



Del manicomio a la incertidumbre o cómo acabar con 20 años de psiquiatría comunitaria en Leganés

Ana Moreno*, Manuel Desviat*, Marta Sanz*, Teo Sobrino**a

* Psiquiatra. ** Psicóloga clínica.

Instituto Psiquiátrico. Servicios de Salud Mental José Germain.

Nuestra historia primera se nos pierde en la neblina. Según parece, estábamos dedicados no más que a partir piedras y a repartir garrotazos. Pero uno bien puede preguntarse: ¿No habremos sido capaces de sobrevivir, cuando sobrevivir era imposible, porque supimos defendernos juntos y compartir la comida? Esta humanidad de ahora, esta civilización del sálvese quien pueda y cada cual a lo suyo, ¿habría durado algo más que un ratito en el mundo?

Eduardo Galeano. *Espejos. Una historia casi universal*

Mucho se ha hablado y mucho sabemos de los procesos de reforma psiquiátrica que transformaron la asistencia a las personas aquejadas de enfermedades mentales. Iniciados tras la Segunda Guerra Mundial, estos movimientos y los logros conseguidos en lo relativo a la mejora de la asistencia, de las condiciones en las que se presta y de la consideración de los que reciben la ayuda, son deudores de otros más amplios de respeto por los derechos humanos, de la consideración del individuo como el protagonista fundamental a la hora de decidir cómo vivir su vida. Logros que creíamos ya consolidados. ¿Lo están? En algunos lugares, las políticas ultraliberales, que priman la iniciativa privada, la cuenta de resulta-

dos, han venido a sustituir en unos casos y a desplazar en otros los sistemas de solidaridad social. Si la forma que una sociedad tiene de afrontar la desviación y la locura define su valentía social y la integridad de sus valores cívicos (1), quizá en los próximos años veremos las consecuencias sociales de esta deriva contrarreformista.

I. El Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés

En 1986 se inicia el *Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés* que culmina en 1991 con la creación del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Para

^a Los autores, responsables asistenciales del Instituto SSMJG, fueron cesados entre diciembre de 2007 y enero de 2008 de sus puestos de responsabilidad por falta de confianza política. En el caso de Manuel Desviat, Hacienda hubo de modificar la estructura de la plantilla del Instituto, para reconvertir un puesto funcional ganando en concurso público, de Director Médico a Médico. Manuel Desviat ha sido Coordinador de Salud Mental del Área 9 y Director Médico desde 1985; Ana Moreno, ha sido Coordinadora de Calidad (cesada a los pocos meses de llegar el nuevo gerente, desde noviembre de 2004), formando parte del equipo de dirección hasta la entrada del nuevo gerente, Carlos Villoria, y Jefe del Hospital de Día del Instituto desde febrero de 2004; Marta Sanz ha sido Jefe del Centro de Salud Mental de Leganés (Jefe de Distrito) desde febrero de 2004; Teo Sobrino, Coordinadora de Continuidad de Cuidados desde abril de 2006.



Yo no conocí el manicomio. Llegué a Leganés, a hacer la residencia, un momento antes de que inauguraran la Residencia Asistida: con todas las fuerzas vivas y representativas (el entonces Ministro de Sanidad, el Presidente de la Comunidad de Madrid, el Alcalde de Leganés,...) y, mas allá de anécdotas que algunos gustan de recordar (alguna de las fuerzas vivas sufrió un vahído, no se sabe si por el calor o por una concentración de los vecinos) aquella inauguración constituyó la puesta de largo del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain.

Había cosas que diferenciaban la residencia en Leganés de otros sitios posibles en Madrid: lo que para otros era hospital y consultas externas, para nosotros era un laberinto, luego supimos que se llamaba red, de recursos que después aprendimos que estaban organizados, atendían distintos momentos del enfermar psíquico, estaban coordinados entre sí y guardaban coherencia.

Se prestaba un especial cuidado a la formación: los residentes teníamos un día a la semana dedicado a la docencia (psicopatología y psicofarmacología, sí, pero también psicoterapia, historia, ética, la mirada de los clásicos, de sociólogos, de filósofos...), había supervisión, había personas que eran capaces de transmitir entusiasmo por lo que hacían, enseñar y contener las angustias que el trato con la locura conlleva. Quizá, lo más importante que aprendí es que lo que se hace es tan importante como la manera en la que se hace y que no es posible separar técnica, respeto y compasión —en el sentido de *sentir con*— si uno quiere ser honrado en el ejercicio de la profesión.

entonces, el antiguo manicomio se ha convertido en una red de servicios que cuenta con dos Centros de Salud Mental, una Unidad de Hospitalización Breve —ubicada fuera del hospital general—, una Unidad de Rehabilitación, un Centro de Día, una Unidad Residencial, una vivienda de transición, cuatro pisos supervisados y, un año más tarde, un Hospital de Día^b.

2. ¿En qué estábamos en el año 2006?

La apertura de dos Unidades de Hospitalización en el Hospital Severo Ochoa de Leganés y Hospital de Fuenlabrada, la reconversión de la antigua UHB en otra Unidad de Rehabilitación, la apertura de un Hospital de día Infanto Juvenil, la incorporación de recursos provenientes del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (Centro de Día de Soporte Social, Centro de Rehabilitación Laboral, Equipo de Apoyo Socio Comunitario) dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la futura apertura de una Comunidad Terapéutica para personas aquejadas de trastorno de personalidad hace más completa y más compleja la red. Una red cuyo soporte principal ha sido y aún es la integración voluntaria de los profesionales; los acuerdos para la gestión clínica compartida entre las diferentes direcciones sanitarias. Unos servicios con un proyecto de futuro cuyo horizonte era la integración, sin desmembrarse, manteniendo unido el conjunto de prestaciones desde la rehabilitación y la hospitalización a domicilio a la urgencia hospitalaria, el ingreso y el cuidado residencial. En los primeros años del siglo XXI se decide profundizar, por una parte, en aspectos cualitativos que homogenicen la práctica y actualicen prestaciones y, por otra, en los sistemas de gestión de la calidad que

^b El proyecto contempla, desde el principio, la integración en el Hospital General del área de todos los recursos (Hospital que se abre al año de iniciar la reforma, en 1987, el Severo Ochoa). De hecho la denominación de Instituto, inicialmente se pensó en tan solo Servicios de Salud Mental, se hace con esa intención. El retraso de las transferencias sanitarias a la Comunidad de Madrid y cuestiones de orden político retrasa una medida que se verá paralizada (cuando el Instituto estaba a punto de integrarse) por el conflicto de las sedaciones del Hospital Severo Ochoa.



faciliten la comunicación entre los aspectos gerenciales y asistenciales y, con ello, la integración en Atención Especializada.

Algunos proyectos iniciados:

- La revisión del programa de Rehabilitación y posteriormente del de Continuidad de Cuidados. Se contrata a una persona que se incorpora al mismo y, junto con profesionales del resto de dispositivos, aborda los cambios necesarios para incorporar prestaciones hasta entonces no sistematizadas: grupos de psicoeducación para familiares y pacientes, atención temprana a la psicosis, continuidad de cuidados en el programa infanto juvenil,...
- Desarrollo del proceso de Atención a Personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad.
- Medición de la calidad de los servicios que se prestan y del clima laboral. Incorporación de objetivos de calidad, discutidos con los profesionales del área, dentro de los objetivos anuales.
- Adaptación del Instituto, utilizando metodología de calidad, a la gestión por procesos para hacerlos más eficientes.

El objetivo final de este proceso, de acuerdo con las directrices del Plan de Salud Mental y el proyecto de la Comisión de Integración de la Salud Mental de la Consejería de Sanidad, era la integración del Instituto como una unidad de gestión clínica en la Gerencia de Atención Especializada del Área. La mayoría de estos proyectos, todos los que dependen directamente de la gerencia, se paralizan con la llegada del nuevo gerente en mayo de 2006.

3. ¿Qué se interrumpió, por qué, de qué modo, a qué coste?

Desde agosto de 2001 el Instituto (IPSSMJG) es un caso paradigmático de un mal muy extendido en sanidad pública: el recambio continuo de gerentes sin atender a criterios técnicos. Como se señala en el Boletín de la

AMSM (2), de estos gerentes rotantes existen dos tipologías. Unos caracterizados por asumir su situación transitoria y que pasan sin pena ni gloria y otros que sin ninguna prudencia deciden introducir cambios que casi siempre tienden a una vuelta al hospitalismo, a la desmembración de los servicios, a recuperar el Hospital y como efectos colaterales reavivan todos los conflictos que inevitablemente existen en los servicios sanitarios. Conflictos que pasan a amplificarse, con dinámicas paranoicas cíclicas de conmigo o contra mí. Por eso la llegada del último gerente al Instituto en Mayo de 2006, que pertenece a la segunda tipología de los gerentes con ideas, tiene algo de *deja vu*. No es malo tener ideas, no es malo que exista una figura de gerente independiente de la Dirección Médica (figura inicial en la responsabilidad del Instituto y que, una vez creada la Gerencia, se ha hecho cargo, entre gerente y gerente, en los últimos años de ambas cuestiones). Lo malo son las malas ideas tomadas desde el desconocimiento, la precipitación y el ninguneo a los cargos técnicos de responsabilidad del IPSSMJG, no solo a la Dirección Médica (2).

El Instituto afrontaba el reto de las reformas necesarias que permitieran su integración en la Gerencia de Atención Especializada ubicada en el Hospital Severo Ochoa, una integración que se venía dando a nivel funcional y que debería culminar con la desaparición de la gerencia y dirección médica del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. Las ideas del nuevo Gerente son otras: se trata de potenciar las estructuras e independencia del Instituto en detrimento de la integración y del funcionamiento de Área, asumir papeles y funciones que estaban ubicadas en estructuras de Área y plantearse objetivos al margen de estas estructuras. Recupera un organigrama de hospital que va a funcionar en paralelo a la organización de las unidades y programas asistenciales, integradas funcionalmente en la atención especializada. Una vez más la lentitud en la modificación legal del Instituto permite a la Gerencia inventarse artificialmente



un Hospital dónde no lo hay para justificar la continuidad de su puesto. Este cambio de sentido, en dirección opuesta a las directrices del Plan, se lleva a cabo en un área sanitaria donde los servicios de salud mental han alcanzado un alto nivel de integración.

El gerente (sin experiencia en gestión ni en asistencia psiquiátrica como él mismo reconoció a su llegada) ha sido nombrado en un momento, al año de iniciarse el ataque contra el Hospital Severo Ochoa emprendido por la Consejería, que ha condicionado toda la actuación que ha partido de esta y removido a buena parte de los altos cargos. Durante ese tiempo, parece que importa poco la planificación y organización, la calidad de las prestaciones; importa quien está a favor y quien en contra de las denuncias y de las sanciones impuestas por la Consejería. Las directrices sanitarias se convierten en directrices políticas, y la competencia técnica en cuestión de confianza política.

Así al poco tiempo de su llegada tomó la decisión de desvincular completamente las unidades de hospitalización breve, hasta ahora en gestión compartida entre las tres gerencias del Área (Hospital Severo Ochoa, Hospital de Fuenlabrada y el propio Instituto) creando una situación de inseguridad en los equipos de profesionales que, pertenecientes a la plantilla del Instituto, trabajan en los Hospitales de Leganés y Fuenlabrada y amenazando el funcionamiento de la red.

Los objetivos de la nueva gerencia no son fáciles de entender desde un punto de vista técnico y quizás tengan más una lectura personal y política. Su gestión se ha venido caracterizando por la falta de respeto a la organización previa del Instituto y su organigrama, sin contar con la opinión de jefes de dispositivos y dirección médica en el asesoramiento técnico, con continuas incursiones, pretextando cuestiones sobre la seguridad y la calidad de la atención a los pacientes o la falta de reglamentación de las estructuras de funcionamiento existentes. Todo

ello desde el desconocimiento de lo que significa una red de servicios de salud mental cambiando unas dinámicas de poder por otras sin un proyecto asistencial claro y con vocación de futuro. El intento de control de la comisiones técnicas de Área, la creación de la Junta Técnico-asistencial del Instituto (con procedimientos denunciados por su falta de garantías), la destitución no justificada de la Coordinadora de Calidad, interrumpiendo el proceso de instauración de métodos de gestión de calidad iniciado desde 2004 en el Instituto, las amenazas a distintos profesionales por no aceptar directrices o sugerencias no apropiadas asistencialmente, la promesa de jefaturas como intento de ganarse a gente, y hasta la convocatoria de una plaza de jefe de sección (cuya impugnación fue aceptada) son ejemplos del estilo de funcionamiento puesto en marcha. Todas estas actuaciones y el clima que estaban generando, impidiendo el funcionamiento de la red, fue denunciado reiteradamente por escrito por los responsables asistenciales y la dirección médica. Algunas de las decisiones de la gerencia, como amenazas de sanciones a los médicos de guardia, o intentar cerrar la puerta de la Unidad Residencial (un dispositivo entre social y de cuidados mínimos atendido por enfermería, dos internistas y un psiquiatra a tiempo parcial, que estaba previsto integrar en medicina interna) fueron paradas por la Oficina de Salud Mental y la Subdirección General de Atención Especializada.

Esa era la situación en otoño de 2007. Pero siempre es posible un paso más. En noviembre de ese mismo año, el gerente cesa, en desacuerdo con la dirección médica, a la coordinadora del programa de Continuidad de Cuidados, figura esta de exclusivo contenido clínico y programa clave en la reordenación de la atención en la creciente complejidad del Área. El resto de responsables clínicos del Instituto, junto con la dirección médica acuden a entrevistarse con la Directora General de Salud, sin ser recibidos. La Comisión de Asistencia aprueba elevar una protesta a los máximos respon-



sables de la Consejería. Se redacta un informe por parte del Coordinador de Salud Mental del Área y director médico del Instituto que es entregado en mano por el presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a la

viceconsejera de sanidad. Posteriormente, a primeros de enero, aprovechando una visita del Consejero Güemes al Hospital Severo Ochoa, la Junta de Personal entrega un escrito con parecido contenido.

Son tantas las cosas que resaltaría de mi estancia en el Instituto Psiquiátrico SSM José Germain que necesitaría muchas páginas para poder contarlo. Por eso me voy a centrar sólo en dos o más bien en tres. Una primera es de índole personal y se refiere al estado de estupor casi catatónico en que me hallo en los últimos 26 meses de mi vida, que si asumimos la relatividad del tiempo es un período larguísimo.

La segunda hace referencia al concepto de red, del que hace gala esta institución. Y es que yo creía que tenía claro este concepto, pero no, he tenido que aprender a redefinirlo, porque no todo el mundo lo tiene tan claro como pueda parecer.

Unos consideran red lo que está dentro de su territorio y se sienten en desventaja porque la mayoría de los dispositivos no los tienen en un radio de 500 metros.

Otros, los mismos o distintos, consideran que la red es lo nuestro, lo que pertenece a la institución y lo demás es otra cosa que está al servicio de nosotros mismos, ni siquiera de los pacientes.

Pero en este “Nosotros” y “Losotros” también hay diferente concepción. No es lo mismo ser un dispositivo sanitario que social. Y dependiendo de eso se considera más o menos de la red. Nunca he oído nombrar al Hospital de Día Infanto-Juvenil por la empresa que lo gestiona, se asume directamente que es de la red sin más, aunque sea concertado. En cambio sí se habla del CRL de Manantial, de la Miniresidencia de Intress, etc.

Y lo que no sé es porqué ocurre esto, si en las Comisiones de Asistencia están todos los dispositivos independientemente de que sean propios o concertados, sanitarios o sociales.

A lo mejor esta es una de las razones de mi cese, no tener claro este concepto tan importante.

La otra razón de mi cese seguramente es la tercera cosa a la que me quiero referir: es un despilfarro tener un coordinador de Continuidad de Cuidados cuando una misma persona puede asumir esto y muchas cosas más. Recuerdo una crítica graciosa que se hacía en uno de los boletines de la AMSM en la que llamaba superhéroes a los directores de los dispositivos de rehabilitación del Plan de Atención Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales porque eran capaces de dirigir varios dispositivos a la vez y aún les quedaba tiempo para ir a pescar, hacer escalada y demás actividades.

Aquí se ha intentado que sea la misma persona la que coordine el programa de continuidad de cuidados, las dos unidades de rehabilitación, de 40 y 20 camas, que no es ninguna broma, y el Centro de Rehabilitación, y excepto por cuestiones de solidaridad y lealtad con mi persona, a mucha gente le parece bien.

Esto en otras áreas es inconcebible. ¿Podemos imaginarnos que el coordinador de la Unidad de Media Estancia del Benito Menni sea a la vez el coordinador de Continuidad de Cuidados del Área 11 o que el director del CRPS y la Miniresidencia de Getafe lo sea del Programa de Continuidad de Cuidados del Área 10?

Pero es que este Instituto es diferente y eso es lo que me deja perpleja, alucinada, estupefacta, pasmada, de una pieza, atónita, sorprendida, turbada, desconcertada, de piedra, desorientada, aturdida, extrañada, asombrada, boquiabierta, patidifusa, ojiplática, fascinada, atolondrada, sobrecogida, helada y... también esperanzada porque a lo mejor el sentido común llega algún día ya que parece que los criterios organizativos y técnicos no están en su mejor momento.



Pero posiblemente, la decisión de pasar al acto definitivo de dismantelar el Instituto ya estaba tomada por la autoridad sanitaria, el cese de la Coordinadora de Continuidad de Cuidados fue el inicio, y un tanteo de la capacidad de respuestas; en un momento de interinidad de los responsables de la Oficina de Salud Mental y de toma del poder de los sectores más duros del PP. La bronca con el pueblo de Leganés y con la sanidad progresista de Madrid estaba servida con la no marcha atrás en el asunto de las sedaciones, a pesar del archivo de la sentencia de Luis Montes y compañeros de la urgencia, de la sentencia que no contempla irregularidad alguna en la actuación de los médicos de la urgencia del Severo Ochoa, y con la puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales, donde se nombran los jefe de las unidades de psiquiatría directamente, por confianza política. Poco importaba un conflicto más en una sanidad pública incendiada. La prepotencia insultante demostrada en las comparencias de los políticos del PP en la Asamblea de Madrid mostraba que nada iba a detener su propósito de *sanear* la sanidad madrileña, eliminando a todos los que pudieran representar un riesgo para el proyecto privatizador.

A finales de 2007, la gerencia presenta un Proyecto Estratégico de Transformación 2008 que, en un lenguaje poco asequible, supone un auténtico ataque a la estructura asistencial del Instituto, sustituyéndola por otra inventada sin ninguna evidencia de que vaya a aportar una mejora en los servicios. No parte de un análisis previo que justifique la necesidad del invento de procesos nuevos, resulta inaudito que la propuesta de reestructuración sea básicamente de los procesos asistenciales sin haber contado con el personal asistencial. Como ejemplo sirvan los siguientes puntos del documento:

- Los Centros de Salud Mental pasan a denominarse "Interconsulta con Primaria". Se contesta que no es interconsulta lo que se realiza mayoritariamente en los CSM sino tratamientos, planificación de tratamientos, administración de una parte de los mismos

y coordinación con los dispositivos que realizan otra parte en el caso de pacientes con trastorno mental grave y/o que requieran otras intervenciones. La interconsulta no es toma a cargo: la atención ambulatoria que se realiza en los CSM sí. La IC es parte del proceso de atención ambulatoria así como la coordinación con Atención Primaria.

- Las Unidades de Hospitalización en Hospital General desaparecen del organigrama y se desvinculan completamente del Instituto, sin importar la continuidad de cuidados de pacientes graves, el destino y las condiciones de trabajo de los compañeros psiquiatras pertenecientes a la plantilla del mismo pero destinados en el hospital general, la situación de indefinición de todos los psiquiatras que hacen guardias en hospitales que ahora se dicen ajenos a la organización, la repercusión para la formación de residentes si no se cuenta con una red integrada.

Lo que el documento plantea es una profunda revisión de las formas organizativas que vienen funcionando desde hace más de veinte años la red de salud mental, facilitando la participación de todas las unidades en la programación y control de las actividades. No se puede ignorar que en el Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, la experiencia de organización y desarrollo de programas comunitarios que se inició con el proceso de reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés, tiene décadas de historia en las que ha sabido construir un modelo de atención que hoy se considera ejemplar dentro de la Comunidad de Madrid, en España e internacionalmente. Un modelo, que es la implementación del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, dentro de los principios de la Ley General de Sanidad y de las directrices de la OMS, organismo con el cual ha venido colaborando el Instituto, en sus paneles de expertos y en apoyo a programas de reforma en América Latina.

Un proceso que ha sido continuamente consensuado, a través de las comisiones de



salud mental, que completo sus estructura con la apertura de las unidades de hospitalización en los Hospitales de Leganés, Severo Ochoa, y Fuenlabrada; y con la incorporación de recurso de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Una realidad que ignoran los documentos de la Gerencia, empeñado, junto con el Jefe de admisión, ahora coordinador de programas clave en este nuevo proyecto estratégico, en redescubrir una asistencia “hospitalaria” que intenta borrar todo el proceso comunitario de integración y continuidad de cuidados que ha hecho una experiencia de buenas prácticas al Instituto, a la red de salud mental de Leganés.

La impostura se convierte en intento de descapitalizar el Instituto, cortando sus vínculos organizativos con las Unidades de Hospitalización, lo que, en la configuración actual de la sanidad convertiría al Instituto en un Hospital Monográfico de Crónicos, una vez que se integren los Centros de Salud Mental en la Gerencia de estos centros. Todo el proyecto planteado desde la Gerencia no es más que una superestructura burocrática, al margen de la asistencia (es evidente, la escisión respecto a la Comisión de Asistencia, organismo colegiado de la asistencia a la salud mental del Área); absolutamente desfasada, si no fuera porque simplemente es algo tan inconsistente como el entramado de consejos, juntas, comisiones y grupos de trabajo (como si de un complejo hospitalario de mediados del siglo pasado se tratara) que viene creando para sustituir la ausencia de conocimiento, la falta de respaldo de los jefes asistenciales, de los expertos y de la misma Oficina de Salud Mental. Es un montaje burocrático y falso que se hace desde el más absoluto de los aislamientos ¿Cuáles son los foros en los que se ha debatido este *proyecto estratégico*?, ¿Han planteado el gerente y el jefe de admisión sus postulados en un foro técnico, en las comisiones de área, en los círculos académicos o profesionales? No lo hicieron. A la Comisión de Asistencia, órgano en el que están representa-

dos todos los dispositivos del área, sea cual sea su adscripción administrativa, convocada para discutir el documento, no se presentaron ninguna de las personas involucradas en la elaboración del mismo.

A partir de ahí, los acontecimientos se precipitan: no hay posibilidad, a pesar de intentarlo en repetidas ocasiones, de interlocución con la administración, la gerencia no reúne a los órganos consultivos... son unas semanas de impase hasta que el 25 de enero los responsables de servicios clínicos reciben una nota de la gerencia en la que se informa del nombramiento de un nuevo director médico. No se menciona el cese de Manuel Desviat (que no lo recibe oficialmente hasta casi tres semanas después). Ese mismo 25 de enero, el nuevo director médico cesa, mediante una llamada por la tarde al teléfono móvil y sin argumentar razones técnicas, a la jefa de Distrito de Leganés y a la coordinadora del Hospital de Día.

A los pocos días de los ceses hay una asamblea de trabajadores, convocada por la Junta de Personal y el Comité de Empresa, en la que se protesta por las medidas y se pide el cese del Gerente. En Leganés y Fuenlabrada se convoca el Consejo municipal de Salud que emiten sendos comunicados de reconocimiento a la labor desarrollada por los cesados exigiendo sus restitución. Las manifestaciones públicas convocadas por las asociaciones de vecinos y los sindicatos se solapan con las protestas por la no aceptación, política y administrativamente, de la sentencia totalmente exculpatoria de Luís Montes y otros compañeros de la urgencia por el asunto de las sedaciones. En un par de semanas se reúnen cerca de 500 firmas, de profesionales de la salud mental de dentro y fuera del país, protestando de la medida al Consejero de Sanidad de la Comunidad, Sr. Güemes. Se realiza una pregunta parlamentaria en la Asamblea de Madrid. En la prensa, sobre todo local, aparecen comunicados y escritos de protesta.



4. ¿Cuál es el contexto de Madrid?

El 13 de febrero de 2008 tiene lugar una asamblea convocada por las Asociaciones Madrileña de Salud Mental y Madrileña de Rehabilitación Psicosocial a la que acuden más de 100 personas y en la que se hace el siguiente análisis de situación:

Crisis de la Salud Mental en Madrid: Temas clave (3)

a.- Deterioro progresivo del sistema sanitario público y privatización

Hay consenso entre los asistentes en que lo ocurrido en salud mental responde a una situación que afecta a toda la sanidad. Y esta situación se resume en la mayor agresión hacia la sanidad ocurrida hasta hoy. Bajo una estrategia intencionada y articulada se pretende acabar con la sanidad pública como la conocemos. En los últimos años se han producido una serie de acontecimientos como la creación de hospitales con capital privado, la externalización de servicios rentables como el radiodiagnóstico y los laboratorios para empresas privadas y, más recientemente, la nueva Ley de Acompañamiento a los Presupuestos prevé que cualquier centro puede privatizarse con un simple informe de Hacienda. Además se ha producido un hostigamiento a los profesionales, y en ocasiones, como en el caso Montes, criminalizando hasta el ensañamiento, y creando en la opinión pública la idea de “por algo será” pese a sentencias absolutorias, y repitiendo la estrategia con las recientes destituciones de Leganés.

Los nuevos hospitales no suponen la contratación de más personal. Se han nutrido de profesiones de centros públicos ya existentes cuyas plazas no van a cubrirse, lo que afectará a las listas de espera y a la calidad de la atención. En este contexto de desprestigio hacia la sanidad pública y sus profesionales, la Consejería de Sanidad puede a

continuación acudir al “rescate” del ciudadano con nuevos hospitales con capital privado y empresas sanitarias. El objetivo final es convertir la sanidad en un mercado rentable para intereses particulares.

b.- Quiebra del modelo comunitario en salud mental

Eliminación de la zonificación, del concepto de área. La integración en especializada, uno de los objetivos del Plan de Salud Mental 2003–2008 no se ha iniciado siquiera. Los nuevos hospitales nacen sin población de referencia. El Consejero hace declaraciones en las que afirma que el concepto de área es innecesario. Se pretende fomentar una competencia entre centros, donde su utilización esté determinada por el ‘mercado’. Los nuevos hospitales nacen descoordinados con lo ya existente. No se sabe qué programas van a desarrollar. Más bien parece que dependerá de los intereses del jefe del servicio o del profesional concreto. Nacen con personal dotado para consultas externas al margen de los Servicios de Salud Mental. Sin proyecto de integrarse en los Programas de Continuidad de Cuidados de cada área.

El Servicio de Salud Mental de Valdemoro tiene el mérito de ser el primero que desaparece absorbido por el hospital.

Y el Hospital Clínico de San Carlos tendría el mérito de ser el primero que trata de que el responsable del Continuidad de Cuidados esté en el hospital.

Y en otras áreas (por ejemplo en el área 7) se intentan movimientos como la posibilidad de derivar a los recursos de rehabilitación psicosocial directamente desde el hospital.

c.- Repercusión en la calidad de la atención. Reducción del personal en centros existentes por traslado a hospitales nuevos sin posibilidad de cubrir vacantes.

Los nuevos hospitales no suponen la contratación de más personal. Se han nutrido



de profesiones de centros ya existentes cuyas plazas no van a cubrirse.

La Oficina Regional de Salud Mental ha estimado que se pueden perder alrededor de 30 profesionales.

Un decreto reciente en el BOCAM establece que no va a haber ninguna contratación durante el 2008. Queda claro que estamos ante una “reordenación”, sin nuevos contratos.

Los Servicios de Salud Mental, ya saturados, tendrán que seguir funcionando sin los profesionales que se han trasladado a los nuevos hospitales.

d.- Actitud de hostigamiento de la administración hacia sus profesionales

No hay una cabeza visible en la administración que funcione como interlocutor con los profesionales de la salud mental. Hace tiempo que el papel de la Oficina Regional de Salud Mental ha ido desapareciendo. No parecen participar de los cambios. No hay un referente que escuche las propuestas de los profesionales ni que de explicaciones de los planes de la administración.

Se han producido destituciones despóticas y por razones de “falta de confianza” de cargos de Leganés con trayectoria ampliamente probada tanto por su capacidad técnica como organizativa. Se ha destituido a profesionales de referencia para un modelo comunitario de salud mental en un área pionera y referente a nivel nacional: Manuel Desviat (director médico IP José Germain), Ana Moreno (responsable de calidad y jefa de Hospital de Día), Marta Sanz (jefe del Centro de Salud Mental de Leganés), y Teo Sobrino, responsable Programa Continuidad de Cuidados, que fue la primera destitución, y en un programa clave para el área. No es gratuito. Es un ataque a proyectos que creen en la salud comunitaria. Con ceses discrecionales por razones “de confianza”.

5. ¿Qué cabe esperar?

En el nuevo organigrama (4), la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha sustituido la Subdirección General de atención Especializada por la “Dirección General de Hospitales”, suprimiendo asimismo la Dirección General de Salud Pública. Los mismos problemas que tienen que ver con la desinversión en lo público y la apuesta por lo privado que se está dando en la Sanidad, se dan también en Educación. Por otra parte, la aplicación de la Ley de Dependencia en la Comunidad de Madrid lleva un retraso considerable respecto a otras comunidades. ¿Puede hacerse una lectura conjunta de todos estos datos?

Como se señalaba en el informe sobre la asistencia a la psicosis en España (1), los riesgos para las reformas tienen que ver con dos aspectos fundamentales:

- a.- Cambios en la forma de gestión sanitaria y su repercusión en la forma de articulación de los dispositivos y programas de salud mental. Son loables los intentos de mejorar la gestión de lo público, pero no es esa la línea seguida por la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Sin que se haya demostrado en ningún estudio, no sólo se asume que el derecho público conduce al despilfarro y la ineficiencia y el derecho privado es garantía de calidad y excelencia, sino que se invierte en hospitales privados y/o propiedad de constructoras y se desinvierte en lo público. Como ya se ha señalado, la dedicación de prácticamente todo el presupuesto a los nuevos hospitales, la no cobertura de los profesionales que se han ido a estos centros, la ausencia de planificación sólo puede conducir a la falta de equidad del sistema, a la ruptura de la continuidad de cuidados, al desprestigio de la sanidad pública como paso previo para la privatización de servicios. Ya se ha hecho con las más fáciles y más rentables: laboratorio y radiología. ¿Alguien duda, por ejemplo, de la facilidad con la que es posible privatizar la



atención a la llamada patología menor de Salud Mental?

- b.- Cambios en la ideología de políticos sanitarios. A pesar de la existencia de documentos técnicos que apoyan la eficacia del modelo comunitario de atención a la salud mental, sólo los gobiernos progresistas han desarrollado estructuras y legislación que permitiera su implantación y crecimiento. Es necesario situarse en el contexto político de la Comunidad de Madrid, con una mayoría arrolladora de la derecha, donde, por ejemplo, está permitido —a algunos— cuestionar las resoluciones judiciales que atestiguan la falacia orquestada en el Caso Lamela, para entender lo ocurrido en Leganés. En ese contexto, sobran los lugares que demuestran cada día con el trabajo de los profesionales que las personas aquejadas de problemas de salud mental pueden vivir en la comunidad, integrados entre sus vecinos, que la existencia de un pequeño número de pacientes difíciles no justifica el mantenimiento de instituciones psiquiátricas. Hace siglo y medio, el manicomio de Leganés recibía enfermos mentales de todo el territorio nacional. En la actualidad, la Comunidad de Madrid deriva a algunos de sus pacientes más graves a instituciones psiquiátricas localizadas fuera de su territorio, sustrayéndoles así la posibilidad de un proceso rehabilitador que les permita la vuelta a su comunidad, a su barrio, a su familia.

No cabe duda de la impotencia que esta situación conlleva para los profesionales comprometidos en la defensa de un sistema sanitario público y del modelo comunitario de atención a la Salud Mental. Sin embargo, el mayor riesgo lo constituye el que la sensación de que se haga lo que se haga no servirá para nada lleve a dar cualquier tipo de acción como fracasada antes de iniciarla y a la parálisis. Quizá sea cierto, en un modo de despido interior, que la batalla está perdida de antemano y sólo es posible intentar sobrevivir en un sistema

cada vez más inhóspito. Pero también podría ser cierto que los profesionales tenemos la obligación de denunciar las situaciones que rompen con los principios de solidaridad, equidad, universalidad, calidad y eficacia a los que los ciudadanos tienen derecho cuando precisan asistencia sanitaria.

No nos engañemos, el conflicto de Leganés no es un conflicto aislado que obedece a un mal quehacer de una gerencia; no es sólo una cuestión de personas. El conflicto de Leganés es la consecuencia de una política determinada de la Comunidad. Las sedaciones sirvieron de pretexto para descabezar un hospital vanguardia de lo público; en salud mental un gerente instrumentó un largo conflicto con el mismo fin.

La crisis de la sanidad pública en Leganés abre un camino de tremendas consecuencias para el funcionamiento de la asistencia sanitaria. Que la confianza política prevalezca sobre el conocimiento y la experticia de los técnicos es algo impropio en un país democrático que pone en peligro el normal funcionamiento de la administración del Estado; al propio Estado. En el momento en que un jefe clínico puede ser cesado por falta de confianza, personal o política, y esto es defendido públicamente como normal —dado que han ganado las elecciones—, algo se ha quebrado en el talante moral de esta sociedad y sin ninguna duda estamos comprometiendo su futuro, no solo la calidad de los servicios públicos, sino todo un proyecto de sociedad.

Leganés es un paso más en el despiece de la asistencia pública, de un modelo de Estado. Quienes creemos en unos servicios públicos dignos, en un Estado social, tenemos que tener en cuenta el poema con el que se inicia el editorial del Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (Primavera, 2008)



Primero se llevaron a los funcionarios de correos,
pero a mi no me importó,
porque yo no lo era.

Luego fueron los del ayuntamiento,
pero a mi no me importó,
porque yo tampoco era.

Cuando fueron a por los especialistas de laboratorio de los nuevos hospitales,
no protesté,
porque yo no era de laboratorio,

Cuando vinieron a buscar a los de radiodiagnóstico,
no protesté,
porque yo no era de rayos.

Cuando vinieron a buscarme,
ya fue tarde,
no quedaba nadie más que pudiera protestar.

Madrid, mayo 2008.

Contacto:

Ana Moreno

ana@anamoreno2.jazztel.es



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Desviat M. La asistencia de la psicosis en España o hacia dónde va la reforma psiquiátrica. En: Rivas Guerrero F (ed). La psicosis en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid 2000: 41-73.
- (2) Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, otoño de 2007.
- (3) Conclusiones de la asamblea de las Asociaciones Madrileña de Salud Mental y Madrileña de Rehabilitación que tuvo lugar el 13 de febrero de 2008 en el salón de actos del Hospital Niño Jesús en Madrid.
- (4) Decretos 22 a 24/2008 publicados en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid en miércoles 9 de abril de 2008.