

LOS PILARES FUNDAMENTALES DE UN MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PARA MADRID.

Autores: Antonio Ceverino, Luis Doria, Consuelo Escudero, Diego Figuera, Sergio García Reyes, Fernando Mansilla, Begoña Olabarría, Carmen Orgaz, Diego Padilla, Pedro Pérez y Miguel Ángel Sánchez.

El eje central de la Declaración de Atocha que suscribimos es la defensa de un modelo público comunitario de Salud Mental. Pensamos que ese modelo suficientemente caracterizado constituye el referente que podemos comparar con el patrón asistencial vigente en Madrid. Un referente respaldado por la OMS y la Comisión Europea, cuyas líneas principales quedaron establecidas en nuestro país por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, la Ley General de Sanidad (artic. 21) y la Estrategia de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud (2006).

Durante más de dos décadas, gracias a una dotación desigual de recursos y al compromiso voluntarista de muchos profesionales, se ha implantado de forma irregular en nuestra Comunidad un patrón asistencial de Salud Mental que es el embrión de un modelo comunitario. Pero este sistema posibilista adolece de deficiencias conceptuales, de funcionamiento y de clara fragilidad organizativa. En la actualidad se encuentra seriamente deteriorado a causa de las medidas financieras, administrativas y legales adoptadas por los políticos gobernantes de la Comunidad de Madrid.

Avalados por nuestra experiencia y las recomendaciones de prestigiosas instancias nacionales e internacionales, consideramos que merece la pena consensuar un documento que no solo denuncie la situación actual de la Salud Mental madrileña sino que ayude a avanzar hacia un modelo de atención comunitaria.

Para empezar nos parece oportuno señalar que la práctica de la salud mental comunitaria desborda el campo específico de la psicopatología. Lo que queremos decir es que si en este contexto trazamos un plan terapéutico para un usuario, nos veremos obligados a tener en cuenta más dimensiones que el diagnóstico psicopatológico; sobre todo los aspectos relacionales en su medio social.

Por otra parte, la organización de los planes y programas de los servicios comunitarios se fundamenta en las necesidades de los usuarios valoradas no solo mediante medidas objetivas, sino también a través de las experiencias subjetivas de los afectados.

Pero en la práctica, si a día de hoy alguien intenta investigar la adecuación de los recursos a las presuntas necesidades de los usuarios en la red de dispositivos de la Salud Mental madrileña, se encontrará con un obstáculo insalvable: la inexistencia de datos epidemiológicos fiables, así como del funcionamiento de los servicios. Este hecho, atribuible a intencionalidades políticas opacas, nos lleva a reclamar, desde ahora mismo, la necesidad de una recogida de datos de forma unitaria y homogénea en toda la Comunidad de Madrid y el acceso libre a dicha información.

Pues bien, aun sin disponer de la información pertinente y a riesgo de repetir cosas conocidas, consideramos importante y oportuno debatir las principales características del modelo comunitario de atención a la Salud Mental que defendemos.

- 1) **El modelo comunitario de atención a la Salud Mental, de financiación y gestión pública directa, debe ser una estructura territorial flexible, capaz de adaptarse a los cambios sociales, responsable de la atención a la totalidad de una población determinada y, por tanto, facilitadora del acceso de los usuarios a los servicios, de la inclusión social de personas con trastornos mentales graves y de la acogida de sectores sociales de riesgo (niños y adolescentes, ancianos, inmigrantes, sujetos en situación de precariedad económica...)**

En este sentido, los decretos del gobierno la Comunidad de Madrid relativos a la libre elección de especialista y al Área sanitaria única, atentan gravemente contra la estructura territorial del modelo comunitario. En consecuencia, propugnamos que estas leyes sean derogadas. Nos parece que la organización anterior en Áreas de Salud y Distritos de Salud Mental equilibrados, responde bien a las exigencias de la Salud Mental comunitaria.

- 2) **El modelo comunitario de atención a la Salud Mental se basa en las necesidades de los usuarios y en la realidad biopsicosocial de las personas, por lo tanto, en la no separación de los diferentes momentos de la prevención, en la continuidad de cuidados, y en la participación de los usuarios y sus familias en la toma de decisiones.**

Si la atención comunitaria está determinada por las necesidades de los usuarios, inmediatamente queda superado el marco estricto de la enfermedad. Entonces se hace necesario priorizar la discapacidad sobre los síntomas y poner el énfasis en el desarrollo de capacidades que mejoren la autonomía y la calidad de vida de los afectados, especialmente en personas con trastornos mentales de larga evolución.

Actuando mediante programas de continuidad de cuidados para personas con trastornos mentales graves (programas longitudinales en el tiempo y transversales en los dispositivos de Salud Mental, sanitarios, sociales, judiciales...), los equipos tienen que minimizar la dependencia de los servicios promoviendo actitudes activas y comprometidas por parte de los usuarios y sus familias. Es necesario facilitar la intervención de éstos en el proceso terapéutico, evitar el abuso de fármacos, perfilar indicaciones y limitaciones temporales para las diferentes modalidades terapéuticas y buscar redes complementarias de apoyo social.

Desde luego, el modelo de Salud Mental debe cuidar la calidad de todas sus prestaciones, desde las intervenciones inespecíficas de todos los trabajadores y profesionales en todos los momentos del paso de los usuarios por los servicios de Salud Mental, hasta las intervenciones psicoterapéuticas realizadas desde distintas orientaciones epistemológicas validas por la comunidad científica.

Es imprescindible que los abordajes psicoterapéuticos, cuando estén indicados, tengan asegurado un espacio y un tiempo suficientes. Naturalmente, la calidad de cualquier prestación del sistema comunitario debe ser equitativa y estar sometida a una evaluación permanente.

La realidad biopsicosocial del individuo obliga a intervenir mediante equipos interdisciplinarios. Dichos equipos deben estar jerarquizados, dotados de un liderazgo con competencias técnicas y administrativas. Además, para mejorar la gestión de los servicios sus responsables tienen que ser designados en orden a su capacitación y a perfiles profesionales adaptados a las tareas.

Un punto crucial es la participación activa de los usuarios y sus familias, junto con los profesionales, en la toma de decisiones a todos los niveles: desde las que tienen que ver con la adopción de medidas terapéuticas que les afectan, hasta las relacionadas con la planificación y la gestión de los servicios por medio de organizaciones autónomas de usuarios en el nivel correspondiente.

3) El modelo comunitario de atención a la Salud Mental se organiza en torno al Centro de Salud y necesita articular mecanismos de coordinación entre sus dispositivos internos, así como con Atención Primaria, Servicios Sociales, Instituciones Educativas y Sistema Judicial.

En este aspecto es de la máxima importancia evitar las desviaciones hospitalocéntricas que aparecen cuando se hace depender administrativamente a los Centros de Salud Mental de las gerencias hospitalarias.

En Salud Mental comunitaria, el trabajo por programas debe estar determinado por las necesidades de grupos específicos de usuarios (niños y adolescentes, adultos, ancianos, personas con trastornos mentales graves, drogodependientes...). La creación de nuevos programas para trastornos graves (trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación, autismo...), tiene que depender de una dotación adecuada de recursos y no puede romper la territorialidad del modelo.

Como es bien sabido, cualquier ámbito territorial de Salud Mental debe contar con una red de dispositivos con funciones diversas y complementarias que aborden las tareas de promoción de la Salud Mental y de prevención primaria, secundaria y terciaria de los trastornos mentales.

- A) Centros de Salud Mental con programa diferenciado para la atención a niños y adolescentes. Dichos centros, además de promover la salud mental de la población a cargo, intervienen con psicoterapias regladas y deben contar con programas de atención domiciliaria e intervención en crisis (prevención de suicidios, maltrato familiar...).
- B) Unidades de hospitalización breve en hospitales generales (para adultos, y para niños y adolescentes).
- C) Hospitales de día para niños y adolescentes, adultos y ancianos.
- D) Centros de atención a drogodependientes.
- E) Centros de día.
- F) Unidades hospitalarias de media/larga estancia.
- G) Centros de rehabilitación psicosocial.
- H) Residencias asistidas.
- I) Minirresidencias para aliviar cargas excesivas a las familias de personas con trastornos mentales graves.
- J) Pisos tutelados (también para adolescentes).
- K) Talleres ocupacionales y centros de rehabilitación laboral.

Respecto a la coordinación con Atención Primaria, hay que prever las dificultades derivadas de la presión asistencial ejercida sobre ambos niveles. Aquí conviene tener en cuenta que, en las demandas de atención primaria, aparecen problemas sociales que podrían ser confundidos con trastornos psicopatológicos, ante los cuales se precisa una estrategia de detección, esclarecimiento y devolución a la comunidad para evitar tratamientos psicoterapéuticos innecesarios y la medicalización de problemas de la vida cotidiana. Es fundamental que los profesionales de Atención Primaria dediquen algún tiempo a la escucha de los usuarios contando con el apoyo de los equipos de Salud Mental. Para la detección precoz de trastornos mentales y la derivación de usuarios a Salud Mental, puede ser aconsejable establecer protocolos que contribuyan a delimitar funciones.

4) La formación de especialistas, la formación continuada de los profesionales y la investigación dentro del modelo comunitario de atención a la Salud Mental.

En la formación planificada y estratégica de especialistas (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería de Salud Mental...) es indispensable continuar con el modelo de Internos y Residentes. Debe ser prioritario fomentar una formación que tenga su base en las necesidades de los usuarios y no en intereses particulares o gremiales de profesionales o de grupos corporativos (industria farmacéutica, sectores académicos...).

Es importante la creación de espacios para tutorías y para supervisión psicoterapéutica. También es fundamental una rigurosa formación continuada de los miembros de los equipos. Asimismo, siempre resulta beneficioso el impulso de proyectos y programas de investigación que repercutan en la calidad de las prestaciones. A estos efectos es clara la conveniencia de trabajar con las agencias de financiación pública de investigación, para garantizar que la aportación de recursos económicos responde a las necesidades de los usuarios y no a criterios particulares.

5) El modelo comunitario de atención a la Salud Mental tiene que estar integrado, como nivel especializado y diferenciado, en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Nos parece indiscutible que, sin un compromiso firme de la administración pública, concretado en una financiación, dotación y gestión de recursos, cualquier planificación de Salud Mental es papel mojado.

Para garantizar el buen funcionamiento del modelo comunitario, pensamos que es imprescindible la configuración de una unidad administrativa de Salud Mental dentro de la Consejería de Sanidad con rango mínimo de Subdirección, o mejor de Dirección General, con presupuesto propio y con funcionalidad transversal en dicha Consejería.

Para la implementación de este modelo es necesario que la Asamblea de Madrid apruebe un Plan de Salud Mental que contenga, además de las especificaciones técnicas, un calendario, un presupuesto y una metodología de evaluación.

Sin entrar por ahora en más detalles, del contraste general de un modelo comunitario con la

situación presente de la Salud Mental madrileña parece desprenderse que el objetivo de los últimos gobiernos de la Comunidad ha sido dañar de forma grave el patrón existente para responder, no tanto a las necesidades de la mayoría de los ciudadanos, como al interés lucrativo de determinados grupos sociales.

El deterioro del sistema conduce por sí mismo a la insatisfacción creciente de los usuarios, a la exclusión social de personas con trastornos mentales graves y a la desmotivación de los profesionales. Dicha descomposición facilita nichos de negocio mutualista dirigido a gente que se pueda costear tratamientos al margen de los servicios de la red pública.

Si nadie lo impide vamos hacia un modelo público descapitalizado y meramente asistencial de baja calidad para quien no pueda sufragarse un seguro o un tratamiento en el sector privado. Si este es el objetivo, a los políticos les basta con mantener el recorte de recursos sin apenas hacer nada más.

Madrid, febrero de 2016.

Este documento lo suscribe el grupo Madrid Declaración de Atocha: Teresa Suárez, José Luis Lledó, Encarna Mollejo, Ana Castaño, Pedro Cuadrado, Ignacio Vidal, M^a Luz Ibáñez, Sara Salas, Emilia González, Maite Almendro, Isabel Cuéllar, Francisco Cervilla, Marisol Pérez, Amparo Núñez, Sara Hernández, Carmen Montés, Agustina Crespo, Marisa González y Manuela Arranz.