

El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay

The Psychologist in the First Level of Health Care: challenges for Uruguay

O Psicólogo no Nível Primário de atenção: desafios para o Uruguai

Déborah Rydel

ORCID ID: 0000-0003-3230-7595

Universidad de la República, Uruguay

Denisse Dogmanas

ORCID ID: 0000-0002-5922-9219

Universidad de la República, Uruguay

Pablo Casal

ORCID ID: 0000-0002-6428-0561

Universidad de la República, Uruguay

Lisandra Hidalgo

ORCID ID: 0000-0003-0442-4532

Universidad de la República, Uruguay

Autor referente: deboryd12@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 01/04/2021

Aceptado: 08/09/2021

RESUMEN

En Uruguay cada vez más se reconoce la importancia del profesional psicólogo en el Primer Nivel de Atención (PNA). En la actualidad se transita una oportunidad única ya que el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (PNSM) recientemente aprobado, plantea su incorporación en forma expresa. El presente artículo analiza el rol del psicólogo en el PNA, realiza un recorrido internacional seleccionando

algunos países en los que se muestran diversos modos de incorporación de los psicólogos en este rol. Se aborda a continuación cuál es la situación del psicólogo en el PNA en Uruguay. Por último, se plantean algunos de los desafíos que implica renovar el trabajo tradicional del psicólogo clínico, e incorporar las competencias y prácticas profesionales características del PNA.

Palabras clave: Primer nivel de atención de salud; atención primaria en salud; Psicología; Sistema Nacional de Salud.

ABSTRACT

In Uruguay, the importance of the professional psychologist in the First Level of Health Care (PNA) is increasingly recognized, and currently there is a unique opportunity since the recently approved National Mental Health Plan 2020-2027 (PNSM), raises its incorporation expressly. This article analyzes the role of the psychologist in PNA, makes an international review selecting some countries in which the

various ways in which psychologists have been incorporated into this role are shown. The situation of the psychologist in the PNA in Uruguay is discussed below. Finally, some of the challenges faced are raised, which implies renewing the traditional role of the clinical psychologist, and incorporating the competencies and professional practices characteristic of the PNA.

Keywords: First level of health care; primary health care; Psychology; National Health Care System.

RESUMO

No Uruguai, a importância do psicólogo profissional no Primeiro Nível de Atenção de Saúde (PNA) é cada vez mais reconhecida, e atualmente existe uma oportunidade única desde o recém-aprovado Plano Nacional de Saúde Mental 2020-2027 (PNSM), levanta expressamente a sua incorporação. Este artigo faz análise do papel do psicólogo na PNA, faz uma revisão internacional selecionando

alguns países nos quais são mostradas as diversas formas pelas quais os psicólogos foram incorporados a essa função. A seguir se discute a situação do psicólogo na PNA do Uruguai. Por fim, são apresentados alguns dos desafios que implica a renovação do papel tradicional do psicólogo clínico e incorporar as competências e práticas profissionais próprias da PNA.

Palavra chave: Primeiro nível de saúde; atenção primária à saúde; Psicologia; Sistema de Saúde.

El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

En Uruguay cada vez más se reconoce la importancia y la necesidad del trabajo del psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud (PNA). En la actualidad se transita una oportunidad única ya que el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027

(PNSM), recientemente aprobado plantea en forma expresa su incorporación. Sin embargo, según el Ministerio de Salud Pública (MSP), se considera que son insuficientes los recursos humanos capacitados de acuerdo al nuevo modelo de atención (MSP, 2020).

Los movimientos vinculados al proceso de transformaciones en la salud comienzan a formalizar sus concepciones a partir de una declaración realizada en la Conferencia Internacional sobre salud, la Declaración de Alma Ata (1978) en donde la OMS definió a la Atención Primaria de la Salud (APS) como

[...] La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (OMS, 1978, p.3).

Si bien esta conferencia significó para América Latina la puesta en marcha del aseguramiento y accesibilidad de la salud para toda la población, los efectos en la práctica y las formas de implementación fueron diversas.

Se ha promovido a nivel internacional un cambio significativo en el modelo de atención, el cual se basa en la estrategia de APS y pone énfasis en la "...promoción de salud, un abordaje preventivo e integral, que promueve la equidad, la universalidad, permite lidiar con los determinantes sociales de la salud y afirma y asegura el derecho universal a la salud" (Levcovitz, Antonioli, Sánchez, y Fernández Galeano, 2011, p.15).

Como estrategia, la APS se propone resolver problemas mediante una manera específica de reorientar y reorganizar los recursos en el sector salud en tres niveles de atención, abarcando al conjunto del sistema de salud y la interrelación entre los tres niveles.

Sin embargo, un ingrediente clave de la estrategia es la construcción de un Primer Nivel de Atención continente y resolutivo. En él se organizan las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los lugares donde la población

vive, estudia o trabaja, en estrecha comunicación con las personas, las familias y los grupos sociales, y con su participación organizada. En este Primer Nivel, se puede dar atención a más del 80% de los problemas de salud de la población. A partir del mismo, y con criterios de organización regional, se ponen en marcha los mecanismos de referencia y contrarreferencia que permiten la interacción con el Segundo y Tercer Nivel cuando ellos deben intervenir hacia los individuos o los grupos sociales. Se caracteriza por contar con establecimientos como consultorios, policlínicas y centros de salud (Levcovitz, et. al., 2011).

Las tareas correspondientes a la inserción de los psicólogos en el PNA en nuestro país son múltiples y variadas y no están claramente tipificadas ni estandarizadas. Se realizan desde abordajes clínicos individuales, hasta actividades comunitarias de participación multitudinaria. Se trabaja intersectorialmente, con equipos interdisciplinarios, priorizando actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud, contribuyendo al empoderamiento de la población. Se apunta a generar hábitos saludables y mejorar la calidad de vida, reduciendo la necesidad de intervención por parte del Segundo y/o Tercer nivel de atención, lo cual en última instancia, permitiría generar un ahorro económico y no saturar el nivel más especializado (Levcovitz, et. al., 2011).

El objetivo de este trabajo es describir el estado actual del rol del psicólogo en el PNA en Uruguay con la intención de contribuir a su delimitación y analizar los desafíos que implica en el corto y mediano plazo para su inserción en el sistema de salud.

Existe un consenso general en la comunidad científico-sanitaria sobre la necesidad de atender adecuadamente los problemas de salud mental en el primer nivel por ser la puerta de entrada al sistema sanitario al que acceden en primera instancia la mayoría de las personas con problemas psicosociales o de salud mental además de dolencias físicas (Levcovitz, et. al., 2011).

No obstante, la inclusión de servicios psicosociales en este nivel de atención ha sido

escasa. En este sentido, en el discurso institucional y en documentos sanitarios, se ha utilizado el atributo “biopsicosocial” para definir la atención que se pretendía prestar al ciudadano desde una “perspectiva integral” (Pastor Sirera, 2008).

Muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de salud no pueden ser adecuadamente abordados desde un marco exclusivamente biomédico de atención. Las personas con enfermedades crónicas, somatizaciones, los hiperfrecuentadores de servicios médicos por ejemplo, son poblaciones que requieren una atención psicológica. Estas dificultades deben abordarse en el marco del PNA, en la prevención de un deterioro posterior que podría incrementar y saturar la demanda de la atención especializada en salud mental (Blount et. al., 2007).

Entre las personas que demandan atención en el PNA, se estima que entre un 60 y un 75% de las consultas están asociadas a factores comportamentales, tales como: estilos de vida poco saludables, trastornos psicofisiológicos, somatización y trastornos emocionales asociados (Grau, Infante y Díaz, 2012). Todas estas necesidades de asistencia ocasionan un enorme impacto social y económico que incide negativamente en las personas, las familias y el sistema socio-sanitario.

Además, la intervención psicológica en el primer nivel puede reducir costos médicos, al lograr una atención integrada en colaboración con el equipo multidisciplinario del PNA sin necesidad de recurrir a atención especializada en salud mental del segundo o tercer nivel de atención (Blount et. al., 2007).

La inclusión de los psicólogos en el PNA está relacionada con algunos hechos importantes: la evolución del concepto de salud-enfermedad-vida-muerte, que toma el factor psicológico como un elemento importante del proceso salud-enfermedad-atención, no solamente en el plano mental sino también en el de salud en general; los conceptos de promoción de salud, prevención de enfermedades y educación para la salud, abordados desde la psicología de la salud, pasan a ser incorporados al trabajo del psicólogo. Las reformas llevadas a cabo en varios países en sus planes de salud

pasan a priorizar la APS como instrumento capaz de resolver gran parte de los problemas de salud, incluso los mentales. Asimismo la implantación de la reforma psiquiátrica en varios países, que implicó la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, el establecimiento de asistencias sustitutivas y el cierre de los hospitales psiquiátricos (Uruguay, 2017).

En el año 2005 en la ciudad de Montevideo, se realizó la Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, en la que se establece la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud como iniciativa y esfuerzo para lograr un cambio profundo en el Modelo de Atención (Levcovitz, et. al., 2011).

Uruguay recoge estas experiencias y principios en el proceso de reforma del sistema de salud con la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS, Ley 18.211) en el año 2007. El SNIS implicó cambios importantes en cuanto a los procesos de atención, de gestión y de financiamiento. En el campo de la salud mental, el proceso se fue profundizando de forma tal que en el año 2011 se aprueba un Plan de Prestaciones en Salud Mental con el Decreto 305/011 (MSP, 2011), en 2017 se aprueba la Ley 19.529 de Salud Mental y en el 2020 el Plan Nacional de Salud Mental del Uruguay (2020-2027) (MSP, 2020).

Algunos ejemplos a nivel internacional

Seleccionamos aquí algunos ejemplos a nivel internacional en los que se puede observar un desarrollo importante en la integración del psicólogo en el PNA (respetando la nominación de Atención Primaria que se realiza en los artículos citados tomando en consideración lo que se refiere al PNA). En Europa, se toma el caso del Reino Unido que ha implementado desde el año 2008 un programa a gran escala en el que trabajan los psicólogos brindando terapias psicológicas para fortalecer el PNA; Cuba por su fuerte desarrollo de la estrategia de APS donde la inserción del psicólogo ya lleva más de cinco décadas (Grau et al., 2012). Y Chile, un país de la región en el

que los psicólogos se han ido incorporando en todos los centros de Atención Primaria en Salud (APS).

A nivel internacional, la atención psicológica ha sido integrada en entornos de PNA a partir de diferentes modelos de colaboración. Estos pueden ubicarse en un continuo de menor a mayor nivel de colaboración: independencia total (vínculo por derivación), atención en el mismo centro pero en diferentes servicios (co-localización), atención integrada en el mismo servicio también llamada colaboración completa (Pastor Sirera, 2008).

Se ha demostrado que la simple ubicación conjunta de profesionales de la salud mental en atención primaria es insuficiente para mejorar los resultados de la atención. Los modelos de atención colaborativa proponen una estrategia pragmática para brindar atención médica y de salud mental en atención primaria, reorganizando la atención para que los servicios se vinculen de manera más eficiente (Goodrich, Kilbourne, Nord, Bauer, 2013).

Uno de los modelos con mayor desarrollo y respaldo empírico es el de asistencia integrada o “collaborative care” (Pastor Sirera, 2008). En el mismo, el médico es responsable del tratamiento y el rol del psicólogo es de consulta para el médico y de atención directa al paciente mediante intervenciones psicológicas breves. Ejemplo de este modelo es el basado en el concepto de atención escalonada o por niveles (stepped care), recomendado por el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, NICE); se basa en la premisa de que los usuarios requieren tratamientos acordes al nivel de complejidad de sus necesidades (Pastor Sirera, 2008). Algunas personas requieren abordajes de menor complejidad o más baja intensidad, como intervenciones breves, orientación mediante materiales escritos o soportes informáticos, técnicas de solución de problemas específicos; y otras requieren intervenciones más complejas o de alta intensidad, como tratamientos psicológicos brindados por profesionales especialistas

(Pastor Sirera, 2008).

Siguiendo este modelo el gobierno de Reino Unido ha implementado desde el año 2008 el programa *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) [mejora del acceso a las terapias psicológicas] en Atención Primaria, orientado a adultos con problemas de salud mental prevalentes, especialmente con depresión y ansiedad (Pastor Sirera, 2008). Este programa es reconocido como el programa más ambicioso de terapias de conversación (“talking therapies”) en el mundo (National Health Service [NHS], 2020). Los servicios IAPT se caracterizan por ofrecer terapias psicológicas individuales o grupales basadas en evidencia, brindadas por profesionales capacitados y acreditados. Además, en sus principios está el brindar atención de alta calidad para lo cual se realiza un monitoreo rutinario de los resultados sobre el progreso de las personas así como la supervisión regular y centrada en los resultados para que los profesionales puedan mejorar la atención.

En Cuba, la inserción del psicólogo en el PNA parte de un modelo donde se identifica como aporte el proporcionar una visión integradora de los procesos sociales y psicológicos que condicionan la salud del grupo familiar, y favorecer la comprensión de la relación familia - salud, al tiempo que consolida la expresión práctica del paradigma bio - psico - social en el cual se sustenta la práctica sanitaria cubana. Contribuye de esta manera a la aplicación del enfoque en las acciones asistenciales, investigativas, docentes y administrativas, así como en el análisis de la situación de salud en los consultorios del médico de familia al servicio de la comunidad (Grau et al., 2012).

La APS constituye el eslabón fundamental del sistema nacional de salud cubano. En ella se desempeña la mayor cantidad de los recursos humanos que trabajan en el sector, cuya misión principal es mejorar el Estado de Salud de la Población Cubana (ESP), mediante acciones promocionales, preventivo-curativas, docentes e investigativas orientadas a tal fin (Grau et al., 2012).

La aparición de la Psicología de la Salud (1978), entendida como aquella que se

interesa por la comprensión de los factores psicológicos, conductuales y culturales que contribuyen a los procesos de salud-enfermedad-atención, representó una disrupción respecto de los modelos tradicionales de inserción de la Psicología en el sector salud. Así, se desarrollaron la Psicología Clínica, la Psicología Médica y la Medicina Conductual como modelos de orientación clínica, por un lado, y la Psicología Comunitaria y la Psicología de la Salud como modelos de orientación social, por el otro. Los modelos de orientación social, especialmente, el enfoque de Psicología de la Salud, sin dejar de involucrar acciones clínicas, trascendió los marcos del individuo y generó también un accionar consecuente con familias, grupos, instituciones y comunidades, sin dejar de trabajar, en estrecha interrelación, con muy variadas especialidades médicas (Grau et al., 2012).

En Chile, los cambios en el enfoque y la gestión de los servicios de salud y la alta prevalencia de trastornos mentales contribuyeron a introducir innovaciones en las políticas de salud mental y la decisión de incorporar en los servicios de APS a profesionales no integrados con anterioridad, como los psicólogos (Minoletti, Soto-Brandt, Sepúlveda, Toro, e Irarrázaval, 2018).

Chile ha integrado en forma progresiva la atención de salud mental en toda la red de centros de APS, logrando en los últimos 20 años que la salud mental se transforme en un componente integral que beneficia a su población (Minoletti et. al., 2018).

El segundo Plan Nacional de Salud Mental de Chile del año 2000 incorporó, como uno de los ejes principales, la atención de problemas y trastornos mentales en atención primaria, así como el aumento de la capacidad resolutive de ésta. Plantea un enfoque biopsicosocial, basado en la organización en redes de salud mental, con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios y la constitución de equipos interdisciplinarios de salud mental en los diferentes niveles de atención. Progresivamente se han ido incluyendo psicólogos en todos los centros de APS con funciones relacionadas a la atención clínica y actividades con la comunidad (Minoletti

et. al., 2018).

En este país, gracias al incremento del fondo destinado a salud mental en APS, el número de psicólogos ha aumentado de 120 distribuidos en 120 centros de APS en el año 1999, a 2148 contratados en los 678 centros de APS (Minoletti et. al., 2018).

El actual Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de Chile 2017-2025, en consonancia con el anterior, pone énfasis en los modelos comunitarios y familiares en salud mental con acciones desde la promoción-prevención-tratamiento y rehabilitación (Ministerio de Salud de Chile, 2017). De acuerdo al Plan, en APS, los psicólogos tienen el mandato de ser resolutivos mediante intervenciones que permitan dar de alta a los pacientes, evitando su cronificación (De la Parra Errázuriz, Gómez-Barris, Zúñiga, 2019).

El documento técnico del Ministerio de Salud del país con orientaciones para planificar y desarrollar el trabajo en red (Ministerio de Salud de Chile, 2019) define las prestaciones de salud mental en APS en la que participan los psicólogos. Las actividades incluyen: la prevención a través del tamizaje, la consulta y el control de salud mental mediante el tratamiento individual, la intervención psicosocial como tratamiento grupal y la visita domiciliaria integral. Asimismo el psicólogo desarrolla otras tareas que pueden ser realizadas por otros miembros del equipo tales como la consejería o consultoría de salud mental, intervenciones comunitarias con establecimientos educativos y colaboración con grupos de autoayuda.

No obstante el avance, el desarrollo no ha estado exento de dificultades en los diferentes países. De acuerdo a Moncada (2015), en Chile, la falta de una delimitación del rol y del perfil profesional ha redundado en un déficit relacionado a la formación y la inserción.

Para finalizar este apartado internacional, es de interés mencionar una revisión de la literatura de los años 2008-2018 (Garzaniti, 2019) que tuvo como objetivo analizar el rol de los profesionales de la psicología en el PNA a través de investigaciones de diversos países. La misma encontró que las tareas propuestas para el psicólogo

incluyen las visitas domiciliarias, la escucha calificada para comprender las necesidades en salud mental, acciones intersectoriales e interdisciplinarias, terapia grupal o terapias breves y grupos de educación y promoción de la salud.

En las investigaciones revisadas se observa una coincidencia respecto a la centralidad de la atención clínica individual en el PNA. Garzaniti (2019) concluye que respecto a las modalidades de abordaje sugeridas, los autores coinciden en que debería ser integral, psicosocial, abarcando no solo el tratamiento de las personas afectadas, sino también a la población general y al trabajo comunitario a través de acciones de promoción y prevención. Las investigaciones convergen en señalar que existen dificultades por la falta de trabajo interdisciplinario, una práctica centrada en la atención individual enmarcada en una prevención secundaria y la inadecuada formación de grado.

Situación del psicólogo en el PNA de Uruguay

En Uruguay, antes de la creación del SNIS (2007) existían algunos servicios públicos y privados que brindaban atención psicológica y psicoterapéutica de diversas características. En el sector público, compuesto por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), los psicólogos forman parte de los Equipos de Salud Mental de los Centros de Salud desde el año 1996. En la Universidad de la República (UDELAR), a través del Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas (1986) de la Facultad de Medicina y en otros servicios como el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (S.A.P.P.A), dentro de la órbita de la Facultad de Psicología (2001). También en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IMM) y en Policlínicas Barriales. Las inserciones y prácticas en cada uno de estos servicios han sido disímiles, dependiendo en general de iniciativas aisladas que actuaron durante años escindidas dentro del sistema sanitario. Las largas listas de espera, así como la percepción de los trabajadores de la salud y especialistas en el tema y los documentos

programáticos de salud mental de la época dan cuenta de carencias importantes en la capacidad de respuesta de dichos servicios (MSP, 2005; Rydel, 2015).

Respecto a los servicios privados, la atención se centralizaba en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), estando los psicólogos integrados bajo diversas formas de contratación en algunas de ellas, abocados básicamente a realizar psicodiagnósticos, solicitados por un médico o incorporados en algunos servicios de psicología médica. Unos años previos al establecimiento obligatorio de su incorporación en el SNIS en el año 2011, algunas de las IAMC fueron incorporando abordajes psicoterapéuticos, en general, breves, y con características dispares (Fernández Castrillo, 2017).

El cambio del modelo de atención y el énfasis puesto en el PNA (SNIS, 2007) ha favorecido la inserción de psicólogos en los servicios del PNA, así como la participación de éstos en el diseño y, principalmente, la aplicación de las políticas de salud. A nivel nacional, en el sector público se duplicaron los profesionales psicólogos que pasaron de 89 en 2004 a 186 en el año 2017 (Romano, et. al., 2018). Con el SNIS se incorpora la estrategia de APS que implica desarrollar tareas de promoción, prevención, detección precoz, atención a los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Como parte del mismo sistema, se instrumenta el Plan de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011). En el sector público, el establecimiento de agendas prioritarias marcadas a nivel central con diversas temáticas, han propiciado la aparición en algunos Centros de Salud Públicos del PNA espacios de talleres temáticos llevados adelante por psicólogos, sobre contenidos referentes a la salud como: duelo, violencia, ansiedad, estrés laboral, consumo problemático de sustancias, prevención de enfermedades crónicas, higiene bucal, entre otras. Dichos talleres se realizan además en espacios de referencia barrial, como centros educativos, culturales, plazas, clubes de niños y centros de salud. También se desarrollan grupos de psicoeducación o terapéuticos, usualmente con frecuencia semanal como son

grupos de padres, de niños, de adolescentes, grupos ODH (obesidad, diabetes, hipertensión) o para adultos mayores (Rydel, 2015).

Por estos motivos, y debido a la diversidad de actividades que desarrollan los psicólogos en el PNA, sumado a las demandas específicas que plantea cada institución y comunidad en concreto, es necesario integrar nuevos recursos humanos con formación adecuada a las nuevas necesidades. Los psicólogos que vienen trabajando, tanto a nivel público como privado, tienen en general un énfasis en la formación clínica individual: cuentan con herramientas para el trabajo clínico con foco en el daño o la enfermedad pero no necesariamente en la prevención y promoción de la salud (Perea, 2017).

La Facultad de Psicología de la Udelar, a través del Área de Salud comienza a formar a los estudiantes de grado para su inserción en el SNIS, aspecto que se profundiza con su implementación. En el año 2010 se pone en marcha el Programa de Residentes y Practicantes (convenio ASSE-Facultad de Psicología Udelar de pasantías para la formación de recursos humanos), cuyo objetivo es el de aunar esfuerzos para la formación de psicólogos, con los niveles de calidad y actualización acordes a los principios rectores del SNIS. Más adelante, y en el marco de este mismo programa, surge como formación de posgrado la Especialización de Psicología en Servicios de Salud. No obstante, siguen siendo acotadas las oportunidades en el país de formación específica de grado y/o posgrado en PNA para psicólogos (Bianchi, De la Cuesta, Gandolfi, y Muñiz, 2010).

En el campo de la salud mental la diferencia entre niveles de atención se corresponde con las distintas herramientas diagnósticas, las intervenciones o tratamientos disponibles y los marcos teóricos que los sustentan. La consulta psicológica, los talleres de promoción de salud en las distintas temáticas, ciertas modalidades de terapia breve, focal, son propias de este nivel. Para ello, es necesario que los profesionales posean una formación especializada en cada uno de estos componentes

y su orientación, lo cual no suele ser habitual (Perea, 2017).

Al no existir un consenso o reglamentación de la “consulta psicológica” a nivel institucional, se desarrollan dentro de ésta diversas intervenciones de orden psicológico, dependiendo de la formación y experiencia particular de cada psicólogo, de las exigencias de la institución a la que adscribe su trabajo y, por último, a las demandas de la población concreta donde se ubique su práctica. Se abarcan procesos de entrevista y resolución, procesos de intervención breve, orientación, seguimiento y derivación. En muchos centros se han naturalizado las consultas a usuarios de frecuencia quincenal o hasta mensual, de duraciones de 30 a 45 min, lo que podría llegar a pensarse como una tendencia a la homologación de la consulta psicológica al control médico regular (Perea, 2017).

En el PNA, el trabajo en intervenciones clínicas pretende centrarse en los aspectos sanos y resilientes del sujeto o núcleo familiar, jerarquizando los potenciales del mismo y del colectivo que lo rodea. Es por ello que este trabajo trasciende el encuadre físico y metodológico de la clínica tradicional, ocupando otros espacios, intercambiando con otros profesionales, integrando a la estrategia clínica la coordinación con otros ámbitos de inserción de la persona. Ello implica habilitar procesos de construcción de la demanda que incluyan a instituciones que derivan (por ejemplo, la escuela, un club deportivo), o coordinar el plan de trabajo con algún programa social que actúe en el territorio, flexibilizando los encuadres, disminuyendo los tiempos de la intervención, logrando una mayor delimitación de los objetivos, pero manteniendo siempre la especificidad de la intervención psicológica. En el sector público, por ejemplo, se integran psicólogos a los equipos interdisciplinarios y a los equipos de Salud Mental del PNA. Una iniciativa interesante ha sido la inclusión de psicólogos en áreas de salud, de acuerdo a un estudio de necesidades con tareas de promoción y prevención, diagnósticos de situación, intervenciones interdisciplinarias así como atender consultas psicológicas, desarrollando mecanismos eficientes de

referencia y contrarreferencia (Rydell, 2015).

Con frecuencia los psicólogos en el PNA se hacen cargo de tareas cada vez más especializadas (ej. psicodiagnósticos), llevando a que se descuiden las tareas de promoción y prevención que se supone corresponden al PNA, priorizando la consulta individual de problemáticas que corresponden a otros niveles de atención en salud (Perea, 2017).

Con respecto a las tareas comunitarias, si bien existe por parte de ASSE alguna definición de las mismas, estas carecen de especificidad disciplinar. Asimismo, en los servicios de la Red ASSE, dichas actividades no siempre pueden cumplirse o se cumplen parcialmente. A esto no contribuye el subregistro o dificultades en el registro administrativo de un sistema que aún privilegia la atención individualizada y evalúa la efectividad de sus técnicos en la cantidad de consultas individuales realizadas en un período concreto. Lo mismo sucede con los tiempos de reunión necesarios para la coordinación del trabajo en red en y con la comunidad, y para el desarrollo del trabajo colectivo de los equipos de salud. Si bien algunos centros han logrado diversas formas de propiciar tales espacios y encontrar su anclaje y aval institucional correspondiente, esto no es la norma general del sistema (Perea, 2017).

El trabajo en equipo constituye uno de los principios fundamentales para el modelo de APS. El trabajo incluye también la valoración de los saberes que no necesariamente pertenecen a una disciplina científica, sino que conforman saberes no-disciplinarios o no tecnocráticos, como pueden ser el arte o los conocimientos que aporta un educador popular, un referente barrial u otros integrantes del equipo sin formación académica específica, y el de los propios usuarios. Esto ha sido incorporado de diversas maneras en los distintos equipos de trabajo, ya que no existe una norma general del sistema que regule, legitime o marque una pauta clara para este tipo de intervenciones o de inclusiones dentro de los equipos, llevando a que en algunos espacios la participación de la comunidad y su involucramiento en los procesos de salud-enfermedad que le

competen sea muy fuerte, y en otros, prácticamente inexistente (Perea, 2017).

En relación al trabajo intersectorial: “La dinámica de redes ha llevado a que la RAP-ASSE entable vínculos y coordinaciones con una gama muy diversa de organismos e instituciones, a efectos de avanzar en sus ejes estratégicos para el cambio de modelo” (Levcovitz, et. al., 2011, p.123). Sin embargo, existen numerosas dificultades estructurales y resistencias políticas e institucionales para lograr su consolidación.

En el sector privado, una investigación desarrollada por Fernández Castrillo (2017) observó que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en general se han restringido a cumplir con las mínimas prestaciones exigidas, privilegiando la atención individualizada o grupal por rasgo marcada por los distintos modos pautados en el Plan de Prestaciones en Salud Mental (PPSM) (2011), quedando importantes grupos poblacionales por fuera de la cobertura. Algunos servicios encontraron soluciones creativas en nuevos dispositivos no previstos, otros combinando estrategias de abordaje complementarias a las del PPSM (Rydel y Fernández Castrillo, 2019). Se advierten importantes dificultades para el trabajo en equipo, en interdisciplina y en red. Hay escasas posibilidades de intercambio con otros profesionales y fragilidad de la red de referencia y contrareferencia con el resto del sistema y con la comunidad. Existen aspectos que hacen al funcionamiento de los servicios que no favorecen el desarrollo de prácticas interdisciplinarias por ejemplo en cuanto a las reuniones de equipo. Según Fernández Castrillo (2017) en el sector privado éstas son prácticamente escasas o esporádicas detectando dificultades importantes a la hora de procesar los cambios requeridos por el SNIS para el trabajo en el PNA.

Desde el 2018 se trabaja en una propuesta de reorganización de los servicios en la Red de Atención Primaria (RAP) Metropolitana e implementación de los Equipos de Soporte Territorial (EST) donde se busca redefinir el perfil de la Psicología en territorio y disminuir la brecha salarial existente. El rol incluye el desarrollo de actividades de

promoción de la salud en ámbitos comunitarios, diagnósticos territoriales, consultas domiciliarias, participación en diversas redes insertas en el territorio, coordinación interinstitucional, en conjunto con los integrantes de los EST. Y la atención individual, de parejas o familiar por medio de la consulta psicológica como herramienta privilegiada, pudiendo ser de carácter espontáneo por parte de las personas o por derivación de otras instituciones o del mismo EST. La intervención psicológica se plantea acotada en tiempo con objetivos establecidos y con una frecuencia a definir (semanal, quincenal, mensual) de hasta 12 consultas. Dentro del EST se privilegia el intercambio entre profesionales considerando establecer tiempos reales y espacios físicos para reuniones de equipo, interconsulta, co-consulta, discusión de casos/situaciones y para la construcción de marcos referenciales y operativos en común. Contempla la distribución de la carga horaria para las diversas tareas planteadas que, aunque flexible, propone un 50% para tareas asistenciales (ASSE-RAP, 2019).

Desafíos para la Psicología en el PNA

Si bien no se dispone a nivel nacional de datos suficientes sobre la evaluación de la implementación de los distintos programas y planes que han puesto en marcha los psicólogos en el PNA a partir de la creación del SNIS, es posible conocer a través de la experiencia e investigaciones realizadas algunas particularidades que debieran ser atendidas (Fernández Castrillo, 2017; Perea, 2017; Rydel y Fernández Castrillo, 2019; Rydel 2015). Algunas de ellas refieren a aspectos centrales de la estrategia de APS y el trabajo en el PNA; otras, a la adecuación y formación de los RRHH en psicología, así como la necesidad de realizar un seguimiento y evaluación.

Existe una heterogeneidad en el grado de avance en las diferentes áreas hacia la consolidación del rol y modelo que se pretende. Los desafíos son múltiples, algunos de ellos serán expuestos a continuación.

Promoción y prevención

Tal como se ha expresado anteriormente, el rol del psicólogo en este ámbito trasciende la clínica individual para extenderse a las actividades que incluyen la promoción y prevención en salud. Sin embargo, la tradición de la práctica y formación en psicología en Uruguay ha sido la del modelo médico tradicional, centrado en la enfermedad.

El cambio de foco hacia un ejercicio profesional que fomente en los usuarios prácticas cotidianas de promoción en salud mental, o tareas de prevención que engloban la salud integral del sujeto, puede ser dificultoso tanto para los usuarios que deben identificar esta nueva función del psicólogo, como para los otros profesionales que deben amoldar su tarea a la presencia del psicólogo en áreas antes inexploradas. También para el propio psicólogo en la vivencia de este nuevo rol y las repercusiones que se generen.

Participación Comunitaria

Este proceso resulta indispensable en las acciones psicológicas, entendiendo que favorece el empoderamiento y apropiación de la comunidad en las decisiones referentes a la identificación de problemas y fortalezas así como el diseño de respuestas colectivas efectivas que se sostengan en el tiempo. Es una tarea posible del psicólogo asumir un rol de catalizador de los procesos sociales en pos de favorecer la participación social de los usuarios en las acciones destinadas al mejoramiento de su salud a nivel comunitario, con consecuencias directas en la salud individual, mediante distintos procesos como el armado de redes de sostén y colaboración. Existen diferencias en cuanto al marcado énfasis clínico o la falta de formación pertinente, que muchas veces dificulta el desarrollo de este aspecto de la tarea.

Diversidad de intervenciones

En la actualidad coexisten una gran variedad de intervenciones psicológicas en los distintos efectores de salud públicos y privados. Debido a que el proceso de reforma en nuestro país es relativamente reciente, es factible afirmar que conviven aún los distintos modelos de atención en salud. La variedad existente impide en muchos casos definirlos con características comunes. Estas dependen, fundamentalmente, de la institución y de los problemas y realidades específicas que presente la comunidad con la cual se trabaja y otros factores como el perfil de formación del profesional y del equipo de salud del cual forme parte (Rydel, 2015). Dentro de este último, la imagen, expectativa y poca claridad que tienen los miembros del equipo en relación al rol que el psicólogo ocupa en este nivel, puede reforzar algunas intervenciones en desmedro de otras (Caétano, Rydel, Sica, y Ventre, 2009). La amplia variedad de posibilidades y cierta ambigüedad a la hora de definir las intervenciones, da lugar a distintas prácticas e intervenciones psicológicas en el medio. Esto dificulta realizar evaluaciones e investigaciones sobre la efectividad y eficiencia de las acciones realizadas en psicología en el PNA (Caétano et. al., 2009).

Intersectorialidad

Otro de los desafíos es el de articular con las distintas instituciones y agentes comunitarios para, de esta manera, poder trabajar “en y con redes locales” (Caétano et. al., 2009). La histórica tradición en Uruguay en psicología es la del trabajo en consultorios, lo cual implica un desafío en la articulación con otros sectores. Es necesario desarrollar y difundir aún más los canales y vías de comunicación intersectoriales, sumado a brindar las condiciones (tiempo asignado dentro del cargo del profesional) para que los psicólogos se familiaricen, las puedan establecer y sostener en el tiempo. De modo que estas iniciativas no queden centralizadas en esfuerzos individuales o puntuales sino que queden ancladas en las instituciones y por

lo tanto, perduren a largo plazo más allá de las personas.

En este sentido, el art. 11 referido a la Interinstitucionalidad de la Ley de salud mental 19.529 con su reglamentación (Decreto 331/019), al crear la Comisión Intersectorial en Salud Mental dentro del Consejo Nacional de Políticas Sociales como organismo articulador de los distintos Ministerios, usuarios, sindicatos la sociedad civil y otros actores pertinentes, podrían contribuir a brindar una matriz desde la cual se faciliten los procesos necesarios para establecer canales de comunicación fluidos entre los diversos sectores.

Interdisciplina

Para contemplar la salud integral del usuario es necesaria una mirada y acción interdisciplinaria. La psicología encuentra en este nuevo espacio de inserción diversas modalidades de articulación con otras disciplinas, y también con otros campos de problemáticas dentro de la propia psicología, de los que se adquieren herramientas específicas para el trabajo en equipo y con la comunidad. Como desafíos se destacan los aspectos relativos a la insuficiente formación de los profesionales y la poca relevancia que se le brinda a estas tareas en el actual sistema administrativo (falta de adjudicación de espacios, de tiempo, de reconocimiento de acciones grupales o de intervenciones multidisciplinares).

Formación

Al respecto, las dificultades planteadas por los psicólogos que actualmente trabajan en el PNA, son atribuidas a la falta de un espacio de aprendizaje en la formación académica referido al funcionamiento en equipo y al trabajo en interdisciplina específicamente, si bien valoran la matriz de formación, ligada a la posibilidad de facilitar el encuentro dialógico y reflexivo en general (Perea, 2017). Por esto, se considera necesario adaptar el currículo de grado, determinar cuáles son las funciones

y actividades más necesarias, oportunas y relevantes para psicólogo en el PNA en Uruguay, incluyendo el desarrollo de habilidades pertinentes para el trabajo en equipo y en interdisciplina (Morales Calatayud, 2009). Es necesario incorporar recursos formados en Psicología Comunitaria para poder conformar a los profesionales de la salud en su dimensión de facilitadores de los procesos participativos y en Psicología de la Salud, con formación en salud pública y conocimientos básicos de epidemiología y estadísticas, posibilitando la elaboración de los procesos de diagnóstico de salud de una comunidad, así como la elaboración, implementación y evaluación de los programas de intervención correspondientes (Morales Calatayud, 2009). Será necesaria también la actualización de los psicólogos que ya se encuentran trabajando en territorio, contemplando el nuevo modelo, facilitando las herramientas que generen un mejor desempeño de su rol.

Por último, se destaca la necesidad de investigaciones que indaguen sobre el impacto en las prácticas a raíz de la incorporación de cambios en la formación de los profesionales.

Recursos

Es insuficiente aún el reconocimiento de la relevancia del aporte del psicólogo en el PNA. Esto debería verse reflejado en la creación de más cargos, una remuneración acorde a la formación profesional, en la capacitación y en el suministro de la infraestructura y recursos materiales que se requieren para un adecuado desempeño.

Conclusiones

La experiencia internacional y los distintos trabajos científicos y revisiones, aportan evidencia que demuestra la eficacia y eficiencia de las intervenciones de la psicología en entornos sanitarios tanto públicos como privados. Aunque existe consenso sobre la importancia central de la atención psicológica para la calidad de la asistencia sanitaria,

esto viene siendo lentamente reconocido e implementado. Tradicionalmente las intervenciones psicológicas han sido subestimadas en términos de planificación estratégica y desarrollo de servicios, lo que ha conducido a una sub-utilización, sub-financiación y subdesarrollo de la disciplina psicológica en la asistencia sanitaria.

En el PNA, existen modelos de atención que apuntan a la integración y colaboración entre la intervención biomédica y psicosocial, y que han sido implementados en diversos países con resultados prometedores que revelan un considerable potencial para el incremento de la calidad de vida del usuario, la satisfacción con el servicio y una contribución a largo plazo a la sostenibilidad del sistema sanitario. La incorporación real de profesionales de la salud mental en los equipos del PNA supondría un paso hacia la atención psicológica en función de las necesidades de las personas. Este proceso habría de dirigirse hacia una utilización óptima desde una perspectiva integral y de eficiencia económica en colaboración con todos los profesionales y gestores de la salud.

En Uruguay, se ha desarrollado una reforma a nivel del sistema sanitario con fuertes resonancias en su cosmovisión respecto al usuario, el concepto de salud-enfermedad y los modelos de atención ofrecidos. Esto trae repercusiones y necesarias reformulaciones en el rol que el psicólogo pasa a ocupar en este nuevo modelo, cuyas características siguen hasta la actualidad bajo un proceso de cambios normativos, financieros y epistemológicos. De esta manera, la psicología en nuestro país se encuentra en un momento de cambio, de reinención de sus propios paradigmas y readecuación de técnicas históricamente enfocadas en el tratamiento curativo, individual y de práctica privada, pasando a incorporar la estrategia de APS con énfasis en la prevención y promoción, en el trabajo en equipos interdisciplinarios, de manera intersectorial y dando protagonismo a las comunidades en las que se desarrolla su labor. Dicho proceso conlleva cambios en las prácticas y las teorías que las sustentan, en el abordaje a los usuarios que acceden a los servicios, en el relacionamiento con

los otros integrantes del equipo y sus disciplinas, y en relación al rol que el propio psicólogo debe desempeñar en este nuevo marco de acción.

Se identifican como desafíos para la psicología en relación al PNA: concepciones sobre la propia disciplina que necesitan cambiar desde un tradicional modelo curativo en salud mental a uno basado en la prevención y promoción de la salud integral, poca especificidad de las tareas a realizar que conlleva a diversidad de intervenciones psicológicas difícilmente homologables, escasez de protocolos para el trabajo intersectorial, falta de herramientas de trabajo en equipo e interdisciplinar, carencia de modelos para fomentar la participación comunitaria y el reconocimiento profesional de dichas tareas.

Finalmente, existen desafíos en relación a la formación específica a nivel de las herramientas pertinentes para ese ámbito de trabajo así como la mayor dotación de recursos humanos y materiales para un adecuado desempeño tanto en las instituciones públicas como privadas del SNIS.

La implementación del Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) aprobado en 2020 constituye una oportunidad inigualable para la incorporación de psicólogos al Sistema de Salud así como un gran desafío de consolidar un perfil adecuado a los lineamientos de las políticas públicas vigentes y al desarrollo de la Psicología en el país.

Para finalizar, es ineludible mencionar que la pandemia Covid 19 vivida desde marzo del 2020 ha producido modificaciones en los servicios y modalidades de intervención sumado al cambio de autoridades en la administración pública, por lo que será necesario que futuros trabajos puedan recoger estas dimensiones.

Referencias

- ASSE-RAP (2019). *Psicología en Territorio*. (Vol. 5). Documento de trabajo. Inédito.
- Bianchi, D., De la Cuesta, P., Gandolfi, A. y Muñoz, A. (2010). *Formación de Psicólogos para el Sistema de Salud. Programa de Practicandos y Residencias*. Trabajo

presentado en el Primer Congreso Latinoamericano de salud: determinantes sociales y participación ciudadana.

- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, BL, Thomas, M., O'Donohue, W. y Peek, CJ (2007). La economía de los servicios de salud conductual en entornos médicos: un resumen de la evidencia . *Psicología profesional: investigación y práctica*, 38(3), 290-297. doi: 10.1037/0735-7028.38.3.290
- Caétano, M., Rydel, D., Sica, S., y Ventre, G. (2009). Desde la salud mental a la salud integral. Psicólogos en el primer nivel de atención, reflexiones primarias. En IV Congreso de la Sociedad de Psicólogos de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.
- De la Parra, G., Errázuriz, P., Gómez-Barris, E., y Zúñiga, A. K. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20.
- Fernández Castrillo, B. (2017) *Texto, pretexto y contexto de las políticas de Salud Mental en el Uruguay Progresista*. Montevideo: CSIC-UdelaR. Recuperado de http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageld/1026#heading_6271.
- Garzaniti, R. (2019). El rol del psicólogo en la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención: Una revisión sistemática. *Salud & Sociedad*, 10(2), 146-162. doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-008
- Goodrich, D. E., Kilbourne, A. M., Nord, K. M., & Bauer, M. S. (2013). Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current psychiatry reports*, 15(8). doi: 10.1007/s11920-013-0383-2
- Grau, A; Infante, O. y Díaz, J. (2012). Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 83-101. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

89612012000200008

Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández Galeano, M. (Eds.). (2011).

Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas.

Montevideo: OPS.

Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025.*

Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.

Ministerio de Salud de Chile (2019). *Orientaciones para la Planificación y*

Programación en Red 2019. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.

Ministerio de Salud Pública. (2005). *Salud Mental en la emergencia social y en el*

nuevo modelo asistencial. Documento programático de la Comisión Asesora

Técnica del Programa Nacional de Salud Mental. Uruguay: DIGESA, MSP

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en Salud*

Mental en el SNIS. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (2020- 2027).*

Montevideo: MSP.

Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., e Irrázaval, M. (2018).

Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(136). doi:

10.26633/RPSP.2018.136

Moncada, S. (2015). Psicología y atención primaria de salud: una propuesta de

competencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3). doi:10.5354/0719-

5281.2015.37646.

Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la Psicología de la Salud.* Buenos Aires:

Koyatún

National Health Service. (2020). *Adult Improving Access to Psychological Therapies*

programme. Recuperado de [https://www.england.nhs.uk/mental-](https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/)

[health/adults/iapt/](https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/)

- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*. Ginebra: OMS.
- Pastor Sirera, J. (2008) El Psicólogo en Atención Primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), pp. 271-290
- Perea, J. (2017). Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud. (Tesis de Maestría en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Montevideo).
- Romano Fuzul, S., Porteiro, M. F., Novoa, M. G., López Mesa, G., Barrios, M. C., Gracia Rampa, M., y García Trovero, M. (2018). Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82(1). Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf
- Rydel, D. (2015). *Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios*. (Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo).
- Rydel, D., y Fernández Castrillo, B. (2019). Avances de una investigación en el marco de las políticas de salud mental. En *Producciones de Conocimiento: desafíos, emergentes y perspectivas de futuro*. I Congreso Internacional de Psicología, 29-1 de noviembre 2018, Montevideo, Uruguay. Inédito.
- Uruguay (2017). *Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental*. Recuperado de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529_2017/37

Declaración de contribución de los/las autores/as

DR, DD y PC contribuyeron la conceptualización y diseño del artículo. DR y PC aportaron más a la revisión de la realidad nacional, mientras que DD y LH a la internacional. DR, DD, PC, LH aportaron en la redacción del borrador original, en la

revisión crítica de su contenido intelectual y en la redacción de la versión final del mismo. DR realizó la corrección y revisión final.

Editor/a de sección

La editora de sección de este artículo fue Pilar Bacci.

ORCID ID: 0000-0002-6611-1905

Formato de citación

Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P. e Hidalgo, L. (2022). El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 132-158. doi: <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v12.n1.6>
