

El escenario de la salud mental; de la atención primaria a la sobrecarga asistencial

Victor Aparicio

Centro Colaborador OMS.
Servicios de Salud Mental. Asturias

Sumario

Desde la perspectiva de los cambios asistenciales ocurridos en las dos últimas décadas en la atención primaria y la salud mental se plantea el problema del crecimiento de la demanda asistencial de forma progresiva sin un crecimiento paralelo de los recursos humanos, con la consiguiente sobrecarga asistencial que amenaza al sistema. La demanda en salud mental crece por el aumento de la prevalencia, en especial de los T. neuróticos y adaptativos. No es ajeno a este crecimiento la difuminación de los límites entre normal y patológico de las nuevas clasificaciones diagnósticas. Esto se da en un marco donde se vislumbra una disminución de la preocupación administrativo-política por estos temas.

Palabras claves

Salud mental. Atención primaria. Reforma psiquiátrica. Sobrecarga asistencial.

Introducción

Quiero iniciar esta participación con unas observaciones sobre las diferentes posiciones y formas de abordar las políticas de salud mental que aparecen entre los grupos e instituciones que se ven comprometidos con estos quehaceres. El rasgo más sobresaliente es la heterogeneidad de las posiciones dentro de una realidad que también expresa un desarrollo de servicios heterogéneo, pero donde se utiliza un lenguaje con una apariencia forzada de homogeneidad cuando se hace referencia a la salud mental, y claramente homogéneo y simple cuando se habla de clínica. Si alguna vez se penso que las actuales clasificaciones diagnósticas tenían el riesgo de convertirse en textos de psicopatología, la realidad lo ha confirmado. Su sencillez, con-

creción y claridad facilitan un aprendizaje rápido. Uno de los aspectos más críticos de estas clasificaciones es que han difuminado los límites entre lo normal y lo patológico, ampliando el campo de la salud mental a toda conducta que se desvía de una norma preestablecida, lo cual no deja de tener su aspecto moralizante. Estos cambios no son ajenos al incremento de ciudadanos que se acercan a los servicios de salud mental y al aumento del gasto sanitario por consumo de psicofármacos. Tampoco esta situación es ajena al halo seductor que nos rodea a los psiquiatras colocándonos en esa posición de objeto deseado y cautivo, que nos tiene paralizados y nos lleva cada vez más a una pasividad y dependencia claramente acrílicas. En este contexto es fácil que se produzcan situaciones paradójicas, contradictorias o simple-



mente curiosas.

Tomo la palabra a los usuarios para enfocar estas observaciones. En una reunión de FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de familiares y enfermos mentales) (El País 30-5-2000) se hacían unas observaciones, en mi opinión oportunas y acertadas, sobre las necesidades actuales de los enfermos mentales. Hacían referencia a la necesidad de crear programas de atención domiciliaria, programas de respiro familiar en una red de estancias temporales, programas de integración social y la promoción de fundaciones tutelares para garantizar la protección jurídica de los enfermos mentales sin familia. Estas propuestas son coherentes con una confederación que agrupa al colectivo relacionado con los trastornos mentales más severos, y sobre todo al grupo de personas que padecen psicosis. Es una posición coincidente con la mantenida en los informes del defensor del pueblo. Son propuestas de futuro, modernas, adecuadas a las necesidades de los pacientes, respetuosas con sus derechos y que presuponen un rol social activo de los mismos. Si he de lamentar algo es que estas propuestas no tengan el eco suficiente, no traspasen el umbral de la simple noticia y no calen en los foros políticos y profesionales. Aunque paradójicamente, los medios de comunicación y los foros políticos pueden quedar deslumbrados por lo más aparente y producir una cierta distorsión de los temas. No faltan ejemplos. Así el sufrimiento psíquico expresado a través del lenguaje plástico y autoagresivo del cuerpo puede simplificarse en forma de conducta de riesgo derivada del efecto seductor de la moda.

Una situación compleja donde las estrategias sanitarias pueden ser divergentes de las necesidades y demandas de la población o simplemente no las más adecuadas. Por eso es necesario hacer una llamada a revitalizar la comisión de seguimiento de la reforma psiquiátrica del Consejo Interterritorial de Salud. La comisión tiene un papel en el análisis de las dificultades surgidas en los últimos años, puede posibilitar la coordinación de las distintas administraciones, unificar criterios sobre las estructuras y los procesos,...Esta estrategia nos puede evitar sobresaltos como el creado por el escaso desarrollo de los programas infanto-juveniles o la sorpresa de que la convo-

catória (2000) del Instituto de Salud Carlos III para estudios sobre evaluación de tecnologías sanitarias plantee entre sus 43 propuestas una respecto de la psiquiatría; la terapia electroconvulsiva.

Dentro de este marco tan heterogéneo y lleno de divergencias quiero centrarme en un tema; los escenarios del proceso de la Reforma. Partíamos de un escenario que conocíamos bien; el espacio institucional, es decir, el hospital psiquiátrico. Sin embargo, la reforma ha desarrollado nuevos espacios comunitarios, los centros de salud mental, y además nos ha desvelado el papel que la atención primaria tiene en estos temas. Aunque sabemos que hoy solo 1/5 de los problemas de salud mental que detecta el médico de atención primaria son derivados a salud mental, seguimos sin valorar adecuadamente que el nivel de atención primaria juega un papel primordial en la atención de salud mental.

El papel de la atención primaria

Estos 22 últimos años hemos visto y oído repetidamente el slogan "La salud para todos en el año 2000", que la OMS creó en 1978 durante la Conferencia que tuvo lugar en Alma Ata, capital de Kazajistán, y que contó con la aceptación de las autoridades sanitarias de más de 140 países (Vuori, 1984). Un slogan sencillo y comprensible que irradia universalidad e igualitarismo, pero que además introduce la limitación temporal del mítico año 2000. Ha llegado la hora de reflexionar y debatir sobre el camino recorrido.

En Alma Ata se debatió la estrategia para alcanzar ese objetivo y por primera vez la OMS adoptó formalmente el concepto de "Atención Primaria de salud" (Sartorius, 1997). Este fue el camino elegido para organizar los servicios de salud en muchos países. El concepto es amplio y flexible, y tiene utilidad en cualquier contexto o nivel de desarrollo. Hemos señalado en otro momento (Aparicio-Basauri, 1995) que a veces se ve "el desarrollo de la atención primaria de salud como un problema exclusivo de los países en vías de desarrollo, al considerar que no pueden hacer frente a un sistema hospitalario más especializado, más costoso y que en último término se designa como más eficaz." A mi entender es una visión sesgada y reduccionista ver este



tema como un simple primer nivel de asistencia básica y no con el carácter integral e integrador que tiene el concepto de Alma Ata. La definición contenida en esa declaración es por sí sola demostrativa de su carácter amplio e integrador: "La atención primaria de Salud es la asistencia esencial a la que deben tener acceso de forma general todos los individuos y familias de la comunidad ,a través de los medios adecuados a ellos, contando con la participación total y a un coste que la comunidad y el país puedan afrontar. Forma parte integral del sistema sanitario del país, del que constituye el núcleo básico, y del desarrollo social y económico global de la comunidad". Por eso Vuori (1984) ha señalado que este es un concepto que se puede ver también como una estrategia y como una "filosofía" al asumir un concepto amplio de salud ,dentro de un sistema sanitario justo e igualitario que promueve la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Este marco de referencia ha servido a países, como España, iniciar en ese mismo periodo una reforma de sus estructuras básicas de salud en la línea de desarrollar un modelo de Atención Primaria de salud integral e integrado. En la situación española estos cambios han coincidido en el tiempo con un proceso de Reforma Psiquiátrica que ha buscado una modernización de los servicios de salud mental. Los principios que avalan estos cambios y las nuevas estructuras creadas pasamos a exponerlos a continuación.

Reforma sanitaria y atención primaria

Es en la década de los 80 cuando se desarrollan profundos cambios en el marco jurídico y en las estructuras sanitarias españolas. La Ley General de sanidad de 1986 es el punto central de estos cambios, dado que es el eje de la reforma sanitaria al universalizar la atención sanitaria al conjunto de la población. Es importante señalar que en 1978 se había regulado la especialidad en Medicina familiar y comunitaria como base para la formación de los futuros médicos que iban a integrar los equipos de atención primaria. Esta nueva formación ira desarrollándose y ampliando sus objetivos docentes. Después de 1984, con la creación de los

centros de salud y el inicio de la reforma psiquiátrica se plantean las primeras rotaciones específicas por los servicios de Salud mental de estos médicos. En Asturias, comienzan en 1985 (Martínez et al, 1997) con una rotación de un mes, dentro del 2º año de formación, por los centros de salud mental. El 3er año de formación lo dedican exclusivamente a la rotación por los centros de salud donde vuelven a enfrentarse a problemas específicos de salud mental dentro del contexto específico de la atención primaria. Su formación se complementa con seminarios teóricos y grupos optativos de indicación terapéutica donde se discuten casos clínicos de la práctica diaria.

El cambio más profundo para la atención primaria es en 1984, cuando se regulan, por ley, las estructuras básicas de salud. Este decreto define la composición y funciones del equipo de atención primaria, señala su territorialización y crea los Centros de Salud. El nuevo modelo supone una ruptura con la situación anterior al apostar por una dedicación amplia de los profesionales, por integrar lo asistencial y lo preventivo, por fomentar el trabajo en equipo y por apoyarse en una territorialización que apuesta por lo comunitario (García González, 1992). El desarrollo de este nuevo modelo ha sido progresivo (Figura 1) encontrando que en 1991 cubría a un 54 % de la población española de las comunidades autónomas sin transferencias sanitarias (García González, 1992), en 1994 afectaba al 61 % de la población del conjunto de España (Encuesta nacional, 1996) y en 1996 al 81 % de la población de las comunidades autónomas sin transferencias sanitarias (Ventura y González, 1999)*. Con ese desarrollo del modelo nos encontramos en 1996 con un médico de atención primaria cada 1333 habitantes (Figura 2) en las comunidades sin transferencias sanitarias (Ventura J, González E, 1999). Sin embargo, con el desarrollo del modelo ha aparecido un problema que es similar en algunos países europeos ;la sobrecarga asistencial. En un estudio reciente en tres centros de Salud de Asturias (Lopez B et al, 1999) la media de pacientes día por médico era de 35/40 pacientes y el tiempo medio de dedicación por paciente de 5 minutos. Kin-

¹ En Asturias en 1999 la población bajo el nuevo sistema de atención primaria era del 87,5 %.

month y Thompson (1997) refieren que los tiempos de dedicación por paciente varían de 5 a 30 minutos en diferentes estudios, siendo de 8 minutos para el Reino Unido. La sobrecarga asistencial siempre es un obstáculo para un trabajo de calidad donde prime la relación terapéutica y las actividades estén centradas en el paciente. Sin embargo, la sobrecarga asistencial nos remite al tema de los límites del sistema sanitario, clave en países con sistemas nacionales de salud universalizados. En España en la última década ha surgido este debate, a veces apasionado, sobre si se deben poner límites a las prestaciones sanitarias, que tipo de límites y a quien afectaría (Costas Lombardía E., 1993). Un debate que implica a todos los ciudadanos y no solo a los políticos y a los profesionales, porque modula el tipo de estado de bienestar social que deseamos.

Paralelamente a este proceso de instauración de la atención primaria se promueve un proceso de reforma psiquiátrica que es clave para entender los nuevos tipos de relación entre ambos niveles asistenciales.

Reforma psiquiátrica o de la atención en salud mental

En los principios que sustentan la reforma psiquiátrica española se aprecia una influencia clara del movimiento renovador de la psiquiatría alternativa italiana, sobre todo en el marcado acento desinstitucionalizador y en la búsqueda de alternativas al hospital psiquiátrico. Los otros rasgos de nuestra reforma; son su apoyo decidido a integrarse en el sistema sanitario general, apuntando como uno de sus objetivos prioritarios el transferir la hospitalización psiquiátrica a los hospitales generales del sistema sanitario, el priorizar una red de salud mental comunitaria cuyo eje central sea el Centro de salud Mental y por último, considerar el papel relevante que tiene la Atención primaria en los temas de salud mental. Estos principios quedaron recogidos de forma breve en el art. 20 de la ley general de Sanidad de 1986 y de forma amplia en el informe de la comisión ministerial para la reforma Psiquiátrica de 1985. Este es el documento base que ha orientado los procesos de reforma de las distintas comunidades autónomas españolas. Desde esa fecha el camino recorrido ha sido desigual

y heterogéneo en esas comunidades. A los 6 años de la presentación del informe de la comisión, en 1991, una evaluación (Aparicio Basauri, 1993) de los cambios estructurales del proceso de la reforma detectaba (Figura 3) que solo en 3 comunidades (Andalucía, Asturias y Navarra) que representaban a un 22% de la población española se había consolidado el modelo, mientras que en seis comunidades (Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Murcia) con una representación del 19,06 % de la población española todavía no se había iniciado un proceso claro de reforma e incluso había otras dos comunidades (País Vasco y Cataluña) con un modelo mixto con marcado acento institucional.

Para el tema que estamos tratando es preciso observar el desarrollo e implantación de los centros de salud mental o unidades de salud mental comunitarias. Los datos de 1996, última encuesta actualizada del Ministerio de Sanidad, dan una cifra media de 70.757 habitantes por centro de salud mental (Bravo Ortiz, 2000) (Figura 4) con tan solo una comunidad (Madrid) superando los 100.000 habitantes por centro de salud mental. En general, el objetivo se ha conseguido en la mayor parte del país, dado que existía un consenso de que la cifra por centro de salud mental debía oscilar entre los 75.000 y 100.000 habitantes. Sin embargo, los recursos humanos para estos centros crecieron más en la década de los ochenta, para estabilizarse en la primera mitad de los noventa, aunque en el periodo del 91 al 96 las consultas totales de los centros crecieron un 77 % y las primeras consultas un 60 % (figura 5). Nuevamente, al igual que ha ocurrido con los centros de atención primaria, aparece el problema de la sobrecarga asistencial. Este problema en ambos niveles es un obstáculo para asegurar la calidad de las prestaciones. El caso de Asturias nos permite un análisis más pormenorizado de este problema. Esta comunidad está entre las que más ha avanzado en el proceso de reforma y cuenta con el sistema de registro acumulativo de casos más antiguo de España, instaurado en 1986 para toda la región (1.100.000 habitantes). De los datos aportados en la figura 6 se aprecia que hay un crecimiento lento de la incidencia en la década de los 90 con un crecimiento impor-





tante y constante de la prevalencia (casos acumulados), que tiene menos repercusión en el crecimiento moderado del número de personas que utilizan las unidades de hospitalización. Cuando se desglosa por grupos diagnósticos según el criterio CIE 9 del propio registro de casos, nos encontramos que proporcionalmente el aumento es a costa del grupo de las neurosis y de los trastornos de adaptación perdiendo peso relativo ,tanto en la prevalencia como en la incidencia, el grupo de la esquizofrenia y el del alcoholismo (Figura 7, 8 y 9). Además, los datos de la prevalencia señalan un crecimiento constante de los usuarios que están tomados a cargo por los centros de salud mental sobre todo con aquellos trastornos considerados menos severos. Lo que no sabemos es si en algún momento cercano habrá una estabilización de la demanda o si todavía seguiremos ampliando nuestro campo de acción por el intrincado mundo del sufrimiento de la vida cotidiana, sin saber si hay algún límite que se pueda objetivar y consensuar. Una cuestión que permanece abierta.

La relación salud mental y atención primaria

En los países con sistemas nacionales de salud que integran los niveles de atención primaria y especializada, la llegada al nivel especializado se realiza mayoritariamente desde atención primaria. Hay países, como EEUU, en que los ciudadanos pueden hacer un by-pass y acceder directamente a los servicios de salud mental. Esto conlleva diferentes tasas de morbilidad psiquiátrica en atención primaria al ser mas bajas en los lugares donde el acceso es directo al nivel especializado (Goldberg, 1995b). En los sistemas mas integrados se sabe que un 20% de las personas atendidas en atención primaria tienen un problema de salud mental bien definido y si se valoran los problemas menos severos se alcanza una cifra del 40 % (Vazquez Barquero, 1997). En un estudio en centros europeos se observó que 2/3 de los pacientes que llegaban a los servicios de salud mental venían directamente del medico de atención primaria (Goldberg, 1995 a) y en Asturias, en 1991, el porcentaje era del 75 % (Aparicio-Basauri, 1995). Estos datos muestran dos de las funciones de atención primaria íntimamente

relacionadas; una la de filtro al nivel especializado y otra la de derivación. Esto supone que en el nivel de atención primaria quedan problemas de salud mental que van a ser tratados específicamente en ese nivel, dado que solo 1/5 de la morbilidad psiquiátrica detectada es derivada al nivel especializado (Goldberg, 1995 b), aunque es importante señalar que el medico de atención primaria no detecta otro 50 % de los casos. Los problemas de salud mental que toma a cargo el medico de atención primaria no son una copia de los que se derivan al especialista, sino que hay un predominio de trastornos neuróticos y de trastornos de adaptación (Goldberg, 1995 b) aquí surge una de las quejas mas frecuentes de los médicos de atención primaria, su falta de formación para abordar estos temas. En un estudio en nuestro medio (Lopez Muñoz et al, 1999) 2/3 de los médicos no se consideraban formados adecuadamente. El enfoque de este problema es difícil y controvertido. En mi opinión con frecuencia se ha planteado el tema como una “colonización” de la atención primaria desde el saber psiquiátrico promoviendo una formación similar a la del especialista pero en versión reducida. El primer obstáculo al que se enfrenta el medico de atención primaria es el enmascaramiento de la demanda. En una encuesta realizada por nuestro equipo en un centro de salud rural hemos comprobado que solo un 2,18 % de la demanda de atención primaria era expresada claramente como un problema de salud mental. Una parte importante de los problemas van contextualizados como somatizaciones. Una observación interesante es que el estilo de atención influye en los resultados. Los médicos que trabajan mas centrados en el paciente que en el tema clínico, es decir, que hacen una atención mas personalizada tienen mejor capacidad de detección (Goldberg, 1995 b). Estos estilos de trabajo van ligados al modo de relación que se establece entre los dos niveles. Antonell (1993) ha esquematizado los diferentes tipos de relación:

- a) Modelo de derivación: atención primaria derivaría al nivel especializado los casos detectados. Es un modelo frecuente en nuestro medio.
- b) Modelo de reemplazo o de apropiación: atención primaria solo derivaría



casos que necesitan hospitalización o atención muy especializada apropiándose de la mayoría de los casos. Este modelo es frecuente en sistemas con un nivel especializado muy rudimentario.

- c) Modelo de enlace: aquí se plantea una colaboración estrecha entre ambos niveles usando técnicas de interconsultas, discusión de casos, visitas conjuntas, consulta única de apoyo,..Es el modelo que consideramos mas eficaz aunque implica mas esfuerzo y cooperación.

Conclusión

Los cambios en la estructura asistencial tanto de atención primaria como de salud mental han sido amplios desde la década de los ochenta y esto ha permitido que haya un crecimiento importante de la demanda. Sin embargo, los recursos humanos no han crecido paralelamente al crecimiento de la demanda creándose una situación de sobrecarga asistencial que amenaza seriamente la calidad de las prestaciones de los centros de salud y de los centros de salud mental. En salud mental a la vez se ve que lo que mas crece es la prevalencia sobre todo a costa de trastornos que antes tenían la consideración de menores (T. Neuróticos y de adaptación) respecto a los trastornos con siderados de mas repercusión clínico-asistencial (psicosis, alcoholismo y drogodependencias). Asisti-

mos al crecimiento de los tratamientos prolongados en los centros de salud mental (nueva cronicidad) sin una estrategia clara de cómo abordar esta situación. En este momento hay que plantearse la relación existente entre este aumento e la demanda y la difuminación de los limites entre lo normal y lo patológico en las nuevas clasificaciones diagnosticas. También es prudente debatir cuales deben ser las funciones de un sistema asistencial colapsado ante el crecimiento de las demandas de carácter administrativo-burocrático (incapacidades, minusvalías, inspección médica,...).

La relación entre atención primaria y la red de salud mental es clave para dar una respuesta integrada y coordinada a estos problemas. Las formulas para mejorar la relación entre ambos niveles deben ir dirigidas a formulas permanentes de cooperación y a una mayor implicación de la salud mental en los programas formativos de los MIR de medicina familiar y comunitaria. En este marco se debe revalorizar el papel de los equipos de atención primaria en el abordaje de los problemas de salud mental. El nivel especializado y la atención primaria son dos escenarios para un mismo tipo de problemas

· Una primera versión de este trabajo fue presentada en una mesa redonda del 21 Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebrado en Santiago de Compostela los días 7-10 de junio de 2000

Bibliografía:

- Antonell Caldentey J. (1993).Nuevos modelos de relación entre equipos de atención primaria-equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación. *Atención primaria*,12,7,416-421
- Aparicio-Basauri V. (1993). Evaluación de Servicios de salud Mental. AEN. Madrid
- Aparicio-Basauri V (1995). Atención primaria y Salud mental: vicisitudes de una relación. *Psiquiatría publica*, vol. 74,197 -202.
- Bravo Ortiza Mf et al (2000). Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. *Cuadernos técnicos* 4.AEN.
- Costas Lombardía E. (1993). La sanidad agobiada. El País ,6 agosto 1993.
- García Gonzalez J. (1992). La salud mental en la atención primaria en España: de la teoría a la acción. Uni versidad Menendez Pelayo. Santander.
- Goldberg D. (1995a). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic reviews*, 17,1,182-190
- Goldberg D. (1995b). Common psychiatric disorders in primary care. *Bailliere's clinical psychiatry* 1,2, 247-259.
- Kinmonth A-L,Thompson C (1997).The future of mental health in primary care settings. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 6,1,1 7-20.
- Lopez Muñoz et al (1999). Coordinación AP-SM. Una aproximación a través de las derivaciones. Trabajo de investigación MIR. Insalud. Asturias.
- Martinez Suarez M, Lopez Diaz A., Suarez Gil P. (1997)..Salud Mental en Atención primaria. Cuadernos Asturianos de Salud ,10,9-20.
- Ministerio de Sanidad y consumo (1996). Informe evolutivo de la Encuesta de salud mental 1991-1994.
- Sartorius N (1997) Psychiatry in the framework of primary health care: A treat or boost to psychiatry. *Am J Psychiatry* 154;6,june.67-72,feestschrift supplement.
- Vazquez Barquero J.L. et al (1997). Mental Health in primary care. *British Journal of Psychiatry* 170, 529-535
- Ventura J.,Gonzalez E.(1999).El gasto Sanitario en Asturias (1991-1997): análisis de la eficiencia. *Cuadernos Asturianos de Gestión Sanitaria* 2.
- Vuori H.V.(1984) ¿Que es la Atención Primaria de Salud?. *Atención Primaria*;vol.1,1,9-10