psychol. Med.*, 18: 1-9.-
9. ERIKSON, E. (1966): "Ontogeny of ritualization in psychoanalysis. A General Psychology". In *Essays in Honor of Heinz Hartmann*, R. M. Lowenstein, M. Newman, Schur M. & A. Solnit (Eds.), International Universities Press, New York.-
10. GALBRAITH, J. K. (1977): *The New Industrial State*, New American Library, New York.-
11. GEERTZ, C. (1973): *The Interpretation of Cultures*, Basic Books, New York.-
12. GUTIÉRREZ-NORIEGA, C. (1937): "Diseño de un estudio psicológico y antropológico de la raza amerindia", *Actualidad Médica Peruana*, 2: 159-192.-
13. HABERMAS, J. (1984): *The Theory of Communicative Action*, Vol. I, Beacon Press, Boston.-
14. HECHTER, M. (1987): *Principles of Group Solidarity*, University of California Press, Berkeley.-
15. KLEINMAN, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Los Angeles.-
16. MANNHEIM, K. (1968): *Ideology and Utopia. An Introduction to the Sociology of Knowledge*, Harcourt Brace and World, Inc., New York.
17. MECHANIC, D. (1979): "The growth of medical technology and bureaucracy"; In *Patients, Physicians and Illness*, E. G. Jace (Ed.), The Free Press, New York.-
18. MORSE, R. (1982): *El Espejo de Próspero. Un Estudio de la Dialéctica del Nuevo Mundo*, Editorial Siglo XXI México.-
19. SOW, I. (1980): *Anthropological Structure of Madness in Black Africa*, International Universities Press, New York.-
20. TROPMAN, J. E. (1988): *American Values and Social Welfare: Cultural Contradictions in the Welfare State*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York.-
21. ULIN, R. C. (1984): *Understanding Cultures: Perspectives in Anthropology and Social Theory*, University of Texas Press, Austin.-
22. VANDERBURG, W. H. (1985): *The Growth of Minds and Cultures: A Unified Theory of the Structure of Human Experience*, University of Toronto Press, Toronto.-
23. WEBER, M. (1958): *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*, Charles Scribner's Sons, New York.-
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980): *Introducing an Integrated Managerial Process for National Health Development*, Eastern Mediterranean Region, World Health Organization, Ginebra.