

Situación de la atención a la salud mental

Iñaki Markez



Publica: Manu Robles-Arangiz Institutua
Barrainkua, 13
48009 BILBAO
www.mrafundazioa.org

Imprenta: Bilbograf
ISBN: 978-84-936523-4-0
Dep. Legal: BI-3573-09



Documento n° 19
Bilbao, diciembre de 2009

Publikazio hau Osasun Mentalari buruz ELAn egindako jardunaldi baten emaitza da. Horretan, testuaren egilea den Iñaki Markezek gure militanteekin zenbait hausnarketa partekatu zituen osasun mentalaren zerbitzuak osasun sistema publikoan, eta zehatzago, EAEko Osakidetzan duen egoerari buruz.

Datozen orrietan ikusiko dugunez, kostu/mozkinen logikak ez du balio biztanleen oinarritzko beharrezan aurre egiteko, ezta osasun mentalaren arloan ere. Gaixoari eman behar zaion arreta osasunerako eskubidearen baitakoa den harreman batetan oinarritu behar da, ez borondate onaren baitakoan.

Gaur egungo osasun mentalaren laguntza-sarea ez dago modu egokian artikulatua, nahikoa ez den aurrekontu batekin eta zerbitzu-erakunde banandu eta aurrekontu banandudunekin. Gauzak horrela, zerbitzua integrala izan beharrean, ez du behar besteko kalitatetik eskaintzen.

ELA Osakidetza

PRESENTACIÓN

La presente publicación nace fruto de una jornada sobre Salud Mental celebrada en ELA y en la que su autor, Iñaki Markez, compartió con nuestros militantes sus reflexiones en torno a la situación que atraviesa el servicio de salud mental en el sistema de salud público y, más concretamente, en la CAPV, en el ámbito de Osakidetza.

Las páginas que siguen, vienen a apuntar que la lógica del coste/beneficio no sirve como respuesta a la cobertura de necesidades básicas de la población, tampoco en el ámbito de la salud mental. La atención al enfermo se ha de dar en el marco de una relación basada en el derecho a la salud, no en la bondad.

La actual red asistencial en salud mental se caracteriza por su inadecuada articulación, que con un presupuesto sanitario insuficiente, acompañado de unas organizaciones de servicios separadas y con presupuestos independientes, redundan en un servicio que, lejos de ser integral, no ofrece la calidad necesaria.

ELA Osakidetza

Indice

Son muchos los trastornos atendidos	5
<i>Atención de No-enfermedades.</i>	5
Los datos.....	10
Necesidad de un modelo	11
Psiquiatría comunitaria como opción	13
Anotación de la Historia reciente	15
¿Dónde estamos hoy?	
¿Puede hablarse del fracaso del modelo médico?	18
<i>Ya 25 años</i>	19
Marco Referencial	21
Oferta y demanda	22
Análisis DAFO de los centros comunitarios (CSM)	23
Organización de los CSM	24
<i>Amenazas</i>	24
<i>Oportunidades</i>	25
<i>Debilidades</i>	25
<i>Fortalezas</i>	26
Necesidades	26
<i>Recursos de salud mental</i>	27
<i>Recursos humanos</i>	28
¿En qué sistema de atención estamos?	30
Entonces ¿qué hacer?.....	33
<i>Algunas claves</i>	35
Imagen social de las personas con trastorno mental.....	36
Discriminación en la atención comunitaria	38
Bibliografía	45

Situación de la atención a la salud mental

Iñaki Markez¹

SON MUCHOS LOS TRASTORNOS ATENDIDOS

Las personas con trastornos bipolares, esquizofrenias, abusos de alcohol y por otras drogas, depresiones mayores, experiencias disociativas, trastornos de personalidad, y otras alteraciones, se pueden acompañar de síntomas en forma crítica que, normalmente, son atendidas en un dispositivo de atención urgente de algún hospital o centro ambulatorio. También son atendidas esas, cada vez más frecuentes, descompensaciones tras la vivencia de sucesos vitales traumáticos (rupturas afectivas, pérdidas de personas queridas, frustraciones, accidentes, catástrofes, etc), reacciones frente a situaciones estresantes (despidos laborales, amenazas, ritmos laborales excesivos, carencia de recursos económicos...) o fragilidad en los mecanismos de adaptación por carecer de apoyos en el entorno sociofamiliar o poseer escasos recursos propios, eso que se llama una “débil personalidad”.

Atención de No-enfermedades.

Hoy se atienden muchos “otros problemas” que hace una o dos décadas no se atendían y no se consultaban. Se consulta y atiende por cuestiones asociadas a la andropausia, la menopausia o la timidez. Por problemas estéticos, de soledad, o conflictos laborales o en

¹ Médico psiquiatra, CSM de Basauri, Bizkaia, Osakidetza. Miembro de OME-AEN y de Osalde, Asociación por el Derecho a la Salud. imarkez@euskalnet.net

el ámbito familiar, por agresiones, consumos excesivos de alcohol u otras sustancias o acontecimientos estresantes. Hoy tenemos síndrome del quemado o síndrome postvacacional, síndrome de Ulises en población inmigrante o síndrome premenopáusico en mujeres, o síndrome de estar enfermo, y no entremos en la multitud de síndromes en la infancia y adolescencia,... el listado de nuevos trastornos anteriormente no considerados puede alargarse considerablemente. Muchos producen desajustes, sin duda, en nuestro funcionar del día a día, con cuadros desadaptativos que tienen notoria repercusión en quienes lo padecen.

Muchos de estos pacientes tienen problemas leves y hacen valer sus derechos lo que no ocurría hace unas décadas con los "locos" tradicionales. Esto en sí mismo hace que en la asistencia psiquiátrica aparezcan muchos pequeños conflictos anteriormente inexistentes. Y de ahí a la práctica defensiva o inapropiada existe poco trecho.

Me centraré en el contexto público donde los profesionales gestionan actuaciones y recursos sanitarios para que la población mejore su salud mental. Opino que en el contexto privado la opinión del "paciente" es clave en la indicación de tratamiento, que está condicionado por aspectos mercantiles donde el paciente puede llegar a solicitar psicoterapia y/o medicación para su mejoría. Se identifica la demanda de tratamiento con su indicación (Ortiz Lobo, 2008), quedando el terapeuta como expendedor de escucha o prescriptor legal de sustancias.

La atención a la Salud Mental desde concepciones comunitarias ha ido cambiando mucho en las últimas décadas, tanto en la Asistencia como en los ideales asistenciales a cubrir. Si tradicionalmente la Salud Mental ha estado alejada del interés del sanitario y del administrador, condenada a una zona de temor y aislamiento, con la Psiquiatría comunitaria apareció como un concepto amplio e interactivo, solo entendible en el contexto de toda globalidad de los cuidados posibles.

En los años 80, ayer mismo, los servicios psiquiátricos se hallaban en situación de organización paralela al resto de los servicios y de modo especial del primer nivel asistencial, la asistencia primaria. Esta situación de discontinuidad impedía atender al enfermo en la

globalidad de la persona y su sufrimiento, e impedía que muchos pacientes psíquicos fueran atendidos correctamente, sencillamente porque no tenían entrada ni cabida en el circuito asistencial psiquiátrico.

Ya el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) expresaba el principio de continuidad terapéutica y también propuestas y recomendaciones para “la protección de la Salud Mental en la Atención Primaria”. El equipo de Atención Primaria debiera estar capacitado para:

- Identificar los trastornos psicoemocionales y los componentes emocionales de los trastornos generales;
- Discriminar y llevar a cabo seguimientos de casos con o sin apoyo especializado;
- Derivar correctamente;
- Cooperar en el seguimiento y la rehabilitación;
- Participar en la evolución de programas de Salud mental.

Y es que la relación de la Salud Mental con el nivel de Atención Primaria de salud busca romper lo que de solución de continuidad tienen ambos niveles, dando un soporte al nivel primario para que asuma su nuevo papel en la salud mental

A pesar de las recomendaciones de la Comisión Ministerial, el problema fundamental quizá resida en el lento y escaso desarrollo y que modelo heredado dificultan la tarea en su origen, al ser definida la Salud mental como un modelo de apoyo al nivel primario. Así es entendible que cerca del 50% de los servicios de Salud Mental en 1990 aun no tuvieran vinculación alguna con la Atención Primaria, confirmando algo ya constatado en otros países y es que el nuevo desarrollo de centros de Salud Mental comunitarios no garantizaba la coordinación e integración de los equipos de Salud Mental con la Atención Primaria. Como decía M. Shepherd (1966) “el desarrollo de la atención al enfermo mental no pasa en estos momentos por la proliferación de servicios psiquiátricos sino más bien por el reforzamiento del papel que el médico general debe asumir en la atención a dicha patología”. No sólo el médico, debiéramos añadir.

Por otro lado, es importante y necesario conocer la demanda asistencial, así como la detección de nuevos casos, para estudiar quienes de ellos son susceptibles (y necesitados) realmente de atención por algún trastorno en la salud mental.

En los diferentes niveles de atención sanitaria son muchos los casos de pacientes con síntomas manifiestos o encubiertos asociables a enfermedad mental. Los especialistas estarían imposibilitados para una correcta intervención si la demanda asistencial fuera similar a los casos con sintomatología psíquica diversa e inespecífica. No cabe duda, ya estaba probado ampliamente en nuestro medio y también en el área occidental, que la demanda y consulta por patología psíquica es realizada principalmente en la Medicina General, frente a porcentajes reducidos que consultan directamente al psiquiatra o el equipo de salud mental. Los equipos de salud del nivel primario son la puerta principal para todos los problemas de Salud, los de Salud Mental incluidos, y por ello, desde el primer momento el abordaje puede ser integral.

Afortunadamente, el personal facultativo no psiquiatra y los equipos de Atención Primaria de salud atienden a la mayor parte de estos pacientes que demandan ser atendidos, siendo el 90%, o más, quienes reciben cobertura en los dispositivos extrahospitalarios y sólo un 10%, o menos, los atendidos por psiquiatras o hospitales psiquiátricos (Kielholz, 1985). A veces, que los trastornos mentales sean detectados o no es debido a las consultas realizadas por personal facultativo con dificultades para el diagnóstico psiquiátrico o que lo hacen "a la baja" en función del número de síntomas no correspondiendo, necesariamente, a la gravedad de la enfermedad. La ocasional desorientación y los problemas relacionados con diferentes profesionales en torno al paradigma teórico subyacente (Retolaza, 1990), además de la problemática de los propios servicios sanitarios, afectan a la misma organización asistencial.

Los estudios comunitarios de morbilidad psiquiátrica desarrollados ya desde los años 80 apuntaban a cifras del 10-25% de trastorno psíquico definido en la población general y aproximadamente del 50% al 60% con algún síntoma psíquico menor como insomnio, ansiedad, etc. Estas elevadas cifras reflejan en sí mismas una necesidad de intervención. Intervención realizable desde diferentes esta-

mentos profesionales, diferentes niveles de atención sanitaria o diferentes instituciones.

Cuadro 1
Prevalencia-año y prevalencia-vida
de los principales trastornos mentales

	Prevalencia año			Prevalencia vida		
	hombre	mujer	total	hombre	mujer	total
Depre. Mayor	2,15	5,6	3,96	6,3	14,5	10,5
Distimia	0,52	2,4	1,5	1,85	5,3	3,65
Cualquier trastorno Ánimo	2,33	6,25	4,4	6,7	15,8	11,5
Ansiedad Gen.	0,44	1,2	0,8	1,15	2,6	1,9
Fobia social	0,6	0,6	0,6	1,06	1,3	1,2
Tr. Estrés Postraumat.	0,25	0,94	0,6	1,06	2,8	1,9
Agorafobia	0,15	0,6	0,4	0,5	0,8	0,6
Angustia	0,4	0,98	0,7	0,95	2,4	1,7
Cualquier trast. Ansiedad	2,5	7,6	5,2	5,7	12,8	9,4
Abuso OH	1,4	0,05	0,7	6,4	0,95	3,6
Cualquier trastorno mental	5,25	11,44	8,5	15,7	22,9	19,5

Podemos decir que los trastornos mentales son frecuentes hoy día. Aproximadamente un 20% de la población padecerá un trastorno mental ansioso o depresivo en algún momento de su vida, y sobre un 10% lo ha padecido en el último año.

Sobre los trastornos mentales graves no es fácil localizar datos fiables. Se acepta que el diagnóstico psiquiátrico no está asociado a la gravedad clínica. Se atribuye mayor gravedad a trastornos bipolares y esquizofrénicos, pero hay otros muchos trastornos (depresivos, de ansiedad, de personalidad,...) que reúnen criterios de gravedad por la intensidad de síntomas o por consecuencias asociadas. De todos modos hay consenso para decir que los trastornos mentales graves afectan a un 2,5-4% de la población adulta.

Acercándonos a lo cualitativo del problema, un rasgo frecuente es la dificultad de separar en la demanda asistencial, en el primer nivel, lo "somático" de lo "psicológico". El reto y la responsabilidad

es saber si el equipo de atención primaria del Sistema Sanitario, es capaz de dar respuesta adecuada y eficaz a los trastornos mentales.

LOS DATOS

Al observar las consultas en últimos años comprobamos un crecimiento, año tras año, salvo en 2006, en el conjunto de Bizkaia (Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, SMEB), para el número de consultas programadas, las urgentes o las ausencias a consulta (tabla 1). Quienes acuden a consulta urgente, vienen a representar en torno al 2% en la provincia y las consultas programadas realizadas son casi el 90%.

Consultas en SME Bizkaia, según tipo de cita

	Programada	%	No acude	%	Urgente	%	Total
2002	303.637	90,3	26.122	7,8	6.673	2,0	336.432
2003	319.516	89,8	28.371	8,3	6.865	1,9	355.752
2004	318.704	89,4	30.710	8,6	7.062	2,0	356.476
2005	324.327	89,5	31.136	8,6	6.884	1,9	362.347
2006	316.620	89,0	31.552	8,9	7.608	2,1	355.789

Son muchas las actuaciones urgentes y, sin duda, son la puerta entreabierta a la intervención psicoterapéutica posterior en el nivel primario o en el especializado. Incluso son muchos los casos en los que la atención urgente es un momento repetido para el tratamiento de algunos enfermos crónicos.

**Pacientes en Servicio Extrahospitalario de Bizkaia
Atendidos en Consultas de Urgencias. 2006**

Edad	<18	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	<64	Total	Varón	Mujer
Ps. orgánica	1	1	2	5	1	4	48	62	18	44
Ps. afectiva	2	11	57	77	92	68	121	428 (22%)	145	283
Otras psicosis	20	30	151	207	157	84	111	760	392	368
Alcoholismo	0	5	34	129	159	84	49	460 (8,2%)	345	115
Otras toxic.	5	44	212	298	91	8	6	664 (11,8%)	513	151
Neurosis	91	101	318	486	417	296	459	2.168 (38,7%)	711	1.457
Tr. personalid	10	24	50	53	34	11	16	198 (3,5%)	110	88
Otros diagn.	69	21	39	37	19	17	10	212 (3,8%)	131	81
No consta	58	50	117	127	116	59	129	656 (11,7%)	293	363
TOTAL	256	287	980	1.419	1.086	631	949	5.608	2.658	2.950

El diagnóstico de la urgencia ambulatoria, siguiendo criterios CIE-9 y CIE-10 alcanza unas elevadas cifras (tabla 2). En el año 2006, fueron atendidos “de urgencia” a razón de 24 pacientes/día, en los diferentes centros de Bizkaia.

Han sido escasos los estudios realizados sobre epidemiología psiquiátrica y los realizados lo han sido sobre áreas geográficas muy pequeñas. En los años 90 desarrollamos algunos trabajos (Markez, Retolaza y Ballesteros, 1992, 1995) y más recientemente, en esta década ha habido trabajos sobre depresión en Cantabria, en personas sin hogar en Madrid, en Zaragoza en demencia y depresión, en la comunidad gallega... Siempre con poblaciones pequeñas y no representativas de la población del conjunto del estado.

Hay un estudio, el ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) realizado en 6 estados europeos, Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia cuyos resultados se han publicado recientemente (Haro y cols. 2006).

NECESIDAD DE UN MODELO

Si se desea analizar un Modelo de Salud, y un Modelo de Salud Mental, necesariamente tendremos que conceptualizar los términos que utilizemos, llegar a consensos sobre de que hablamos. Ahí están

los códigos de la OMS, ó de la APA, o los muchos debates desarrollados.

Existe confusión, no ya entre la población, sino entre los mismos profesionales que trabajamos en el campo de la Salud, entendiéndose como sinónimos términos que poco tienen entre sí (ver cuadro 2). Sin olvidar la diversidad de definiciones de “lo mismo” según modelos, escuelas orientaciones... o intereses en esto llamado Salud.

<ul style="list-style-type: none"> • PSIQUIATRÍA / SALUD MENTAL / HIGIENE MENTAL... • PSIQUIATRÍA SOCIAL • PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
<ul style="list-style-type: none"> • ANTIPSIQUIATRÍA • PSIQUIATRÍA ALTERNATIVA
= SALUD PÚBLICA = SALUD COMUNITARIA
<ul style="list-style-type: none"> • MENTAL COMUNITARIA

Se reflejan en esta relación términos que en ocasiones quieren expresar una misma cosa en nuestro lenguaje vulgar, pero que en realidad son conceptos muy diferentes.

Sin pretender un abordaje exhaustivo de lo que lleva aparejado el replanteamiento de la teoría y la práctica en la Salud (y enfermedad) mental dirigida a la comunidad, sí es oportuno tocar aquellos aspectos que a menudo forman parte de debates sociales y otros eventos agrupadores de sesudos profesionales, pero también son audibles en comentarios de calle o en la espera de tal consulta sanitaria.

La ciencia médica y la psiquiatría, cómo no, en el pasado y en el presente siguen aportando a la justicia y a su moral la objetividad y la credibilidad. Con los textos, con los libros, con su seguridad prepotente, se va adaptando a la sociedad contemporánea.

Igual que las religiones, también la medicina juega su rol de elemento orientador y organizador. Los delitos, los pecados que con el tiempo dejan de serlo, las alteraciones de la Norma, las enfermedades que no lo son... han pasado y pasan por los tribunales de

Justicia con certificaciones médicas (del experto). La persona enferma hoy, fue delincuente ayer ¿o al revés?

Las personas afectadas por la locura, el desempleo o la drogadicción, ser usuario de drogas o tener comportamientos sexuales o sociales fuera de lo establecido por la norma significaba que pertenecían a la periferia del sistema y, en este, participaban de las bolsas de exclusión.

También acontecen grandes cambios institucionales desde los **años 60**, época en la que se dan los pasos de la última gran transformación del sistema psiquiátrico que daría lugar a la Psiquiatría Social o la Psiquiatría Comunitaria:

- El **Acta Kennedy de 1963** en USA (modificando la legislación y priorizando los Centros de S. M. Comunitaria) y la política de Sector de la asistencia en Francia son los grandes hitos en la planificación y ordenación de los servicios de S. M. Son hitos en la historia de la Psiquiatría occidental.
- En los años anteriores y tras la 2ª Guerra Mundial **se cuestiona el manicomio y la psiquiatría tradicional:**

Aparece el movimiento de Higiene Mental norteamericano (Beer...), las comunidades terapéuticas inglesas (Maxwell Jones), la psicoterapia institucional (Bonnafé...). El sustento del orden manicomial es la negación del valor de la palabra y acto del loco.

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA COMO OPCIÓN

El modelo de Psiquiatría Comunitaria es una opción política y técnica que, en aras de un mejoramiento del nivel de bienestar social del ciudadano/a y partiendo de un concepto integral y radical de salud pública, aprovecha hallazgos y aportaciones de la praxis y la investigación, permitiendo un mayor y armónico desarrollo de diversas formas de entender y abordar problemas de la salud y la enfermedad psíquicas: la psiquiatría comunitaria es un paradigma técnico, un servicio público integral en el campo de la salud mental, que acerca las estructuras psiquiátricas al usuario, a la comunidad.

Desde un enfoque comunitario los objetivos se orientan a la inclusión social, la participación activa en la comunidad, las redes sociales, así como en la mejoría de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales (VV.AA., 2008).

Características generales de la Psiquiatría Comunitaria

1. Responsabilidad sobre **una población**, la Comunidad.
2. Aumento de **instituciones asistenciales** (dispensarios, hospitales de día o de noche, talleres protegidos, centros específicos para niños, adolescentes, ancianos, toxicómanos, psicóticos... con extensión de su actividad a todo el espacio social.
3. Servicios asistenciales completos, adaptados a las necesidades, gratuitos, accesibles.
4. **Equipo multidisciplinar** (psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales,...) con desarrollo del trabajo en equipo.
5. Garantía de **continuidad de cuidados**.
6. Práctica comunitaria tendente a **evitar la hospitalización** y sus aspectos costosos.
7. **Participación** del consumidor/a en decisiones sobre necesidades y de cuidados.
8. **Vinculación** con otros servicios y colectivos sociales.
9. Atención desde los **factores grupales y medioambientales**.
10. Se prioriza la **prevención** consecuencia del modelo de Salud pública.

Hace años que se lograron consensos sobre el Modelo para la Sanidad Pública en sus grandes líneas. Las asociaciones para la defensa de la salud pública lo vienen defendiendo hace un cuarto de siglo, también en la salud mental, o por lo menos algunos colectivos profesionales defensores de la psiquiatría comunitaria. El Informe del Ararteko al Parlamento Vasco del año 2000² lo hacía explícito: Existe consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que ha de ser universal, público, integral, comunitario, eficaz, equitativo y evaluable aunque este consenso no siempre se traduce en definir prestaciones en base a las necesidades, planificación y financiación de servicios a ofertar y la obligada evalua-

² Ver I. Markez, M. Póo; J. Ariño y otros: Atención comunitaria de la enfermedad mental. Informes extraordinarios del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2000.

ción. Aquel fue un documento elaborado basándonos en las opiniones de centenares de agentes sociales implicados en la salud mental: pacientes, familiares, profesionales y gestores. Amplio documento, al alcance de interesados, quizá escasamente conocido, incluso por el ámbito político, sector al que fue dirigido por la institución del Ararteko.

ANOTACIÓN DE LA HISTORIA RECIENTE

Tras la 2ª Guerra Mundial, desde los años 50, se cuestiona ya el manicomio y la psiquiatría tradicional basada en prácticas custodiales y coercitivas frente a los “desviados”, en tanto que no ponía en peligro el poder establecido. Los cambios sociales y políticos se hacen notar: menos dictadura y más democracia era un lema de la época.

Entre sus defensores iniciales se plantea como una medida crítica frente al manicomio y a la cárcel. Sería un motivo de confianza para la sociedad ante expansionismos que toma la delincuencia. Se alegaba que “desaparecerían las “personalidades patológicas”, los criminales natos, los vagabundos natos, los eréticos, las prostitutas congénitas, los dipsómanos, los epilépticos, los fantaseadores, los sentimentales, entre quienes se encuentran los que tienen tendencia al doble suicidio (jóvenes que matan a su amada y se matan después), los psicasténicos, los histéricos y en general los degenerados con todas sus taras”³.

Durante varias décadas la polémica estuvo presente. El mismo Pío XII salió al paso del tema. “El hombre no puede emprender sobre sí o permitir actos médicos -psíquicos o somáticos- que sin duda suprimen pesadas taras o enfermedades físicas ó psíquicas, pero suponen al mismo tiempo una abolición permanente o una disminución considerable o duradera de la libertad”.

En 1954, época de **Nacional catolicismo**, ya se dio un Curso de Neuropsiquiatría Forense y Criminológica en la Universidad de Madrid con dos intervenciones sobre la ética del médico en los tra-

³ Excelsior, 20-9-42, de México. "El Dr. Oneto Barenque nos da su opinión".

tamientos psiquiátricos. Sin duda, se buscaba el beneplácito para la práctica de ciertas medidas “correctoras”. A modo de orientación, este párrafo: “Creemos que es lícita la práctica de psicocirugía en las actuales circunstancias para los caos en que la den por indicada los médicos de buena conciencia”⁴.

La atención se pretendía comunitaria; en los hospitales psiquiátricos surgen los talleres y, tras el Acta Kennedy de 1963 en EE.UU. modificando la legislación y priorizando los Centros de Salud mental comunitaria, y la política de Sector de la asistencia en Francia, que son los grandes hitos en la planificación y ordenación de los servicios de salud mental. Son hitos en la historia de la Psiquiatría occidental y tras ellos se irán produciendo la gran transformación del sistema psiquiátrico.

Hay mayor conciencia en los colectivos sociales, mayor actitud reivindicativa, un aumento de Servicios Asistenciales y también desaparecen algunas estructuras sociales.

En los años 60 se pensaba que, para superar el modelo psiquiátrico manicomial imperante y la crítica al modelo médico-psicológico, era preciso transformar dicho modelo y la práctica psiquiátrica. Pero eran imprescindibles profundos cambios políticos. Y se entendían las luchas en el campo psiquiátrico como una parte de las luchas antifranquistas del momento. Esto da lugar a corrientes transformadoras en torno a las llamadas Psiquiatría Social y la Psiquiatría Comunitaria.

La atención pública se va generalizando y reemplazando a instituciones de beneficencia, aumentando otras instituciones que irán cubriendo -psicologizando a menudo- sistemas que se ocupan de las conductas desviadas al objeto de ir normalizando muchas facetas de la vida. Son los sistemas sanitario, penitenciario, pedagógico, psiquiátrico, etc.

Algunas formas de atención asilar y sus espacios cerrados irán desapareciendo, dando paso a importantes **cambios en las estructuras asistenciales**: muchos planes asistenciales y de reforma psiquiátrica, proyectos legislativos, movimientos de psiquiatras o

⁴ Zalba, M. (1955): "Los tratamientos psiquiátricos y la Moral". Curso de Neuropsiquiatría Forense y Criminológica, Madrid, pp 661-679.

auxiliares o... son algunos exponentes de cuestionamiento de modelos anteriores.

En los años 80 parece que originariamente había confluencias entre la voluntad política por efectuar cambios en Salud mental y los sectores sociales en ellos interesados. Hay un marco constitucional y jurídico más definido que puede posibilitar la transformación institucional en la psiquiatría (la misma Constitución señalaba la igualdad de toda la ciudadanía y su derecho a la salud (Artº 43). En 1982, algunas administraciones autonómicas inician planes de reforma psiquiátrica (posteriormente frustrados desde la propia Administración). Entonces, en 1985, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que elaboró un proyecto favorable a una reforma real.

Sin embargo, la Ley General de Sanidad (LGS) en 1.986 se olvidó de la ansiada Reforma psiquiátrica. Como detalle, en la LGS sólo en un artículo se habla de salud mental y que ha de ser comunitaria. Se “passó” de los hospitales con un silencio cómplice. Las autocensuras y pactos con sectores que no apoyaban una reforma sanitaria profunda y digna obtuvieron su objetivo. En la práctica la Administración -con numerosos dinamizadores de la Reforma ya integrados- era la única artífice de los posibles cambios, no tuvo en cuenta a sectores profesionales críticos, ni favoreció el movimiento participativo.

Así hasta llegar a la década de los 90, la ‘década del cerebro’, nos dijeron, y después nos hemos situado en la década del psicofármaco. Hemos entrado en una situación en la que la medicalización de la vida cotidiana, la psiquiatrización de la vida cotidiana, tiene un peso social impresionante... aunque también podemos tratar de salir de ella.

Los movimientos alternativos necesariamente debieron plantearse enfrentarse a muchos mecanismos del sistema ideológico que otras teorías no cuestionaban, sino reforzaban. Me refiero a aspectos sobre la democratización interna de las instituciones, la conexión de las mismas con los movimientos liberadores que trabajaron por abolir contradicciones sociales, combatir mecanismos de segregación, actuar por la reinserción, en los diferentes medios de la vida

de las personas psiquiatrizadas, intervención en y de la comunidad, etc.

- Una mejor asistencia psiquiatría pública que atendiera a los usuarios en su comunidad con buen conocimiento de la realidad social, podría alcanzar un nivel de competitividad que resultaría irresistible para la psiquiatría privada. No hay temor para los psiquiatras privados, nada apunta a que desde la Psiquiatría pública se vayan a dar pasos en ese sentido. Y menos aún desde la Administración.
- Claro que el avance neoliberal en algunos lugares está destrozando lo logrado tras tres décadas: Madrid es hoy un referente para preocuparse por si en otras comunidades siguen el mal ejemplo de concertaciones con el sector privado, ya demostrado que no es la solución.

¿DÓNDE ESTAMOS HOY?

¿PUEDE HABLARSE DEL FRACASO DEL MODELO MÉDICO?

- En gran medida la Psiquiatría se constituye como ciencia sin romper con nada, adaptando un cuerpo teórico de otra ciencia: la medicina. De ese modo aparece como una rama de esta. Es el modelo médico de enfermedad. Así el diagnóstico se realizará en función de conductas y rasgos conductuales de la persona. Los psicofármacos (desde los años 50) han penalizado la figura del psiquiatra-médico. Este es el lado débil, sobre todo desde los años 90.
 - Nos encontramos con que el modelo sanitario está sufriendo grandes transformaciones por la tendencia internacional a mercantilizar la salud y la provisión de los servicios sanitarios. Donde antes hubo vocación de servicio público ahora son áreas de negocio (Retolaza, 2008).
 - Ni la psiquiatría organicista o biologicista que sigue estrictamente el modelo médico sirve para “curar” la enfermedad mental.
 - Hoy son muchas las corrientes y escuelas de pensamiento psiquiátrico, que han ido creando un importante cuerpo teórico “sin la honorabilidad médica” (el más desarrollado es el
-

psicoanálisis). Pero no obstante, la psiquiatría positivista sigue en el poder de la asistencia pública psiquiátrica.

- La formación pre, post y continuada, así como la pérdida de autonomía y la asalarización de los profesionales sanitarios influyen en las condiciones de trabajo, del trabajo que se pretende terapéutico y rehabilitador.
- Un modelo, como dice Retolaza (2008) donde la eficiencia (según gerentes y administradores) y la satisfacción de los usuarios nunca son establecidas por los profesionales.

Ya 25 años

En estos momentos de aniversarios en la salud mental, y también de críticas desde diversos ángulos hacia los responsables de la Sanidad Pública en la Comunidad Autónoma del País Vasco (también en otras Comunidades Autónomas aunque sea por motivos muy diferentes) es adecuado rescatar algunas valoraciones ya señaladas en el referido Informe del Ararteko al Parlamento Vasco del año 2000:

- *El débil desarrollo de modelos comunitarios con una apreciable involución hacia abordajes biológicos, predominancia farmacológica, con escaso apoyo psicoterapéutico e insuficiente desarrollo de dispositivos para la rehabilitación y reinserción, está cuestionando el movimiento comunitario desarrollado en décadas precedentes, con interrogantes sobre su causalidad: ¿convicción científica o ideológica, o por el contrario se trata de estrategias para la reducción de los costes?*
- *En un modelo donde se critica la incomunicación entre sus protagonistas, con actuaciones emanadas de la iniciativa de los clínicos, gestores alejados de las demandas y necesidades, usuarios que conocen lo que desean y una industria farmacéutica con gran influencia en el desarrollo asistencial, es una necesidad imperiosa la responsabilidad de todos los estamentos: gestores, profesionales y usuarios de los servicios de salud mental.*
- *Es sabido que un elevado número de pacientes con trastornos mentales es atendido en el nivel primario de la atención a la salud, pero también es conocida la dificultad manifiesta del nivel primario para*

identificar, valorar, atender o derivar la demanda al nivel especializado.

- *El motor del cambio en la atención a la salud mental, en sus procesos de desinstitucionalización, en ningún caso ha de ser la reducción de los costes asistenciales porque por esa vía aumentan los riesgos de exclusión. La lógica del coste/beneficio no da respuesta a las necesidades básicas de las poblaciones afectadas. Claro que costes es diferente a inversiones. Si no, baste traer la actual situación de la Comunidad de Madrid (7 hospitales privados, con personal ajeno, de la sanidad pública, mientras inutiliza varios centros de salud mental), o los ceses en el hospital psiquiátrico de Leganés, modelo internacional de un proceso de reforma psiquiátrica. La Comunidad de Madrid ha hipotecado la salud de los madrileños durante los próximos 30 años. Mediante los conciertos de la Administración Pública con los gestores privados, los madrileños pagarán el alquiler de los hospitales privados, privados también de camas, de pruebas diagnósticas y otros equipamientos, privados de personal propio.*
- *Los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos normalizados. La relación es desde el derecho a la salud, no desde la benevolencia.*

Son breves retazos de una realidad que se vuelven a constatar. La cuestión es que precisamos mejorar ampliamente un **Modelo de Sanidad Pública** sostenido por el voluntarismo de profesionales, muchos de ellos quemados, que es insostenible con los recursos actuales. Con un sistema de contratación de personal (OPE, listas,...) regulado por ley, que trata de ser justo y ofrecer igualdad de oportunidades, pero la realidad es que, en vez de consolidar, desestructura repetidamente los equipos y la atención misma, dejando rara vez satisfechos a profesionales y/o a pacientes.

Han sido abundantes los comentarios críticos sobre la organización, la valoración del euskera (en un sistema escasamente favorecedor de la euskaldunización de su personal), los contenidos de los exámenes, etc. Con malestar bastante extendido entre los colectivos de psiquiatría, psicología y enfermería por las características de pruebas teóricas a la que han de someterse demasiados profesiona-

les con muchos años de trabajo a sus espaldas. Cabe discutir sobre la idoneidad de estas pruebas respecto a los puestos a cubrir, resultando cuestionables en sí mismos este tipo de OPEs.

Al tiempo son precisas **inversiones**, crecimiento de plantillas y la optimización de los actuales recursos. Y alejarnos de la “falsa eficiencia” en las políticas de personal, que no han de quedar por encima del adecuado funcionamiento de programas y servicios, especulando con interinidades y contratos en precario o inadecuados con las prestaciones que exigen. Las plantillas pueden y debieran adecuarse a los objetivos y necesidades de los centros, servicios y programas asistenciales y/o integrales. Hay quienes seguimos defendiendo la Sanidad Pública reclamando mayores desarrollos. También comprobamos que hay quienes aspiran a beneficiarse de ella, sin más. Y mucho personal que, sencillamente, va dejando que corran los años. ¡Qué lejos quedan aquellas corrientes de defensa activa de las iniciativas en atención primaria, de la salud comunitaria, de la participación e iniciativas sociales...!

MARCO REFERENCIAL

Hoy nos movemos en un Modelo Mixto, a caballo entre otros dos modelos a la hora de abordar la crisis. Entre el modelo Médico tradicional, centrado en la atención individualizada y con el fármaco como protagonista, y el modelo Comunitario, dirigido no solo a la persona sino también al entorno próximo. El modelo asistencial psiquiátrico, anteriormente centrado en los manicomios tradicionales, se ha orientado hacia la atención comunitaria, siendo los servicios de urgencias elementos esenciales de las redes de Salud Mental.

Sus referentes son, o debieran ser, la psiquiatría comunitaria y la integración en el sistema público de salud.

1. **Psiquiatría Comunitaria** y lo que debiera ser:

- La Comunidad o Colectividad como centro de atención
- El C.S.M., los centros comunitarios, como eje del sistema de cuidados

- Sectorización, con un territorio bien definido para la asistencia integral y con responsabilidades frente a una determinada población
 - Compromiso asistencial a corto, medio y largo plazo
 - Trabajo en equipo siendo el abordaje de carácter multidisciplinar
 - Vinculación permanente con otros servicios sanitarios, sociales y comunitarios
 - Participación de los miembros de la Comunidad en la resolución de los problemas de salud mental
2. **Sistema Público de Salud**, contando con:
- Desarrollo planificado orientado por un Plan de salud Aseguramiento Público: Universal, gratuito y equitativo
 - Financiación garantizada por poderes públicos
 - Prestaciones bien definidas. Provisores adecuados a las mismas
 - Jerarquía clara y explícita de prioridades asistenciales
 - Dispositivos y Servicios integrados e integrales: ambulatorios, hospitalización (total y parcial), subespecialidades, etc.
 - Continuidad de cuidados a lo largo de todo el proceso

OFERTA Y DEMANDA

En la atención de urgencia o normal en los Centros de Salud Mental (CSM), la demanda solicita intervención a la espera de que en el momento se aporten medidas que permitan resolver su malestar. Un indicador de actividad es el número de consultas, y en la Comunidad Autónoma del País Vasco se da un mayor número de consultas comparado con otras CC.AA., con buenos registros y atención de urgencias.

Pero el CSM, el servicio extrahospitalario de salud mental, también tiene limitaciones:

- Demanda creciente con elevada presión asistencial desde Atención Primaria.

- La accesibilidad a los servicios sanitarios favorece una creciente demanda de atención difícil de contener.
- Acumulación de pacientes antiguos. Las dificultades organizativas generan consultas repetidas
- Actuaciones terapéuticas determinadas por “el fármaco”
- Gestiones burocráticas crecientes
- No crecimiento de recursos

En unas agendas sobrecargadas, sin crecimiento en los equipos, se dificulta la atención intensa y precisa para los casos urgentes.

Consecuencia de todo ello es que hoy día el Centro de Salud Mental no es el eje del sistema de cuidados. ¡Qué lejos están aquellas ideas de los años 70 y 80 sobre Servicios asistenciales de “puertas abiertas” para la comunidad!

ANÁLISIS DAFO DE LOS CENTROS COMUNITARIOS (CSM)

El análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) tiene por objetivo concretar la evaluación de los puntos fuertes y débiles de una empresa, servicio o programa (competencia o capacidad para generar y sostener sus ventajas competitivas) con las amenazas y oportunidades externas. Las fortalezas y debilidades internas resultan importantes, puesto que pueden ayudarnos a entender la posición competitiva de nuestra empresa en un entorno concreto.

Matriz Dafo	Amenazas	Oportunidades
Puntos fuertes	Estrategias defensivas	Estrategias ofensivas
Puntos débiles	Estrategias de supervivencia	Estrategias de reorientación

La matriz DAFO por columnas se establece el análisis del entorno (1ª columna: Amenazas, 2ª columna: Oportunidades) y por filas el diagnóstico del centro (1ª fila: Puntos fuertes, 2ª fila: Puntos débiles). Así establecemos 4 cuadrantes que reflejan las posibles estrategias a adoptar por el CSM, el centro de atención comunitario de mayor demanda:

- 1-1 **Estrategias defensivas:** el centro está preparado para enfrentarse a las amenazas.
- 1-2 **Estrategias ofensivas:** la posición en la que todo centro quisiera estar, adoptando estrategias de crecimiento.
- 2-1. **Estrategias de supervivencia:** el centro se enfrenta a amenazas externas sin las fortalezas internas necesarias para luchar contra la competencia.
- 2-2 **Estrategias de reorientación:** al centro se le plantean oportunidades que puede aprovechar pero sin embargo carece de la preparación adecuada. Debe establecer un programa de acciones específicas y reorientar sus estrategias anteriores.

ORGANIZACIÓN DE LOS CSM

Señalamos resumidamente algunos puntos fuertes y débiles, además de las amenazas y oportunidades que nos puedan orientar acerca de la situación actual de los CSM, los centros comunitarios.

Amenazas

- Presupuesto Sanitario menor a la media europea
 - Riesgos de descapitalización o de reorientación de la financiación pública hacia recursos de la Sanidad privada
 - No existen liderazgos sólidos en el sector de la Salud mental
 - La Salud mental no es una prioridad política (diferente a la aparición de grandes titulares en prensa ocasionalmente). No porque no haya problemas, sino porque la confrontación se orienta más hacia cuestiones monetarias.
 - Cultura “pro fármaco” elevada con un gasto farmacéutico elevado. El uso de medicamentos genéricos está poco implantado en esta especialidad
 - Prestaciones psicosociales: riesgo de que no se consideren sanitarias
 - Reduccionismo médico: separación procedimientos de lo médico/social
-

-
- Bajo gasto social. Escaso porcentaje para ayuda familiar
 - Escasa participación ciudadana

Oportunidades

- Financiación pública. Compromisos y garantías según la ley
- Presupuesto diferenciado para Salud Mental
- Plan de Salud 2000-2010 que incluye objetivos de Salud mental
- Plan Estratégico de Salud Mental 2004-2008. Y elaborándose el próximo.
- Creciente interés ciudadano por los DD. HH. y la Salud Mental
- Capacidad organizativa de algunas asociaciones de familiares y usuarios
- Validación científica de técnicas de tratamiento y rehabilitación
- Recomendaciones de organismos internacionales (OMS, APA, FMSM...)
- Informes del Ararteko sobre pacientes psiquiátricos graves (1992, 2000)

Debilidades

- Poco desarrollo de cultura de empresa pública centrada en el compromiso con la ciudadanía
- No Modelo de Servicios centrado en la Comunidad
- Organizaciones de Servicios separadas con Presupuestos diferenciados
- Desarrollo discrecional de servicios y recursos
- Déficit de recursos sociosanitarios
- Dificultades de coordinación en el ámbito intrasanitario y socio-sanitario
- Escaso apoyo a las familias con pacientes graves

- Débil desarrollo de procesos, programas y trabajo en equipo, con ciertas mejoras en los últimos años
- Déficit de personal
- Déficit de formación en algunos campos: técnicas comunitarias, rehabilitación, técnicas psicológicas de apoyo, técnicas grupales y sistémicas, gestión clínica...
- Déficit de formación planificada desde la Asistencia Pública
- Escaso consenso profesional sobre qué prestaciones (sanitarias o socio-sanitarias) son exigibles para el correcto cuidado del paciente con trastorno mental severo
- No hay evaluación de servicios y programas
- Queme, desmovilización y acomodación de profesionales
- No hay políticas activas de incentivación
- No hay dinámica interna de cambio

Fortalezas

- Red Asistencial consolidada y bien aceptada por los ciudadanos y que permite la “alianza terapéutica”
- Experiencia acumulada sólida y relevante.
- Calidad y competencia profesional de la mayoría de trabajadores
- Sistemas de formación MIR y PIR consolidados con rotaciones por Hospitales, CSMs, Centros de Día y de Rehabilitación
- Nuevos profesionales demandan trabajo y formación
- Nuevas profesiones en el sector
- Nuevos modelos de gestión con herramientas de control de calidad (EFQM...)

NECESIDADES

Ante este panorama, las necesidades son variadas. Más recursos, tanto humanos como materiales. Los espacios (despachos de consulta, de administración, archivos, espacios para grupos, bibliotecas...) han de mejorar mucho en muchos Centros comunitarios de

atención a la salud mental. También es posible y, ante todo, optimizar los actuales recursos.

Recursos de salud mental

Atendiendo lo que plantean Thornicroft y Tansella (2005) podemos fijarnos en los diferentes tipos de recursos:

Recursos Visibles

- **Presupuesto** (dinero absoluto para SM; Asignación proporcional con el total de gastos sanitarios...).
- **Personal** (nº de profesionales a cada nivel incluyendo a Atención Primaria).
- **Edificios y dispositivos.**
- **Equipamiento y tecnología** (investigación, diagnóstico y tratamiento).

Recursos invisibles

- **Enlaces** (entre S. sanitarios y sociales; entre s. especializados y AP).
- **Políticas y Normativas** (Leyes; Sistemas de organización y de calidad; Protocolos y guías de actuación).

Formación

- Una formación que esté orientada para:
 - Adaptarnos a nuevos modos de intervención con estrategias focalizadas frente a situaciones vitales: rupturas, duelos, enfermedades graves... O ante nuevas poblaciones, como es el caso de inmigrantes y otros ámbitos de la exclusión social.
 - Intervenciones más estructuradas para evitar la cronificación y estancias prolongadas en el CSM. También para evitar abandonos precoces.
- Mayor coordinación con Atención Primaria y hospitales.
- Mejor conocimiento de la farmacopea, sus indicaciones, sus efectos y, también, sus costes.

Conocimiento de técnicas de Intervención en Crisis, habilidades de comunicación, etc.

No olvidemos que las actitudes de los profesionales condicionan la implementación de iniciativas y nuevas tecnologías, en definitiva, de nuevos recursos para una mejor atención de la salud mental.

Recursos humanos

Las personas son el principal activo de un Servicio de Salud Mental. Interesa su número, su motivación, su formación, su competencia y su posibilidad de participación. Y lo cierto es que tenemos un déficit cuantitativo de profesionales en Osakidetza sobre todo si se compara con los países del mismo nivel de desarrollo económico: las carencias son abismales en los casos de profesionales de enfermería y de trabajo social (tabla 3).

Tasas de Profesionales por 100.000 hab. 2005

	CAPV	España OSM	Europa total	Países ricos	Mundo	AEN
Psiquiatras	10,8	6,34	9,8	10,5	1,2	15,25
Psicólogos	4,56	4,08	3,1	14,0	0,6	15,0
Enfermeras	17,81	7,85	24,8	32,95	2,0	27,25
Tr. Sociales	3,6	1,91	1,5	15,7	0,4	4,5

- **Europa total:** Región europea de OMS: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia, Bulgaria, Croacia, Chipre, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Israel, Italia, Kajastán, Kirkizia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Moldavia, Rumania, Rusia, San Marino, Servia y Montenegro, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Tayikistán, Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Reino Unido, Uzbekistán.
- **España OSM:** Datos del Observatorio de Salud Mental, patrocinado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- **Países ricos:** UE de los 15.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco el ratio profesionales/población es superior; se han creado unidades de hospitalización en los hospitales generales; se van desarrollando recursos intermedios (por iniciativas de asociaciones de usuarios y ONG's); existe una preocupación por una atención digna a la cronicidad; han sido creados nuevos dispositivos, Unidades de Trastornos de la Alimentación o la Unidad de Psicosis Refractarias, y la población parece estar razonablemente satisfecha del trato que se le dispensa... pero, a veces, da la impresión de que las iniciativas que se toman no obedecen a una programación que contemple las necesidades globales y, menos aún, a una planificación estratégica a varios años vista. Los profesionales se quejan, con razón, de no conocer las políticas sanitarias, pero los gestores no están en mejor situación.

Las necesidades de los profesionales sanitarios en general, de la falta de especialistas y de enfermería están en debate en los últimos meses. En ocasiones con excesiva simplificación de la realidad. No bastan tasas en función de la población. El número adecuado habrá que obtenerlo en función de las necesidades de salud de la población y de la práctica profesional que queremos y podemos. Alcanzar cifras adecuadas de recursos profesionales no depende sólo de cambios notorios en el acceso y desarrollo universitario. También habrá que desincentivar las migraciones de profesionales de los países en vías de desarrollo, o los desplazamientos a países o comunidades autónomas de mejor acogida, o medidas tendentes a desmedicalizar la vida cotidiana, o evitar la creación de falsas expectativas sobre este o aquel tratamiento, programa, centro asistencial.

Lo que actualmente existe es mucho, y los avances respecto a la situación de los años 80 han sido enormes y también lo fue la ganancia en la calidad asistencial. Pero ante una demanda tan elevada y creciente, con escasas inversiones y crecimientos en la última década, sin duda, la situación actual es muy mejorable, máxime cuando comienzan a ser notorias las dificultades de intervención: no hay tiempo para una adecuada asistencia.

Pero carecemos de información, de datos, sobre si las intervenciones terapéuticas o farmacológicas mejoran el malestar y además son escasas las investigaciones epidemiológicas que hayan estudia-

do la mejora en el pronóstico del malestar (Charlton et al, 2004), y todo porque una buena parte de lo atendido no tienen solución psiquiátrica ni psicológica (Segura, 1999) sino más bien de tipo social.

Además tenemos que considerar que los recursos asistenciales son limitados, y que los profesionales, al gestionarlos, hemos de considerar que unos pacientes necesitan mucho, otros, menos, y algunos posiblemente nada. Pero para esta consideración hemos de afinar mejor en los diagnósticos y en los tratamientos.

¿EN QUÉ SISTEMA DE ATENCIÓN ESTAMOS?

Los Sistemas Sanitarios son responsables de la calidad de vida, y nuestro sistema sanitario, en ocasiones, está cronificando la atención sin llegar a curar, centrado básicamente en el Hospital en vez de en la Comunidad: los hospitales psiquiátricos reúnen la mitad del presupuesto destinado a salud mental de los últimos años; es decir, suman tanto como la red de centros de salud mental, los servicios en los hospitales generales y los recursos intermedios juntos. Sin olvidar las debilidades en el ámbito sociosanitario.

Disponemos de una Red Asistencial consolidada y bien aceptada por la ciudadanía, y tenemos profesionales competentes y experimentados, en lo que toca tanto a infraestructuras como a recursos humanos y programas sobre salud mental, pero no tenemos una adecuada articulación con la actual red: la falta de gasto público sanitario suficiente, la coexistencia de organizaciones de servicios separadas y presupuestos independientes hacen inviable, también en este ámbito, recibir un servicio integral con la calidad que necesitamos.

El vigente **Plan Estratégico** para la asistencia psiquiátrica y la salud mental en la CAPV (2004-2008), en su Objetivo Genérico 1, titulado **La reorganización de la red**, dice textualmente: "La Red estructurará por áreas/zonas sanitarias sus dispositivos intra y extrahospitalarios en una organización integral, flexible y coordinada articulándose mediante Unidades de Gestión Clínica con sus responsables y presupuestos correspondientes que garanticen la accesibilidad y la continuidad de cuidados". A continuación se añade

que esta estructura organizativa se configurará sobre la base de sectores que contengan todos los dispositivos asistenciales necesarios, tanto hospitalarios, como ambulatorios, que se establecerá una jefatura/dirección por sectores y -en el caso de Bizkaia- un responsable territorial, manteniéndose la figura de responsable en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Los sectores que se definen en el Plan son los siguientes:

- Sector de Araba (todo el territorio)
- Sector de Gipuzkoa (todo el territorio)
- 4 sectores en Bizkaia (Uribe, Ezkerraldea-Enkarterri, Bilbao e Interior)

El Plan Estratégico habla de potenciación de estructuras comunitarias, entendiendo por éstas, servicios residenciales no hospitalarios y centros de día, como alternativa a la hospitalización de larga estancia. En la Comunidad Autónoma del País Vasco ha aumentado el número de dispositivos y la calidad asistencial (cartera de servicios, coordinación) de los centros comunitarios.

También menciona el necesario impulso a los programas de rehabilitación desde una asistencia comunitaria mejor coordinada, donde todos los dispositivos -incluidos los de rehabilitación, dependientes de hospitales- funcionen en red. Todo depende de la buena voluntad y de las ganas de trabajar, ambas tan escasas como efímeras cuando se observa la realidad. Aquí es donde se espera que los contratos-programa, la metodología del trabajo por procesos y las Unidades de Gestión Clínica solucionen los problemas. La Rehabilitación PsicoSocial es de tipo sanitario, pero dependiendo con frecuencia de asociaciones de familiares de enfermos mentales y otros organismos no lucrativos, así como de las diputaciones y ayuntamientos.

La integración laboral sólo cuenta con incipientes dispositivos para esta prestación, gestionados por entidades no lucrativas con financiación pública.

Hoy sabemos que muchos problemas de salud sólo se resolverán desde una perspectiva integradora y donde la oferta socio-sanitaria de servicios quede patente. Esto es necesario para muchos problemas actuales vinculados al envejecimiento de la población, a los

nuevos modelos familiares, la precariedad laboral que afecta particularmente a jóvenes e inmigrantes, la movilidad geográfica, etc. Y esto también está siendo atendido desde la psiquiatría pública, lo que requiere habilidades, conocimientos, nuevas actitudes y disposición hacia nuevas formas de trabajo.

En lo tocante a la reordenación del medio hospitalario, el Plan establece entre sus vías principales la reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas a la hospitalización. Se refiere a los hospitales psiquiátricos tradicionales. Parece lógico pensar que esta reconversión en estructuras alternativas, que no cabe concebir más que como comunitarias, debiera contar con una adecuada articulación con la actual red de SME en lo que toca tanto a infraestructuras, como a recursos humanos y programas. Pero nadie ha sido capaz, desde los inicios de la reforma psiquiátrica en Bizkaia o en la CAPV, de conseguir dar ese difícil paso. Entre otras cosas porque organizaciones de servicios separadas y presupuestos independientes parecen haber condicionado -hasta la fecha- la falta de una adecuada estructura asistencial en este sentido. En este punto es preciso recordar que los presupuestos de los hospitales psiquiátricos vienen suponiendo en los últimos años aproximadamente la mitad de todos los destinados a salud mental, es decir, suman tanto como la red de centros de salud mental y las unidades de hospital general juntas.

Tenemos un Presupuesto Sanitario menor que la media europea, y aquí reside una causa principal de la situación de la sanidad pública vasca: sin recursos suficientes no es posible hacer frente a las necesidades de la ciudadanía en este ámbito, sobre todo si la demanda asistencial va en ascenso y no se corresponde con un incremento, ni de recursos humanos, ni de infraestructuras coordinadas. En este sentido, el gasto público y el global destinado a salud es tan sólo el 5% del PIB; sólo superamos a Grecia en todo el ámbito de la Unión Europea de los 15. La inversión en la Sanidad Pública vasca debiera crecer al menos en 2 puntos sobre la inversión actual.

La falta de un gasto sanitario suficiente, unido a un desarrollo discrecional de servicios y recursos, y las dificultades de coordinación en el ámbito intrasancitario y socio-sanitario, lleva a la desmotivación y al queme de los y las profesiones, que ven cómo sus agen-

das están cada vez más sobrecargadas y los equipos de profesionales no se incrementan. Esto se traduce en una atención asistencial más deficiente.

Por otro lado, que exista financiación específica para Salud Mental es de gran interés, representando el 5,3% del total de la sanidad (2006).

ENTONCES ¿QUÉ HACER?

Decía Franco Rotelli en 1986 en Sevilla que “la ideología psicoanalítica” es un modelo cultural que intenta interpretar la locura pero no tiene en cuenta la existencia de la gente. Por otro lado, el modelo técnico intenta solucionar la clausura de la locura con otra clausura peor, la del manicomio⁵, pero entonces ¿qué hacer?

Algunas “**orientaciones**” a modo de ideas que recuerdan a aquellas épocas de la Reforma psiquiátrica, a aquellos años 80:

- Los profesionales de la salud habitualmente somos cómplices del sistema: vaya la autocrítica por delante. Lo que significa hablar como médico, de quienes tenemos voz... Otra consideración: quienes mucho nos pueden ayudar son los propios marginados.

Pero además, los médicos (en concreto) tenemos un poder real. Utilizable en un sentido u otro. De interés para hacer salud o para mantener una posición de privilegio. Los servicios públicos, los centros de salud, los médicos... son (somos) recursos válidos para los (inter) cambios sociales.

- Pero hay que repartir el poder. Que no quede entre cuatro paredes o en la Terapia aunque sea efectiva y “democrática”. Hay que dar más poder a quienes más están con el paciente, a quienes están incluso las 24 horas: enfermería, cuidadoras...

A veces habría que haber pensado menos en la destrucción de los muros del manicomio y más en la ruptura de nuestras “equilibradas” cabezas.

⁵ Diario 16. 4/6/86. Entrevista a F. Rotelli con ocasión del Resseau Internacional del Alternativas a la Psiquiatría. Sevilla

- Si nuestras palabras y acciones tienen un peso social significativo, ello quizá exija a veces medir lo que decimos y hacemos para evitar erróneas utilizaciones.
- Tampoco hay que dejar que todo quede reducido a un problema técnico de competencia de la Administración.

Aunque los agentes tradicionales de las transformaciones están en retirada en los últimos tiempos: han aportado poco, no mucho más allá de debates o discusiones parlamentarias o en los medios de comunicación; el tradicional movimiento asociativo ciudadano casi no existe,... Solo algunos pequeños colectivos de usuarios, profesionales, etc., entre los cuales las Asociaciones de FEDEAFES son ejemplo a seguir. Pero además de tesón y voluntad se han de recoger muchas más energías para ir recogiendo frutos.

Es muy posible que una alternativa más “popular” a la Psiquiatría y a la Psicología requiera que en la Comunidad haya organizaciones sociales con peso específico importante. Frente al proceso de individualización a que nos somete esta sociedad, es indispensable el asociacionismo para, al menos, empezar por cuestionar el carácter individual de la locura y su relación con las contradicciones sociales.

Durante **2008** los primeros centros ambulatorios de la red de salud mental de Bizkaia cumplieron **25 años** (caso de los Centros de Salud Mental de Uribe, de Santurtzi y de la Comunidad Terapéutica de Manu-Ene...). ¿Ha llegado ya a una fase de **madurez** la Salud mental extrahospitalaria? Sí, si sabemos apuntalar las fortalezas y minimizar las debilidades, la más importante de las cuales se relaciona con la **dispersión** de la red, que condiciona no sólo la distancia física, sino la excesiva variabilidad de formas de trabajo. En la actualidad se está empezando a extender por los servicios la metodología de la **gestión** por procesos, avalada por las Q de Euskalit a la calidad.

Los compromisos y la calidad en la **docencia** MIR, PIR y EIR, así como la de los médicos de familia, que resulta estratégica para el futuro, son crecientes. No obstante, es escaso el nº de plazas de Formación MIR, PIR y EIR.

Falta -como en la mayor parte de organizaciones de servicios de Osakidetza- un suficiente desarrollo de la **investigación**; La Comunidad Autónoma del País Vasco tiene Plan de Investigación propio en la red de Salud Mental, pero se incentiva escasamente la investigación.

Es preciso también un auténtico impulso al **trabajo en equipo** y una gestión que prime de manera efectiva en su estrategia el **compromiso** con pacientes y usuarios. Como no podía ser de otra manera, este último es uno de los objetivos centrales del Plan de Gestión, pero también es uno de los más fácilmente manipulables, tan presente en los discursos como obviado en la práctica.

Algunas claves

Teniendo en cuenta lo anterior, algunas claves que podrían servir para asegurar una adecuada reestructuración de la red podrían ser las siguientes:

- 1) Creación de una **comisión** que informe con independencia de la situación actual de la red de salud mental, asesorando también sobre su desarrollo futuro.
- 2) Mantener dentro de estructuras específicas de gestión, con experiencia en salud mental, el **control presupuestario** y administrativo de la red.
- 3) Creación de **unidades de gestión** y administración para cada sector (con presupuestos propios, gestión de personal, contrataciones, edificios y locales), con poder sobre las estructuras existentes en el mismo, hospitales monográficos incluidos.
- 4) Crear una oficina o **agencia de coordinación** y promoción de la salud mental en cada territorio histórico, o al menos, para el conjunto de la CAPV.
- 5) Crear un **mapa** de recursos y servicios socio-sanitarios de salud mental en cada sector, o como mínimo, en cada territorio útil para la planificación de recursos.
- 6) Aplicar el principio de **discriminación positiva**, y no el de contención de costes, a la planificación y asignación de recursos en salud mental.

La saturación de algunos recursos, los problemas de coordinación y gestión, la limitación de recursos de rehabilitación y del ámbito sociosanitario... repercute en la oferta de calidad, lo cual hace que en ocasiones existan tendencias al uso de recursos de la psiquiatría privada. También es cierto que en Osakidetza es posible una atención a la salud mental de calidad. Optimizando los recursos existentes y avanzando hacia la minimización de las carencias que familiares y afectados viven en el día a día.

IMAGEN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

Las personas portadoras de una etiqueta de enfermedad mental sufren procesos de invalidación social en muchos aspectos de la vida cotidiana. No todas las personas que contactan con los servicios de salud mental portan el estigma social de enfermo o enferma mental; pero es relevante constatar cómo en torno a un tercio de las personas les violenta la falta de anonimato que sienten mientras esperan ser atendidas en los centros de salud mental, donde se sienten vulnerables a las etiquetas, las cuales les pueden suponer repercusiones en su vida laboral y de relaciones. No es revalorizante socialmente identificarse como enfermo mental, y ello es así por los procesos de marginación social que sufren quien o a quien se identifica como tal.

Los profesionales consideran que la mayoría de las personas a las que atienden no tienen problemas especiales de integración social, son personas con patologías leves, similares a la población general. Son las personas con patologías graves quienes presentan procesos de cronicación más desarrollados, quienes tienen severos problemas de integración social, especialmente en el caso de no contar con apoyo familiar y/o institucional.

Los procesos de integración social se ven frenados por el fuerte estigma social que estas personas soportan. La sociedad desconoce la enfermedad mental, y este desconocimiento produce miedo, desconfianza y rechazo. No se acoge a las personas con trastorno mental de la misma forma que a otras personas con deficiencia psíquica, o a las personas ancianas, a los menores de edad, etc.

En la **Atención Primaria**, en algunos trabajos sobre opinión y actitudes ante la salud mental en Atención Primaria, los médicos y enfermería consideran la Psiquiatría una disciplina “importante” o “muy importante”, con demanda de atención psíquica por los MG “bastante alta” y considerando eficaz la labor de los equipos de salud mental: “mejoran en su mayoría”. Los médicos no eluden el problema ante casos de problemas psíquicos, sino que “solicitan su apoyo en el nivel especializado”. El personal de los centros de salud tiene una actitud asistencial más entroncada en la población, con actitud más favorable a la enfermedad y los enfermos mentales. Más favorable que el personal hospitalario.

La enfermedad mental no ha dejado de ser un **tabú social**. Algunas **familias** señalan, a su vez, la dificultad de admitir públicamente que entre sus miembros hay personas con trastorno mental. Porque el estigma no solo alcanza a la persona con trastorno, sino que llega al grupo familiar, se habla de vergüenza, de ocultamiento, etc.

Con la atención comunitaria se potencia la visibilidad de las personas con trastornos mentales, se vuelven más presentes que en el hospital; pero este fenómeno puede propiciar una respuesta social que demande más control en la comunidad. El mecanismo lo activan los medios de comunicación con una serie de “noticias” sobre enfermedad mental y desastre o violencia; la sociedad ve que efectivamente se encuentran en malas condiciones de atención social y sanitaria y reclaman al “antiguo régimen” que ponga orden.

Se quejan de la selección que los **medios de comunicación** realizan sobre todo aquello relacionado con ellos y ellas y que se convierte en noticia. Los acontecimientos que logran convertirse en noticia, suelen estar relacionados con violencia, normalmente agresiones que a veces acaban con la vida de la víctima. “Hay más personas no enfermas mentales que matan, pero sólo salimos nosotros”. Unido a la violencia, que es la parte conocida gracias a la aportación de los medios de comunicación social, contrasta la falta de información de la sociedad en general: **la enfermedad mental como la gran desconocida** fuera de los círculos profesionales y de

quienes la tienen cerca. El desconocimiento provoca miedo y desconfianza.

El **Estigma** puede definirse como el Prejuicio basado en estereotipos que conduce a la Discriminación:

- El **prejuicio** define la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento.
- La **discriminación** es una consecuencia particularmente negativa de estigmas y prejuicios, por la cual individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos o beneficios por su causa.
- Atribución, Etiquetado, Culpa, son mecanismos que contribuyen a construir el Estigma en la Enfermedad Mental.

O sea: el estigma es la **atribución** a un grupo de personas de una característica negativa, a través de la generalización, la exageración, la desinformación o la simple difamación. Esta atribución conlleva un prejuicio, es decir, una opinión predeterminada (en este caso siempre negativa) hacia las personas que componen un grupo de población por el mero hecho de pertenecer al mismo. Por ejemplo, todas las rubias son tontas, todos los gitanos son ladrones, todos los argentinos son unos cuentistas... o los enfermos mentales son violentos. El prejuicio sostiene y justifica la discriminación, es decir, un trato diferente (desde el aislamiento social al recorte de derechos), y la discriminación conduce a la exclusión social*.

Por ejemplo:

“Parece que los gitanos y gitanas solamente nacieron en el mundo para ser ladrones: nacen de padres ladrones, críanse con ladrones, estudian para ladrones y, finalmente, salen con ser ladrones corrientes y molientes a todo ruedo; y la gana de hurtar y el hurtar son en ellos como accidentes inseparables que no se quitan sino con la muerte”.

Miguel de Cervantes, “La gitanilla” (1613)

* <http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com/estigma/origenes.htm>

La marginación social sobre las personas con trastorno mental también se reproduce a la hora de desarrollar los servicios de atención comunitaria.

Con la reforma de la atención psiquiátrica se devolvió a la comunidad su responsabilidad sobre la atención, ya que el internamiento de por vida se había acabado. Las personas enfermas viven con sus familias y disponen de servicios de salud mental extrahospitales; esto, en la mayoría de los casos, puede suponer una cita al mes de media hora.

Pero la atención comunitaria no es sinónimo de atención “por” la comunidad, sino de atención “en” la comunidad. Y la atención en la comunidad significa recursos comunitarios, dispositivos, programas y servicios disponibles, accesibles y diversificados. Las necesidades son personales, por lo tanto, variadas; habrá que movilizar todo aquello que cada persona pueda necesitar, y no se puede dejar una vertiente sin atender porque es de otra autoridad, porque así no es posible realizar itinerarios de inserción social. Si se presta mucha atención psiquiátrica, pero no se proporciona alojamiento; o, si se presta mucho entrenamiento en búsqueda de empleo, pero no se controla la medicación, las expectativas de integración social disminuyen.

Algo de todo esto es lo que ha sucedido con la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental. *Desde las políticas de salud se apostó por la atención comunitaria, pero no se logró la colaboración de las políticas de acción y protección social, quizá porque en aquel momento los servicios sociales eran unas estructuras incipientes; el resultado ha sido una falta total de sensibilización de la acción social hacia estas personas. Se llegó a excluirlos de ciertos programas, como es el caso de los problemas de alojamiento, servicios ocupacionales, empleo protegido, etc. Los servicios sociales públicos dirigen una gran cantidad de recursos hacia las personas con deficiencia psíquica del tipo retraso mental, no así cuando la deficiencia psíquica se llama enfermedad mental.* Desde la puesta en marcha de la red de servicios sociales públicos, las personas con enfermedad mental sólo han disfrutado de las pensiones no contributivas por invalidez. El resto de

dispositivos y programas no se diseñaron para prestarles atención; han sido históricamente excluidos.

En los últimos tiempos, y gracias a la **presión de las asociaciones**, los servicios sociales públicos comienzan a darse cuenta que deben atender también a este sector de población. Comienzan las conversaciones con los servicios de salud, se firman acuerdos marco, que no dejan de ser declaraciones de buenas intenciones sin dotaciones presupuestarias. Se financia a las asociaciones para que gestionen programas y servicios de atención comunitaria, etc. Pero el punto débil, aún hoy, es la falta de claridad sobre el diseño de la atención comunitaria; los poderes públicos no han transmitido políticas claras de atención; se trabaja en función de la presión de la demanda, no sobre el diseño de políticas de atención.

Las personas con enfermedad mental no son demandantes de servicios, no se constituyen en grupo de presión, no afectan a la agenda política. Ellas se han de adaptar a los programas y servicios, y no los programas a sus necesidades. Es llamativamente escaso el apoyo institucional a asociaciones de autoayuda y/o de usuarios de los servicios.

Los profesionales señalan cómo estas personas presentan un conocimiento superficial de sus derechos de ciudadanía; conocen sus derechos fundamentales, pero no otros como el derecho a la información, a consentir el tratamiento, a solicitar información sobre alternativas terapéuticas, a presentar quejas; todo esto en la práctica diaria no se aplica. Desde los centros de salud mental se señala que con frecuencia desconocen sus derechos sobre ingresos hospitalarios (en tanto que privación de libertad, traslados, tutela judicial, incapacitación, etc). En general reciben información sobre sus derechos por medio de las asociaciones y los profesionales, también mediante el "boca a boca" y las familias. Las burocracias, los papeleos, las citas y entrevistas múltiples y preliminares al acceso a los servicios actúan también como frenos a la integración y mantenimiento en la red de atención comunitaria de aquellas personas con trastornos más graves.

Cuando se preguntó a las personas entrevistadas sobre su satisfacción o insatisfacción con diferentes aspectos de la oferta comunitaria, como la atención recibida a sus sugerencias y quejas o la participación que se les permite en el diseño de las actividades realiza-

das en los recursos a los que acuden, cinco de cada diez personas no supieron contestar.

Las personas con trastornos mentales tienen **derecho a tener valoradas sus necesidades** respecto a renta, alojamiento, ocupación, información, ayuda práctica, soporte emocional y acceso a servicios.

Las personas son distintas, por lo que la atención requerirá incorporar objetivos de individualización, es decir, *la atención deberá ser desigual en función de la individualidad de las necesidades*. Y atender a personas en su individualidad supone atender la desigualdad, entendida ésta como la desocupación, la falta de vivienda, las imposibles convivencias familiares, la ausencia de espacios para expresar el propio sufrimiento, es decir, toda la problemática del vivir cotidiano de la gente. Es *este derecho de apoyo en la problemática del vivir* lo que está produciendo el colapso de los servicios de salud mental, que junto con la contención presupuestaria en materia asistencial y las cualidades ilusorias atribuidas a la comunidad, están significando que las personas más enfermas reciban, más bien, poca atención. Así, los servicios de salud mental se llenan de malestares leves, ya que todos tenemos derecho a la salud.

Todos tenemos derecho a una vivienda digna, al trabajo, a no ser discriminados; también el derecho a ser atendidos por especialistas en salud mental. Y este supuesto es el que alimentó las políticas de atención sanitaria: había que atender a todo aquel que lo demande, no deben existir listas de espera; con lo que la mayoría del esfuerzo de atención se dirige a la población que menos lo necesita de todos los que solicitan atención, quedando las personas en estados más graves y con menores habilidades sociales con reducidos espacios y tiempos de atención, y basada ésta en un tratamiento farmacológico, necesario, pero no suficiente.

La atención sanitaria se ha focalizado claramente sobre los aspectos disruptivos, en los periodos más críticos, y no prestando atención a los aspectos más deficitarios. Así, se presta suficiente atención a las personas cuando están delirando, oyendo voces, agrediendo o molestando a otras, pero no se presta la suficiente atención a estas personas cuando su estado mejora o en los periodos largos, entre las crisis. No se presta suficiente atención de rehabilitación, de integración

social, ni de prevención de recaídas. Se intenta evitar la incapacidad, pero no se promueve la capacidad.

La participación de la comunidad en el diseño y modificación, en su caso, de las políticas y programas ha sido nula. No han existido espacios de participación ciudadana. No se ha propiciado desarrollar un sistema más dinámico y participativo que permitiera a colectivos con necesidades particulares influir, como una más de las partes implicadas, en las políticas que les afectan. Las personas con trastorno mental crónico no figuran en las agendas políticas, son olvidadas en la planificación de la atención comunitaria a colectivos con necesidades especiales.

La continuidad de cuidados, pilar básico de la atención comunitaria, se ha visto enfrentada a la frecuente rotación de profesionales por los servicios. Si los recursos físicos (centros de salud mental y otros) se han establecido en el medio, y han permanecido en él, no se puede decir lo mismo de los profesionales, que rotan con frecuencia de uno a otro servicio. Los usuarios y usuarias han permanecido demandando atención y ayuda en sus centros de salud mental de referencia, pero han sido atendidos por profesionales distintos, que iban cambiando con el tiempo, lo cual produce insatisfacción, desconfianza y dudas en las personas usuarias. Es conocida la importancia del desarrollo estable del trabajo profesional, en un espacio geográfico determinado, para permitir el ser realmente una referencia para las personas usuarias, además de factor positivo en cuanto al conocimiento por el profesional de los recursos comunitarios existentes en su zona de actuación. No sólo los lugares físicos, las instalaciones materiales, sirven de referencia, también la permanencia de los trabajadores que desarrollan tareas de atención a personas.

Por otro lado, desde los servicios sociales nunca se ha visto a las personas “enfermas mentales” como susceptibles de ser atendidas por el sistema. Como su etiqueta indicaba eran “enfermos y enfermas”, por lo que era el sistema de salud el que debía hacerse cargo de sus necesidades de atención. Pero la atención comunitaria implica también al sistema de servicios sociales, en cuanto que trabaja para prevenir la marginación, así como para sacar de la exclusión a quienes ya se encuentran en ella. El sistema de servicios sociales se puso en marcha a partir de la segunda mitad de los años ochenta,

coincidiendo con el plan de lucha contra la pobreza, con lo que estos servicios “nuevos” han tratado con sus clientes históricos, los pobres o los menores en situación de riesgo, las personas con retraso mental, y con otros nuevos como las personas ancianas dependientes, las mujeres con cargas familiares, las personas paradas de larga duración, los jóvenes sin posibilidades de integración laboral, etc. El sistema no estaba en condiciones de ampliar la cobertura a otros colectivos que además eran “enfermos y enfermas”. Aun así, *y presionados por el movimiento asociativo, han subvencionado algunas iniciativas de atención comunitaria* que, en la actualidad, se encuentran totalmente saturadas, no pudiendo absorber más demanda en programas de día y alojamiento.

El principal problema, al fin, es la *no existencia de una política clara sobre la articulación de la atención comunitaria a las personas con trastornos mentales graves. Coexisten iniciativas más o menos locales, pero es patente la carencia de dispositivos de atención comunitaria distintos de los centros de salud mental, los servicios sociales de base, y de los pocos centros y servicios desarrollados por el movimiento asociativo de familiares. Entre las “partes implicadas” en el desarrollo de las políticas de atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves existe consenso en cuanto a cómo abordarlo; lo que no existen son suficientes recursos para ponerlo en marcha. La saturación está bastante relacionada con los distintos tipos de dispositivo: existen listas de espera en recursos de día, alojamiento, ocupación, empleo, etc., la rehabilitación es la parte no atendida desde los servicios de salud mental, y la integración social, la intervención sobre las causas que llevan a la marginación es la parte no atendida por los servicios sociales o financiada al movimiento asociativo de forma exigua (falta de vivienda, carencias formativas, ausencia de rentas o disponer de rentas mínimas, falta de integración laboral y relacional).*

Es importante, a la vez que *se dota a la atención comunitaria de recursos*, realizar campañas de sensibilización social sobre la realidad de las personas con trastorno mental. Las personas que lo padecen señalan la marginación social que existe; toda actividad que consiga que la población general tenga un mayor conocimiento sobre la vida de las personas con enfermedad mental (siempre que

no se encuentre inserta en la página de sucesos, o en programas de “reality show”) contribuirá a propiciar mayores cuotas de integración social. Tratar de romper la relación trastorno mental/violencia, ya que no es real, mostrando la realidad de personas que tratan de ser autónomas y consiguen ser útiles, si tienen la oportunidad; en este sentido, son oportunidades lo que les falta. Romper la relación trastorno mental, incapacidad permanente e improductividad/dependencia.

Todo ello, sin olvidar que, en nuestra sociedad, *la integración social como persona adulta, titular de todos los derechos*, está muy circunscrita a la posibilidad de conseguir buenos niveles de integración laboral; porque, para aquellas personas que no han accedido o conseguido mantener un empleo, los niveles de renta a los que acceden (pensiones asistenciales) son incompatibles con el desarrollo de una vida autónoma, adulta y no dependiente.

Y esta es la situación y la perspectiva de vida de esas personas que en algunos casos se llaman “nuevos/as crónicos”, jóvenes que no lograron una integración laboral, en muchos casos con bajos niveles de formación académica, lo que *reduce sustancialmente sus expectativas de empleabilidad*.

Sus **familias**, que *las sostienen en la comunidad, pero cuando no dispongan del apoyo de sus padres y madres, sus condiciones de vida, que actualmente pueden ser buenas, pueden deteriorarse en gran medida*.

BIBLIOGRAFÍA

- BELLACK, L. Handbook of community psychiatry and community mental health. Grune & Stratton. New York, 1964.
- CAPLAN, G. Principios de psiquiatría preventiva. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.
- CHARLTON BG, MC KENZIE K Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. Br J Psychiatry 2004; 185: 194-195.
- CSM DE BASAURI (2005). Procedimientos de actuación: Admisión y Acogida. Mimeo, Basauri.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY,P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. Tavistock Publications. London, 1980.
- HARO JM; PALACÍN C; VILAGUT G; MARTÍNEZ M; BERNAL M; LUQUE I; CODONY M; DOLZ M; ALONSO J y grupo ESEMeD España: Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España: Med Clin (Barc). 2006; 126(12):445-51.
- KIELHOLZ, P (Dir.) "Observaciones sobre la frecuencia de la depresión y sobre los cambios en la sintomatología" En El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos. Ed. Herder. Barcelona, 1985.
- MARKEZ, I; PÓO, M.; ARIÑO, J y otros. Atención comunitaria de la enfermedad mental. Informes extraordinarios del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2000.
- MARKEZ, I, RETOLAZA A Intervención en crisis: atención urgente desde los centros ambulatorios (CSMs) En Guimón J, Dávila R y Andreoli A (Eds.) Crisis y Contención. Del Estrés al Equilibrio psíquico. Eneida Ed. Madrid, 2008.
- MARTÍNEZ AZUMENDI, O. Asistencia psiquiátrica sectorizada en la tres últimas décadas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría2004, CCIII, 92: 53-68.
- MUNÁRRIZ, M. Situación de los recursos dedicados a salud mental en España. Monografías de Psiquiatría 2008, Vol.20, nº 1: 30-40.

- MURPHY, JM; OLIVIER, DC; SOBOL, AM; MONSON,RR Y LEIGHTON,AH. Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population. *Psychological Medicine*, 1986, 16: 117-126.
- ORTIZ LOBO, A. Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 2008, 7: 26-34.
- PADIERNA, JM. La urgencia psiquiátrica en un área de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1993, XIII, 46:182-185.
- RETOLAZA, A. El territorio del malestar. *Átopos*, 2008, 7: 13-25.
- RETOLAZA, A; MARKEZ, I Y BALLESTEROS J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención primaria. *Rev. Asociación Española Neuropsiquiatría*, 1995, Vol.XV, 55: 593-608.
- SEGURA, A las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit* 1999; 13: 218-225.
- SEVA, A. y otros. La problemática asistencial de las urgencias psiquiátricas. En *Urgencias en Psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1991, pp. 1-9.
- SHEPHERD, M; COOPER, B; BROWN, AC; KALTON, G *Psychiatric illness in General Practice*. London. Oxford University Press, 1966.
- THORNICROFT, G Y TANSELLA, M. *La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de los servicios*. Edit. Triacastela. Madrid, 2005.
- VV.AA. (AEN) *Consenso sobre promoción de la salud mental y disminución del estigma*. Edita AEN, Madrid, 2008.
-

