

Organización de la asistencia psiquiátrica en el mutualismo

Por el Dr. JORGE LÓPEZ VALDÉS(6)

ANTECEDENTES:

Es de todos conocido que antes de la Revolución, no se reconocía a los asociados de la inmensa mayoría de las Clínicas Mutualistas el derecho a la asistencia psiquiátrica. Apareciendo inclusive especificado en sus reglamentos esta excepción. Sólo en los grandes Centros Regionales se brindaba esta asistencia, extremo éste comprensible si analizamos la estructura económica de aquellas Instituciones, que eran a manera de cooperativas sin dueño en donde las utilidades se revertían en la propia Institución, independientemente de que existieran con frecuencia, dudosos manejos de sus presupuestos, a diferencia de las demás Instituciones que eran sencillamente negocios y como tales, no tenían otro fin que el lucro de uno o de varios dueños. Siendo así, es lógico suponer que en este segundo tipo de Institución se negara el derecho a la asistencia psiquiátrica por su elevado costo y por el prolongado tiempo de hospitalización de este tipo de paciente. Por otra parte, la asistencia que se brindaba en los mencionados Centros Regionales, dejaba mucho que desear en cuanto a calidad. Si ésto era así en lo que a Consulta Externa se refiere el problema

tomaba caracteres mucho más sombríos en la hospitalización donde el mal trabajo psiquiátrico provocó que los pabellones de psiquiatría se convirtieran en verdaderos almacenes de crónicos.

De lo anteriormente expuesto se deducen las nientas fundamentales que nos trazamos para el desarrollo de la asistencia psiquiátrica en el Mutualismo y que fueron las siguientes:

- A) Dar asistencia psiquiátrica a todos los Mutualizados.
- B) Mejorar la calidad de esta asistencia.
- C) Terminar con la situación imperante en los pabellones de psiquiatría existentes dándole una orientación adecuada a la asistencia de enfermos crónicos.

Para su mejor estudio y comprensión dividiremos el desarrollo de nuestra organización psiquiátrica en dos etapas englobando en la segunda que se inicia con la intervención de los sanatorios privados de enfermos mentales nuestros futuros planes.

PRIMERA ETAPA

El punto de partida de esta primera etapa fue el siguiente:

- A) Cinco Clínicas con Servicio de Psiquiatría con hospitalización a saber:

- A.1) Quinta fie Dependientes con 250 camas, 62 de mujeres y 188 de hombres atendidas por tres psiquiatras sin racionalizar.
- A.2) La Benéfica con 130 camas de hombres, atendidas por dos psiquiatras sin racionalizar.
- A.3) La Covadonga con 231 camas, 84 de mujeres y 147 de hombres, atendidas por cinco psiquiatras sin racionalizar.
- A.4) Hijas de Galicia con 80 camas de mujeres y un solo psiquiatra.
- A.5) Quinta Canaria con 45 camas de hombres y dos psiquiatras también sin racionalizar. Los ingresos de mujeres lo realizaba mediante un contrato con una Clínica Privada.
- B) Siete Clínicas con una consulta externa de psiquiatría atendida por un solo psiquiatra sin racionalizar. Eran éstas: Sagrado Corazón, Marfán, La Inmaculada, Centro Benéfico Jurídico, Acción Médica, Centro Médico Nacional y Santa Isabel. Por supuesto que los asociados de estas Instituciones no tenían derecho a hospitalización.
- C) Veintiuna Clínicas sin ningún tipo de asistencia psiquiátrica.

Debemos hacer notar que salvo una relativa separación en el servicio de mujeres de la Covadonga, en todos los servicios de las cinco Clínicas mencionadas en el epígrafe A crónicos y agudos coincidían en la más anticientífica amalgama, haciéndose

particularmente grave la situación de los agudos si tenemos en cuenta el extraordinario predominio de los crónicos.

Nuestra primera preocupación fue la creación de un servicio de agudos en la medida que las circunstancias lo permitieran. Esto fue posible en el pabellón de psiquiatría del Dependientes donde se separaron dos naves creando la Sala "Sorhegui" en honor de tan inolvidable compañero, primer servicio de agudos verdadero del Mutualismo. En los bajos de dichas naves se acondicionaron dos amplios salones: uno para consulta externa y tratamientos ambulatorios y otro para psicoterapia de grupo y actividades recreativas de los pacientes.

Es en este servicio donde se incorpora por primera vez en el Mutualismo el trabajo de una Psicóloga-clínica y se inicia cierto grado de trabajo social con la colaboración de una compañera no profesional.

Inmediatamente, ya ejecutada la organización Distrital del Mutualismo que iniciaba su descentralización dividiendo las Clínicas en grupos para constituir cinco distritos con una Clínica Base cada uno fue posible brindar aunque con ciertas limitaciones en algunos casos asistencia psiquiátrica a la totalidad de los mutualizados.

Este paso se llevó a cabo de la forma siguiente:

Distrito 1:

Se centralizó en su Unidad Base, Covadonga, la atención psiquiátrica de los asociados de las Clínicas del Distrito que son las siguientes: Centro Benéfico Jurídico, Católicas Cubanas, El Cobre y Tomás Romay, aumentándose el volumen de Consulta Externa a expensa de 4 horas más de contratación a uno

de sus psiquiatras y adicionando un día más de consulta a otros dos que fueron racionalizados a 4 horas. Un psiquiatra quedó sin racionalizar por propia determinación.

Distrito 2:

Tres Unidades de este Distrito tenían consulta externa de psiquiatría además de la Unidad Base éstas eran: Centro Médico Nacional con un psiquiatra a dos horas, Santa Isabel y Acción Médica con un psiquiatra cada una sin racionalizar. Se mantuvo la consulta externa de Centro Médico Nacional cancelando las de Santa Isabel y Acción Médica, la primera por haber abandonado el país el psiquiatra que la atendía y la segunda por haber racionalizado a ocho horas a su psiquiatra en Covadonga donde también prestaba sus servicios. No obstante con la racionalización a ocho horas de uno de los psiquiatras de Dependientes y con la contratación de dos más, uno a 6 horas y otro a 2 se aumentó la consulta externa lo suficiente para centralizar en esta Institución Unidad Base del Distrito, la atención de todos los asociados de sus Clínicas con excepción como hemos dicho antes de Centro Médico Nacional que mantiene su consulta externa independiente.

De esta manera se resolvió la asistencia psiquiátrica de las Clínicas Cooperativa Médica de La Habana, Acción Médica, Pasteur, Centro Médico Nacional y Santa Isabel, tanto desde el punto de vista de la consulta externa como de la hospitalización.

Distrito 3:

1 res Unidades de este Distrito contaban con servicios de psiquiatría con

hospitalización: La Benéfica, que es su

Unidad Base, Hijas de Galicia y Canaria, asumiendo ellas la asistencia psiquiátrica de las otras dos o sea, Centro Médico de Guanabacoa y Cooperativa Médica de Dependientes.

Distrito 4:

Distrito 5:

Se mantuvieron las consultas externas de las Unidades que ya la tenían, a saber, Sagrado Corazón, Marfán, Inmaculada y Damas de la Covadonga, quedando aún por resolver la consulta externa del resto de las Unidades. No obstante se le dio el derecho de hospitalización a los casos agudos de la totalidad de las Unidades de ambos distritos cuando fueren remitidos los casos por el Director de la Clínica respectiva a cualquiera de los servicios con hospitalización de los Distritos 1, 2 y 3 de acuerdo con la disponibilidad de camas. En este momento habíamos logrado:

- a l Asegurar la hospitalización de los casos agudos de todos los asociados de las Unidades de La Habana.
- b I Mejorar la situación de las consultas externas brindándole este servicio a los asociados de ocho Unidades que carecían del mismo.
- c) Realizar una mejor utilización de nuestros psiquiatras.
- di Comenzar el mejoramiento en la calidad de la asistencia.

Por último extendimos el derecho a hospitalización de casos agudos a los mutualizados del interior de la República cuando los mismos eran remitidos a la Capital.

Datos Estadísticos:

Veamos a continuación algunos datos estadísticos demostrativos del trabajo psiquiátrico de nuestros servicios:

MOVIMIENTO HOSPITALARIO DE LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRA EN CLINICAS GENERALES

MAYO, JUNIO Y JULIO DE 1955

	Días Cama	Días Paciente	Indic. Ocupac.	Prom. Hosp.
Dependientes	3108	2531	81.8	17.8
La Benéfica	11224	10675	95.0	42.7
Covadonga	26864	25487	94.9	
Canaria	4048	3417	83.1	37.2
H. de Galicia	6890	6144	89.1	33.8
TOTALES:	52134	48245	88.8	32.9

MOVIMIENTO HOSPITALARIO DE SERVICIOS DE PSIQUIATRIA EN CLINICAS GENERALES

MAYO, JUNIO Y JULIO

	Ingresos	Egresos	Fallecidos
Benéfica	94	91	2
Canaria	15	10	3
Covadonga	113	95	6
Dependientes	118	119	2
Hijas de Galicia	—	—	—
TOTALES:	340	315	13

CONSULTA EXTERNA: DISTRITO 1

MAYO	JUNIO	JULIO		C.E.	C.G.	C.E.	C.G.	Totales
		C. E.	C.G.					
		1064		991		734		2789
Covadonga								
Católicas Cubanas			1				3	4
Tomás Romay			2		4		6	12
Cubana Benef.			12					12
Ntra. Sra. Cobre								
Centro Ben. Jur.			10		9		16	35
TOTAL:								2852

CONSULTA EXTERNA: DISTRITO 2

MAYO	JUNIO	JULIO		C.E.	C.G.	C.E.	C.G.	Totales
		C. E.	c.c.					
		1168		1078		1167		3413
Dependientes								
C. Méd. Nac.		103	5	91	1	88	4	292
Acción Médica			114		141		43	298
Coop. Méd. Habana			3		4		11	18
Pasteur			65		84		14	163
Sta. Isabel		7	2		37	15	7	68
TOTAL:								4252

R. C. M.
FEB 28. 1966

SERVICIOS DE PSIQUIATRIA EN CLINICAS GENERALES TR A T A M I E N T O S

	Eleero Shock	Insulina	Psicoterapia
Benéfica	227	12	---
Canaria	145		---
Dependientes	1070		307
H. de Galicia	—	—	—
TOTALES:	1442	12	307

SERVICIO DE PSICOLOGIA

Como liemos dejado apuntado es en esta etapa que se incorpora por primera vez el trabajo del psicólogo al Mutualismo lo que se llevó a cabo como ya se ha señalado en el Servicio de Psiquiatría del Dependientes, donde en la actualidad funcionan dos psicólogas. Este servicio trabaja con pacientes de todas las edades y llena la siguiente función:

4) Corroborar diagnósticos.

B l Complementar diagnósticos para informes judiciales, retiros, conflictos laborales e inhabilitación temporal para el trabajo.

CI Dificultades diagnósticas.

En todos estos casos se realizan pruebas de inteligencia, personalidad y conflictos, cuyos informes se pasan a los médicos psiquiatras.

En los niños se enfocan problemas escolares como retraso escolar, dificultades en la atención y concentración e inadaptación al medio escolar.

Asimismo se resuelven problemas de los niños en el hogar, principalmente conflictos con los padres, celos entre hermanos y dificultades en general y adaptación al medio hogareño.

A estos fines se realizan pruebas de inteligencia para detectar problemas de deficiencia intelectual o de super dotación.

Test de personalidad para comprender la dinámica de la misma.

Test de conflictos para detectar la zona en que se encuentran aquellos por los que el paciente funciona inadecuadamente.

En los casos en que es necesario se practica psicoterapia informativa a los pequeños pacientes y a los padres individualmente con lo que se han obtenido magníficos resultados, ya que con un corto número de conversaciones y discusiones se le hacen comprender al menor problemas que creía inexplicables y se aclaran conceptos, o se rectifican conductas a los padres que hacen que la dinámica del hogar varíe positivamente y cesen o mejoren las fricciones. En otros casos se hace psicoterapia de apoyo y muy especialmente orientación de padres, la cual se había hecho hasta ahora de modo individual pero que ya se han iniciado reuniones colectivas, usando como medios auxiliares vistas fijas y películas.

Con lo anteriormente expuesto se inició por primera vez algún grado de aleación

psiquiátrica infantil ya que en este sentido, salvo una consulta de psiquiatría infantil en Marfan, no contaban con nada en este aspecto como no fueran le poco que los psiquiatras de adultos pudieran hacer en favor de los pequeños asociados.

Volveremos sobre este punto más adelante al tratar de nuestros planes en psiquiatría infantil.

SEGUNDA ETAPA

Podemos marcar como inicio de esta segunda etapa el momento en que el Ministerio de Salud Pública, a principio del mes de mayo de 1964, encarga al Mutualismo el estudio de la situación de los sanatorios privados para enfermos mentales.

Depositarios de esta responsabilidad realizamos tal estudio y el día 11 de Junio del propio año presentamos al Consejo de Dirección del Director Nacional de Clínicas Mutualistas, con la presencia del compañero Ministro, una ponencia al respecto la cual fue aprobada.

En la misma planteamos el deplorable estado en que se encontraban la inmensa mayoría de estos sanatorios y el maltrato y pésima atención psiquiátrica a que eran sometidos los enfermos al extremo que calificamos la situación de bochorno nacional.

Así, el día 17 de Junio del propio año de 1964 se confió al Mutualismo la intervención de quince sanatorios privados en el área de la Gran Habana, eran éstos:

1. Galigarcía.
2. Instituto Psiquiátrico.
3. Felipe Castillo.
4. Iruretagoyena.
5. Valdés Dapena.
6. Ubiñá.
7. Pérez Vento.

8. Vieta.
9. Barandilla.
10. Santa Mar garita.
11. El Reposo.
12. San Francisco.
13. Lajonchere.
14. Recuperación de Crónicos.
15. San Pedro.

Poseían en conjunto estos sanatorios 816 camas de las cuales 299 eran de hombres y 517 de mujeres.

Siguiendo la organización Distrital del Mutualismo a que antes liemos hecho referencia, se constituyó con este conjunto de Clínicas psiquiátricas e] Distrito 6 de Clínicas Mutualistas.

En los días siguientes a la intervención se procedió al cierre de cinco sanatorios por su deplorable estado y por la falta absoluta de condiciones de los mismos. Fueron éstos: Santa Margarita. El Reposo, San Francisco. Lajonchere y Recuperación de Crónicos. Posteriormente fue desactivado el sanatorio Pérez Vento para desarrollar en su edificio por la Regional de Salud Pública de La Habana, el Policlínico Integral de Guanabacoa y el Sanatorio San Pedro que por su mal estado no justificaba realizar en él las inversiones necesarias para su reconstrucción ya que sólo tenía capacidad para cuarenta camas.

El número total de camas perdidas por los cierres apuntados fue de 225. Sin embargo, una mejor utilización de los sanatorios que permanecieron funcionando unidos a un mínimun de reparaciones en los mismos, permitieron un rápido aumento del número de camas. Asimismo se realizó una mejor distribución de las camas de hombres y mujeres siendo la situación actual la siguiente:

	Hombres	Mujeres	Totales
Barandilla	47	0	47
Cubiñá	0	35	35
Felipe Castillo	62	67	129
Galigarcía	39	84	123
Instituto Psiquiátrico	60	72	132
Iruretagoyena	89	37	126
Valdés Dapena	0	76	76
Vieta	89	0	89
GRAN TOTAL:	386	371	757

Con el aumento de 59 camas que se ejecutará próximamente y que le dará su capacidad total de acuerdo con sus instalaciones actuales a los sanatorios Barandilla, Cubiñá, Instituto Psiquiátrico y Valdés Dapena, el número total de camas que hemos visto en el cuadro precedente se elevará a 816. En el curso del año actual será puesta en funcionamiento como Clínica de Psiquiatría Geriátrica la antigua Clínica la Bondad con 175 camas así como una nueva planta para los mismos fines en el sanatorio Felipe Castillo con capacidad para 90 camas, lo que elevará el total de camas del Distrito a 1,081.

Siendo el estado de los sanatorios el que hemos dejado apuntado es lógico que el primer paso al hacernos cargo de los mismos fue el desarrollo de lo que hemos llamado la etapa de higienización y humanización, la cual creemos haber cumplido prácticamente en un 100%. En esta etapa se abolieron las celdas y los más crueles métodos de contención comenzando una nueva vida para los

enfermos crónicos basada en el respeto a la dignidad humana, la libertad y los métodos racionales de tratamiento. La inactividad y el encierro fueron sustituidos por diversas actividades y la vida al aire libre.

Asistencia Médica Psiquiátrica:

En este aspecto encontramos una situación difícil ya que contábamos solamente con siete psiquiatras. Con la incorporación de un psiquiatra a 8 horas y dos a 4 horas mejoró considerablemente la situación. Este mejoramiento del trabajo psiquiátrico no solamente está en relación con el innegable impulso dado por los compañeros que se incorporaron sino por los nuevos elementos que pusimos a disposición de todos y por las normas establecidas. Se incorporaron salas de tratamiento en algunos sanatorios como Galigarcía e Instituto Psiquiátrico y se contrataron dos técnicos anestesistas para asegurar la anestesia en los tratamientos electrochocantes.

Por último tuvieron los psiquiatras la

colaboración de dos psicólogos clínicos y cuatro trabajadoras sociales.

Asistencia Médica no Psiquiátrica:

Un gran problema a nivel de los sanatorios, era el absoluto abandono en que encontraban los enfermos en cuanto a la asistencia médica general. Se organizó la misma de la manera siguiente:

- A) Coordinando con la Central de Visitas a Domicilio del Mutualismo extendiendo este servicio a todos los sanatorios a petición del psiquiatra.
- B) Incorporando do? médicos generales uno a nivel de los Sanatorios Galigarcía y del Instituto Psiquiátrico y otro a nivel de los sanatorios de Marianao. o sea. Iruretagoyena. Cubiñá y Barandilla.
- C) Ingresando las interurrencias médicas o quirúrgicas que lo requieran. tanto de pensionistas como de asociados, en distintas Clínicas Generales del Mutualismo.

Sólo resta por resolver la incorporación del trabajo médico general en los sanatorios Felipe Castillo y Vieta. En el sanatorio Valdés Dapena se situó un médico general a 4 horas, procedente del desactivado sanatorio Pérez Vento.

Asistencia Estomatológica:

La atención estomatológica de los paciente ingresados en nuestros sanatorios no había podido ser resuelta hasta ahora de un modo satisfactorio, dándole solución sobre la marcha a los casos que se presentaren por distintas vías.

En el momento actual se coordinó con el compañero responsable de Estoma

Telogia acordándose que en plazo breve se equipe adecuadamente un gabinete que se encuentra instalado en el sanatorio Galigarcia, donde se situaran las horas necesarias de trabajo estomatológico para resolver los casos de las distintas Unidades. De esta manera podrá hacerse una labor profiláctica de gran utilidad partiendo de la revisión de la totalidad de nuestra población hospitalaria.

Sección Social.

Como ya hemos apuntado pusimos a disposición de nuestros psiquiatras la colaboración de la trabajadora social; las mismas realizan las siguientes tareas;

A Confeccionar la historia social psiquiátrica de todos los nuevos ingresos.

B Realizar estudio del medio a petición de cualquiera de los psiquiatras en un caso dado.

C. Realizar estudio socioeconómico de las altas de crónicos en litigio.

Dt Realizar por orden de la Dirección Distrital estudio socioeconómico de los casos en los cuales se plantea rebaja o exención de cuotas.

En la actualidad contamos con cuatro trabajadoras sociales.

Admisión. Archivo. Estadística:

Por la importancia vital que para una buena organización tiene este departamento fue ésta una de nuestras primera preocupaciones en el orden organizativo creándolo a nivel Distrital y comenzando a funcionar el pasado primero de Abril. Este departamento tie-

ne el control total de las camas de los sanatorios y ubica a los enfermos de acuerdo con las normas establecidas y basadas en la condición de agudo, erónico reabilitable o crónico 110 reabilitable. Los requisitos para el ingreso los veremos más adelante al referirnos al reglamento.

En el momento del ingreso se confecciona, como ya se ha dicho, la historia social psiquiátrica por 1111a trabajadora social de acuerdo con los datos aportados por los familiares y se remite al sanatorio con el resto del modelaje. Cuando el paciente es dado de alta, el sanatorio devuelve la historia al departamento donde queda archivada, siendo rechazada por éste si la historia, principalmente la hoja de egreso 110 está debidamente cumplimentada. Nos proponemos iniciar a partir del próximo mes, la evaluación cualitativa de la historia clínica. Se lleva un libro registro de ingresado donde aparte de los datos de identidad se registra el diagnóstico si el

caso es agudo o crónico, si es reabilitable o no, etc.

Investigaciones Complementarias:

Un técnico para extracciones realiza diariamente la recolección de muestras en todos los sanatorios ejecutándose los exámenes por el laboratorio de una Unidad General del Mutualismo, la Clínica Reina. De la misma manera un técnico electrocardiografista recoge los trazados en las Unidades los cuales son interpretados e informados por el cardiólogo de la clínica Pasteur. El Departamento de Admisión distribuye el trabajo de estos técnicos de acuerdo con las solicitudes que al misino llegan de las Unidades.

Antes de seguir adelante veamos algunos cuadros estadísticos que nos den una idea del volumen de trabajo actual de los sanatorios:

MOVIMIENTO HOSPITALARIO DE LAS CLINICAS DEL DISTRITO 6 MAYO, JUNIO Y JULIO DE 1965

	Días Cama	Días Paciente	Ind. Ocupacional	Prom. Hosptl.
Barandilla	4131	3696	89.4	177.4
Cubiñá	3220	2704	86.6	83.0
Felipe Castillo	10661	9267	95.9	1124.5
Galgareía	11193	10985	97.9	36.8
Inst. Psiquiátrico	12144	11351	92.7	143.1
Iruretagoyena	10764	10300	95.6	131.0
Valdés Dapena	6899	5488	79.3	45.3
Vieta	8188	5858	71.5	441.4
TOTALES:	67200	59622	88.6	362.8

MOVIMIENTO HOSPITALARIO DE LAS CLINICAS DEL DISTRITO 6

MAYO, JUNIO Y JULIO

	Ingresos	Egresos	Fallecidos
Barandilla	11	19	00
Cubiñá	8	7	00
Felipe Castillo	12	8	5
Galigarcía	34	27	1
Inst. Psiquiátrico	45	47	1
Iruretagoyena	17	20	1
Valdés Dapena	40	18	00
Vieta	47	46	1
TOTALES:	214	180	9

CLINICAS DEL DISTRITO 6. TRATAMIENTOS MAYO, JUNIO Y JULIO

	E. CH.	Insulina	Psicoterapia	Otros
Barandilla	33	00	2	96
Cubiñá	30	00	18	40
Felipe Castillo	72	00	28	322
Galigarcía	309	253	27	281
Inst. Psiquiátrico	125	257	00	201
Iruretagoyena	115	24	00	271
Valdés Dapena	145	00	13	85
Vieta	118	1	40	281
TOTALES:	947	535	128	1577

Habiendo mejorado el nivel asistencial de los sanatorios en la forma que hemos podido apreciar en el curso de esta ponencia se abría la posibilidad de ir eria- dicando los servicios de crónicos de las Unidades Generales del Mutualismo y trazar e iniciar los planes definitivos que se fundan en el principio del funcionamiento de tres tipos fundamentales de Unidades psiquiátricas para la atención separada de agudos, crónicos rehabilitables y crónicos no rehabili- tables. Si el primer paso para este logro fue la incorporación a nuestro frente de los sanatorios privados y sus subsecuen- tes desarrollos el segundo fue la reubicación de 144 enfermos crónicos del Dependientes en los distintos sanatorios para desarrollar allí un servicio que resuelva la asistencia de los enfermos agudos. Para completar las condiciones asistenciales en la forma trazada nos restaban el desarrollo de las Unidades para crónicos no rehabilitables y el impulso suficiente a las de crónicos rehabilitables.

Veamos detalladamente estos aspectos refiriéndonos a cada uno de ellos en particular.

Asistencia de enfermos agudos:

La asistencia psiquiátrica de todos los enfermos agudos mutualizados será centralizada como ya ha sido señalado en el Dependientes, donde al efecto se están llevando a cabo las obras de readaptación del antiguo pabellón Estrada.

Se prestará asistencia además a pen- sionistas.

Constará este servicio aproximadamente con 300 camas 100 de mujeres y 200 de hombres. Contará con una sala para la hospitalización de las interurrencias médicas y quirúrgicas procedentes de los distintos sanatorios, la cual estará debi-

damente separada de las estrictamente psiquiátricas. Esto nos eliminará los múltiples inconvenientes que a menudo se crean con el ingreso de dichas inter- currencias en Clínicas Generales. De esta manera, al estar enclavado el servicio en un hospital general se pondrán a disposición del paciente todos sus recursos médicos quirúrgicos.

Paralelamente con el desarrollo de este servicio se verificará la apertura de la antigua Clínica La Bondad y de la nueva planta del Sanatorio Felipe Castillo a las que ya nos hemos referido y sobre las que hablaremos cuando tratemos sobre la asistencia a los crónicos, permitiéndonos el considerable aumento de cainas que se producirá, la desactivación de los pabellones de enfermos crónicos de La Benéfica, Canaria e Hijas de Galicia, así como la reducción de la población de crónicos de la Covadonga; de esta manera podrá utilizarse en el nuevo servicio de agudos el trabajo psiquiátrico de casi todos los médicos que laboran actualmente en los servicios que serán desactivados.

Aunque se ha argumentado la dificultad en controlar un servicio de agudos de esta magnitud, creemos que el mismo podrá funcionar sin grandes problemas por dos razones fundamentales, la primera, porque podremos contar con un número suficiente de psiquiatras y la segunda porque no habrá que enfrentarse de entrada con el funcionamiento total del servicio, ya que el mismo irá desarrollándose progresivamente hasta alcanzar su capacidad total.

Aunque la centralización a este nivel, de la asistencia psiquiátrica se extiende también de acuerdo con los planes a la asistencia ambulatoria y a la consulta externa, en el presente año sólo se alcanzará la meta en lo que respecta a la hospitalización.

En los planes del próximo año contemplamos la adaptación (de una planta en el propio edificio con la suficiente independencia de las áreas de hospitalización ampliando las instalaciones ya existentes en las mismas, para la centralización de las consultas externas y tratamientos ambulatorios de los Distritos 2, 3, 4 y 5 manteniéndose, al menos por el momento, la atención de los asociados del Distrito 1 en la Covadonga.

Este Dispensario adscrito al servicio de agudos del Dependientes será objeto de nuestra máxima atención en el próximo año dada la extraordinaria importancia que con justa razón se le da al tratamiento ambulatorio en psiquiatría. El lugar, reúne las condiciones necesarias para el desarrollo de un hospital de día que será sin duda el complemento de este tipo de atención.

Asimismo nos proponemos desarrollar un servicio de psiquiatría infantil el cual estará supeditado a la posibilidad de obtener la contratación de no menos de dos psiquiatras infantiles a 4 horas. La ampliación del actual servicio de psicología sobre el cual ya hemos hablado en otra parte de esta ponencia completaría este objetivo.

Por último debemos señalar que durante un tiempo variable, en relación con el desarrollo total de nuestros planes, se mantendrán servicios de agudos en los sanatorios Galigareía, Instituto Psiquiátrico y Valdés Dapena. En este último esta asistencia estará limitada a casos de neuróticas con necesidad de ingreso y algunas reacciones psicóticas leves a cuyo fin está siendo equipada en la actualidad una confortable residencia anexa al sanatorio.

Asistencia de enfermos crónicos:

Como ya hemos dejado anotado dividimos este tipo de asistencia en la de enfermos crónicos rehabilitables y no rehabilitables.

Asistencia de enfermos crónicos rehabilitables:

Actualmente esta asistencia se verifica a nivel de todos los sanatorios, aunque con el desarrollo de las Unidades para crónicos no rehabilitables a la que nos referiremos cuando tratemos de la atención a este tipo de paciente, será posible, procediendo a la reubicación correspondiente darle todo el impulso necesario y limitarla a los sanatorios Galigareía, Valdés Dapena. Instituto Psiquiátrico, Iruretagoyena, Barandilla. Cubiñá y Vieta. En una última etapa de nuestro plan esta asistencia se limitaría a Galigareía y Valdés Dapena; ésto será posible en la medida en que en estos sanatorios se puedan llevar a cabo la construcción de nuevos pabellones que permitan absorber por los mismos la totalidad de los crónicos rehabilitables.

La rehabilitación de crónicos, como todos sabemos, se basa fundamentalmente en la ergoterapia.

Desde los primeros meses de la intervención se comenzaron a dar los primeros pasos para su desarrollo tropezando con grandes dificultades por la carencia de ergoterapistas. Con la adquisición de los servicios de tres compañeros que tenían experiencia adquirida en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, se fomentó un primer núcleo en el Sanatorio Galigareía donde se ha logrado avanzar bastante en este terreno incorporándose al tratamiento la casi totalidad de los crónicos con posibili

dades de rehabilitación realizando diversos trabajos artesanales y actividades deportivas; por otra parte, se oriento a los psiquiatras de los otros sanatorios [•ara que con sus propios medios y la cooperación ilcl personal del mismo desarrollaran la ergoterapia hasta donde les fuera posible habiendo obtenido hasta el momento un nivel muy aceptado en los sanatorios Cubiñá y Valdés Dapena. En este momento hemos iniciado una coordinación con el hospital Psiquiátrico de La Habana a fin de que un grupo de 6 compañeras con suficiente nivel y aptitudes que en la actualidad desempeñan otras funciones en las distintas Unidades del Mutualismo puedan adquirir en el servicio de ergoterapia del mencionado hospital la preparación mínima suficiente para incorporarse a nuestro trabajo.

Nuestros planes en cuanto a la ergoterapia, consiste en proyectarla hacia lo que hemos llamado "Ergoterapia productiva". Entendemos que aparte de las ventajas económicas que esto significa, 110 opera lo mismo psíquicamente en el paciente realizar trabajos manuales y artesanales de poca utilidad, que interpretan las más de las veces simplemente como un modo de tenerlos entretenidos que trabajar y producir artículos necesarios que se necesiten y vendan en el mercado dándole por tanto a sus labores la jerarquía de un verdadero trabajo. Nos proponemos coordinar en su momento con el Ministerio de Industrias este aspecto, ya que existen en la producción industrial diversos pasos artesanales que sería posible verificar a este nivel.

Para el próximo año comenzará a funcionar en el Sanatorio Valdés Dapena un taller para el procesamiento de pieles de conejo con las que se confeccionarán diversos artículos. La materia prima, o sea las pieles,

nos serán suministradas por el Departamento de Animales de Experimentación del Vice Ministerio de Higiene y Epidemiología.

Otros trabajos como por ejemplo la confección de estuches para flores y confituras utilizando como materia prima placas radiográficas en desuso decoloradas están también en vías de desarrollo. Parte importante de los trabajos a realizar por los pacientes rehabilitables será el cultivo racional de casi dos caballerías de tierra que posee el Sanatorio Galigarcía. Trabajos agrícolas de menor envergadura, floricultura, cultivo de plantas ornamentales, etc., se están desarrollando en el resto de los Sanatorios. Consideramos como parte importante de la ergoterapia y así lo liemos iniciado con magníficos resultados, el trabajo de los pacientes en el cuidado de la propia institución: Limpieza, mantenimiento de los jardines, etc.

La máxima expresión de este último aspecto de la ergoterapia será el desarrollo de una institución autogobernada de la que existen precedentes en Bélgica, Holanda, Inglaterra y Estados Unidos, pero que hasta donde nosotros sabemos será la primera en América Latina.

Este ensayo piloto se iniciará en el presente año en una pequeña unidad con cincuenta camas para hombres; se escogerán cuidadosamente cincuenta enfermos crónicos rehabilitables de los distintos sanatorios en los que ya se ha obtenido 1111 buen grado de rehabilitación, de acuerdo con su capacidad, sus aptitudes y su conducta distribuyendo entre los mismos la distintas responsabilidades de la Clínica en razón de las características antes mencionadas.

La Unidad contará con un psiquiatra y un enfermero en cada turno así como algún personal de ergoterapia instalándose

cu la misma talleres con la orientación productiva a que hemos hecho referencia. Tendrá un administrador y dos cocineros siendo distribuido desde el inicio el resto de los trabajos o sea limpieza, mantenimiento, etc., entre los pacientes. Junto al Administrador, compartiendo sus tareas se situarán uno o ,1o? pacientes con suficiente capacidad para irlos adiestrando en estas funcione# valorando incluso la posibilidad de suprimirlo. Mantendremos a los cocineros, cuyos pinches serán pacientes, hasta que se considere que los mismos puedan asumir la total responsabilidad de la cocina. La Unidad funcionará en hase a un Consejo de Dirección constituido por el psiquiatra, el administrador mientras subsista y un grupo de pacientes, también se celebrarán asambleas generales para discutir diversos problemas de la institución.

Este ensayo, en cuyo éxito confiamos tiene para nosotros un enorme interés tanto por lo que significa en sí como por lo que representa de experiencia en el manejo de las otras instituciones de crónicos rehabilitables. Además, dinámicamente debe proyectarse como la antesala del reintegro del paciente rehabilitado a la sociedad y al hogar actuando en este sentido como un ejemplo vivo que pueda cambiar y cambiará sin duda, el equivocado concepto que una buena parte de la sociedad y la mayoría de las familias tienen acerca del enfermo mental crónico y a sus posibilidades de rehabilitación.

Asistencia de enfermos crónicos no rehabilitables:

Para este tipo de atención será dedicada una Clínica de Psiquiatría Geriátrica que comenzará a funcionar en el curso del año actual en la antigua Clínica La Bondad, así

como el Sanatorio Felipe Castillo. la primera contará con ciento setenta y cinco camas > el según do aumentará su capacidad de ciento ocho camas que posee? actualmente a ciento noventa y ocho al equipar una nueva planta cuya construcción va ha Mdo terminada de tal modo que para ísta asistencia contaremos antes de finalizar el año con doscientas setenta v tres camas.

Con la puesta en funcionamiento de la mencionada Unidad de Psiquiatría Geriátrica así como el aumento de la capacidad a que hemos hecho referencia del Sanatorio Felipe Castillo habremos cumplido una de nuestras metas más importantes cual es la reubicación clasificada de los enfermos crónicos. Esto permitirá el mejor desarrollo de los planes de rehabilitación en el resto de los Sanatorios eliminando los inconvenientes que crea la coexistencia de los pacientes rehabilitables con los no rehabilitables. seniles y arterioesclerótico.- en su mayoría: además ya la psiquiatría geriátrica está tomando un lugar importante en nuestra especialidad y no debemos quedarnos a la zaga en la aplicación de los modernos métodos lo que sólo es posible en una Unidad especializada como la que propugnamos. Como última razón mencionamos el abandono en que siempre han estado los ancianos psicóticos en nuestro país.

De acuerdo con las necesidades es posible que alguna otra Unidad sea dedicada a un número menor de pacientc:- 110 ancianos pero sin posibilidades de rehabilitación como retrasados mentale-profundos adultos entre otros.

A continuación veamos un cuadro demostrativo de la composición de nuestra población hospitalaria en las Clínicas del Distrito 6.

**COMPOSICION DE LA POBLACION HOSPITALARIA
DE LAS CLINICAS DEL DISTRITO No. 6**

Agudos	<u>Crónicos relia. Cron. n° ri-lul'</u>	
	M. H. M. H. M. H.	
	16 11 190 202 151 99	
Total: 27	392	250
GRAN TOTAL: 669		

Como puede deducirse del cuadro anterior el número de camas que nos proporcionarán las dos unidades mencionadas más la disponibilidad de las camas de otros sanatorios para no rehabilitables nos permitirá reubicar también a los pacientes crónicos de Canarias, Benéfica e Hijas de Galicia quedando sólo Covadonga para cumplir nuestra meta de erradicación de los servicios de crónicos de las unidades generales. No obstante lo que si será posible en un primer tiempo será disminuir la población de crónicos de esta última institución quedando para un segundo tiempo su solución final.

Asistencia psiquiátrica a mutualizados del interior:

Poco a podido hacerse al respecto aunque como ya se ha mencionado se ha resuelto la hospitalización en la capital de los casos agudos que se remitan de las Unidades del interior de la República.

En cuanto a los Sanatorios privados del interior sólo fueron intervenidos los de Santa Clara siendo desactivados el Sanatorio Ildelisa y manteniéndose funcionando el Díaz-Guzmán cuyo destino final está siendo estudiado.

Por último cuando planteamos al Ministerio a través del Departamento Nacional de Psiquiatría nuestras necesidades psiquiátricas hubimos de señalar la

necesidad de un psiquiatra a cuatro horas para cada una de las provincias los cuales trabajarían a nivel de la Clínica Pepe Portilla en Pinar del Río Centro Médico en Matanzas, Martha Abreu , en Las Villas, Colonia Española, en Camagüey y Colonia Española, en Santiago de Cuba. Estos compañeros atenderían los problemas psiquiátricos que pudieran suscitarse entre los ingresados, mantendrían una consulta externa de psiquiatría y realizarían el filtraje de los casos que se plantearan remitir a la capital.

Necesidades de psiquiatras:

En la actualidad cuenta el Mutualismo con un total de 25 psiquiatras cuatro de los cuales están sin racionalizar teniendo los 21 restantes tiempos de contratación variables desde dos hasta ocho horas haciendo un total de 110 horas entre todos; por otra parte de los siete psiquiatras a tiempo completo con que contamos uno está en funciones de Director de la Covadonga y otro de Director del Distrito 6 lo que disminuye considerablemente su capacidad asistencial.

Es obvio que para la atención de los actuales servicios y principalmente con el desarrollo de los que se proyectan a corto plazo tenemos una urgente necesidad de psiquiatras. Por la misma vía que se plantearon las necesidades del interior de la República a que hemos hecho referencia en párrafos anteriores fijamos nuestras necesidades para la Gran Habana en 96 horas-psiquiatras más así como 28 horas de psiquiatría infantil. Aún cuando estamos conscientes de la imposibilidad inmediata de cubrir tales necesidades, es necesario que contemos dada la importancia que en el orden asistencial tiene el Mutualismo, como contamos con la comprensión y el respaldo del

Ministerio para irlo resolviendo sobre la marcha. Mientras tanto redoblabamos nuestros esfuerzos con los medios que disponemos.

Relaciones con otros Organismos

Psiquiátricos:

Desde que se constituyó a principios del año actual el Departamento Nacional de Psiquiatría del Ministerio de Salud Pública este comenzó a funcionar en base a una comisión de trabajo donde están representados todos los organismos psiquiátricos. Es a través de dicha comisión y como participantes de la misma que realizamos las coordinaciones correspondientes.

REGLAMENTO

Antes de terminar y exponer las conclusiones de esta ponencia queremos referirnos al Reglamento que debe normar la utilización de los Servicios de Psiquiatría del Mutualismo.

Presentado un anteproyecto del mismo al Consejo de Dirección del Director Nacional de Clínicas Mutualistas, en cuyo seno fue aprobado se encuentra actualmente pendiente de discusión por el Consejo de Dirección del Ministro para su aprobación.

Nos ha parecido de utilidad reproducir en esta ponencia los capítulos correspondientes a los requisitos para la asistencia de los pacientes mutualizados agudos y crónicos así como algunos epígrafes del que se refiere a la asistencia de los pacientes pensionistas agudos ya que en líneas generales excepto lo concerniente a la pensión las normas de los pensionistas crónicos son las mismas que la de los mutualizados. No obstante debemos señalar que se establecen cuotas módicas principalmente para los crónicos no

rehabilitables por lo que representan de conflicto en el orden social estableciendo inclusive rebajas hasta de un cincuenta por ciento cuando los problemas económicos planteados son confirmados por el estudio de una trabajadora social.

A continuación reproducimos los capítulos antes mencionados:

DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES MUTUALIZADOS AGUDOS

1. El ingreso de los enfermos psiquiátricos agudos mutualizados pertenecientes a cualquier clínica mutualista de la Habana, se efectuará libre de todo costo extra, a nivel de la Clínica Psiquiátrica de la Quinta de Dependientes.
2. Para tener derecho a esta asistencia será necesario:
 - a) Ser asociado de una Clínica mutualista y estar al día en el pago correspondiente.
 - b) Ser remitido por un psiquiatra o por cualquier otro médico de su Unidad, caso de no contar con esta especialidad.
 - c) Ser confirmado el diagnóstico de ingreso y la necesidad del mismo por el psiquiatra de guardia de la Clínica Psiquiátrica de la Quinta de Dependientes.
3. Los ingresos en la Clínica para agudos serán por un término no mayor de 90 días continuos ni de 120 días discontinuos en el curso de un año. Solamente podrá ser vulnerado este principio, por el acuerdo unánime de una Comisión que estará integrada por el Director del Distrito Seis, el Jefe de Servicio y el Psiquiatra de Asistencia, la cual se reunirá a petición de este último cada vez que sea necesario.

DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES MUTUALIZADOS CRÓNICOS

- J. Para tener derecho a este tipo de asistencia es necesario llevar más de dos años de asociado.
2. La solicitud de los ingresos de los pacientes psiquiátricos crónicos mutualizados, sellará por el Director de la Unidad a donde pertenezca el paciente a la Dirección del Distrito Seis, la cual podrá remitir el caso para su estudio a la Clínica Psiquiátrica de la Quinta de Dependientes, a los efectos de determinar la necesidad o no del ingreso y la rehabilitación o no del mismo.

Para realizar este estudio podrá ingresarse el caso en dicha clínica si se considera necesario, por un período no mayor de una semana.

Si se determinare el reintegro al hogar del paciente cuyo ingreso sea solicitado y esta determinación fuere rechazada por la familia, se procederá al estudio del medio por una trabajadora social y la solución final del caso se ejecutará por la Dirección Distrital.

3. Los ingresos de enfermos psiquiátricos crónicos mutualizados, cumplidos los requisitos anteriormente expuestos, se harán libres de todo costo extra para los asociados de aquellas Unidades donde siempre se les reconoció tal derecho, o sea, Quinta de Dependientes, Covadonga, Benéfica, Hijas de Galicia y Quinta Canaria.

En cuanto a los asociados de otras mutualidades, abonarán la cuota correspondiente con un 25% de descuento, pudiendo, si así se solicita, aplicar las normas a que se refiere el epígrafe 3 del Capítulo 5.

4. Las altas de los pacientes crónicos mutualizados se realizarán siguiendo el criterio psiquiátrico, complementado por el estudio socioeconómico del medio y serán o no ejecutadas una vez cumplido este requisito por una comisión constituida por el Director del Distrito Seis, por el psiquiatra de asistencia y por la trabajadora social que hubiere realizado el mencionado estudio socioeconómico. Esta comisión se reunirá cada vez que sea necesario a petición del psiquiatra de asistencia.

DE LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES PENSIONISTAS AGUDOS

1. Para el ingreso de un paciente psiquiátrico agudo como pensionista en cualquiera de las Unidades donde se brinda este tipo de servicio, será necesaria la orden de ingreso de un psiquiatra o la solicitud por parte de un familiar responsable al Departamento de Admisión del Distrito.

Los epígrafes 2, 3, 4 y 5, se refieren a cuotas por hospitalización, tratamientos, exámenes complementarios, etc., por lo que no los transcribimos en este trabajo.

6. La atención psiquiátrica de los pacientes pensionistas será realizada por los psiquiatras de la Unidad como una función inherente a su contratación, no pudiendo por consiguiente percibir ninguna remuneración adicional.
7. En el caso de que un psiquiatra ajeno al Servicio ingrese un caso, podrá él libremente cobrar la asistencia del mismo, sin que la Unidad tenga intervención alguna en la fijación de dichos honorarios ni en la gestión de cobro de los mismos. En este caso el

psiquiatra de asistencia tendrá el deber de confeccionar la historia clínica completa de su paciente. la cual quedará en los archivos del Distrito una vez egresado el paciente.

Como puede apreciarse por la parte del Reglamento que hemos transcrita se introducen en él aspectos que consideramos de gran importancia como el no limitar al criterio estrictamente psiquiátrico las altas de crónicos sino complementarla mediante un minucioso estudio socioeconómico del medio siendo obvio a nuestro juicio la corrección de este método así como el crear la posibilidad de solución mediante cuotas susceptibles de ajustarse a una economía reducida de casos de crónicos 110 rehabilitares, principalmente ancianos psicóticos. cuya solución era hasta ahora difícil no obstante el conflicto que ocasionan frecuentemente estos enfermos en el medio familiar.

CONCLUSIONES:

Primera: Que la influencia de nuestra revolución hizo posible terminar con la discriminación que en lo que a la asistencia psiquiátrica se refiere sufrían más del 50% de los asociados de las Clínicas Mutualistas.

Segunda: Que de la misma manera ha sido posible mejorar progresivamente la calidad de esta asistencia.

Tercera: Que con la intervención de los Sanatorios privados para enfermos mentales, se terminó con una larga etapa de explotación, abuso y abandono que

predominaba en este sector de la asistencia psiquiátrica.

Cuarta: Que por primera vez en nuestro medio se está llevando a cabo una organización asistencial psiquiátrica basada en el desarrollo de unidades independientes, para la atención de enfermos agudos, crónicos rehabilitables y crónicos no rehabilitables.

Quinta: Que la introducción de los métodos de ergoterapia y su proyección productiva humanizará la vida de mi gran número de enfermos mentales crónicos, logrará el reintegro a la sociedad como ciudadanos útiles de una proporción apreciable de los mismos y coadyuvará a la costeabilidad de nuestras instituciones psiquiátricas.

Sexta: Que el éxito que confiamos en obtener de una institución de crónicos autogobernada aparte de la importancia que tiene como método revolucionario en este tipo de asistencia, será determinante para la comprensión por parte de la familia y de la sociedad, de los enfermos mentales.

Séptima: Que teniendo en cuenta que el mutualismo resuelve el problema asistencial de más del 50% de la población de la Gran Habana y de más de cuatrocientos mil asociados en el interior de la República es necesario contar cada vez en mayor medida aunque de acuerdo a las posibilidades actuales, con la comprensión y el apoyo de los distintos organismos psiquiátricos y del Ministerio para el mejor éxito de nuestros planes, muy especialmente en lo que a las necesidades de psiquiatras se refiere.