

¿Hacia dónde va la Red de Salud Mental?*

Where is the Mental Health Network heading to?

Pedro Cuadrado Callejo.

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Vallecas Villa. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Resumen: Con un devenir similar al de la Red de Atención Primaria, el futuro de la Red de Salud Mental, al igual que el de aquella, pasa por redefinir su papel en el Sistema Nacional de Salud desde el compromiso social y la equidad. Mientras que la mayor parte de su demanda y sus prácticas están muy cerca de Atención Primaria, los liderazgos se han desplazado hacia la atención hospitalaria y sus modelos de atención. El futuro pasa por acercarse a su demanda, lo que implica abordar la cuestión de las prácticas coercitivas en el manejo del Trastorno Mental Grave, y asumir la atención al Trastorno Mental Común en igualdad de condiciones que el Trastorno Mental Grave, en aras de la equidad y de la repercusión funcional que produce. Debe ir hacia un modelo de atención caracterizado por la longitudinalidad, universalidad, accesibilidad, integralidad, centrada en la persona más que en la enfermedad, que maneje y tolere la incertidumbre, orientada a la prevención y con un enfoque no solo individual sino también familiar y comunitario.

Palabras clave: Salud Mental. Atención Primaria. Organización Asistencial. Trastorno Mental Grave. Trastorno Mental Común.

Abstract: Both The Primary Health Care Network and The Mental Health Network have evolved in the same way and their future role will have to be redefined within The National Health Service from social commitment and equity. Whereas most of the demand and the practices are very close to Primary Health Care, the leadership has been moved to hospitals and their care models. In the future it needs to be brought near its demands which will imply facing the issue of coercive practices when dealing with Severe Mental Disorders and assuming the care of Common Mental Disorders on an equal basis with Severe Mental Disorders, in the interests of equity and functional impact. It should follow a model characterised by longitudinality, universality, accessibility, integrality, focusing on the person rather than on the illness; one which will deal with and tolerate uncertainty and oriented towards prevention. The approach will need to be not only individual based but also family and community based.

Keywords: Mental Health Care. Primary Health Care. Healthcare Organization. Severe Mental Disorders. Common Mental Disorders.

* Congreso de la AEN, Córdoba, 2018. Mesa redonda sobre "Construir el futuro ¿Hacia dónde vamos?"

1. ¿Desde dónde miramos el futuro? ¿Dónde estamos?

Dos apuntes para contestar a esta pregunta.

- En primer lugar, una viñeta personal; pero que también forma parte de la vida íntima de la Red de Atención a la Salud Mental, al menos de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid: el cese de José Juan Rodríguez Solano, Jefe del Centro de Salud Mental Puente de Vallecas de Madrid. La Directora-Gerente le cesó con un mero acto administrativo por omisión: no firmó su comisión de servicio. Nadie contó con él ni tuvieron que dar explicaciones a nadie de su cese tras llevar más de 15 años gestionando uno de los Centros de Salud Mental más complejos de Madrid. Tampoco tuvieron necesidad de razonar el cese. Justo un año antes se había producido la integración de su CSM en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor y las decisiones que se tomaban no le gustaban. No le gustaban y no se callaba. Escribimos y firmamos una carta, y se la remitimos al Director General de Coordinación Asistencial solicitándole una entrevista para expresarle nuestro rechazo a la decisión y trasladarle la precariedad en la que se encontraban los CSMs, uno de los dispositivos claves de la Red de Salud Mental según el Plan Estratégico vigente. La integración es esto, nos dijo, no hay marcha atrás, pero, de todas maneras, alguna función terminareis teniendo porque los Servicios Hospitalarios no van a ser capaces de resolver todos los problemas.
- El segundo apunte, tiene que ver con la publicación, en abril de este año, del libro “La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata, de Luis Palomo y Marciano Sánchez Bayle y editado por la Fundación Alternativas. La Red de Salud Mental y la Atención Primaria han compartido vida a lo largo de estos cuarenta años, o en el peor de los casos han tenido vidas paralelas. Hablar de Atención Primaria es, por lo tanto, una buena manera de hablar de nosotros con la ventaja, al menos, de una mínima distancia que favorece la objetividad. La primera idea que reseñar de este libro, y es una idea importante, es que se ha llegado hasta aquí con “más logros que decepciones”, pasando por distintas

etapas: 1) una implantación “épica”, coincidiendo con el impulso desde los organismos internacionales (OMS) y, a nivel local, con un clima de reformas políticas y sociales y un fuerte deseo de implicación de los profesionales en la modernización de la sanidad pública; 2) una fase de estancamiento, con una ralentización y cambio de planteamientos de la reforma, a mitad de la década de los 90, que tiene que ver con abrir al mercado los sectores públicos en torno a las recomendaciones del Informe Abril de 1991 (Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud), y la separación entre la financiación y provisión de servicios; 3) y una última etapa, que se inicia a comienzos del siglo XXI, y está caracterizada por la “ausencia de propuestas creativas, el adocenamiento profesional, la desilusión por la falta de liderazgo de los gestores, la impotencia ante las crecientes demandas de la población por la medicalización de los problemas sociales y la conversión de los servicios asistenciales en bienes de consumo ilimitados; las quejas de políticos y gestores porque se dispara el gasto sanitario, de los pacientes porque tardan mucho en recibir la atención que creen necesitar, y de los médicos especialistas y los hospitales de la falta de filtro y eficacia de la AP”. Este panorama se agrava con la crisis económica de los últimos diez años y las respuestas a la misma con la introducción de copagos, la pérdida de la universalidad de la asistencia y la precarización profesional con un descenso del presupuesto (el recorte de la inversión sanitaria pública en AP lo estiman en 1551 millones de Euros entre 2010 y 2014), una disminución de los puestos de trabajo y el fomento de la privatización de las coberturas asistenciales. Las principales señas de identidad de esta etapa serían:

- 1) El sometimiento de los Centros de Salud a las Gerencias Hospitalarias. (“La AP ha quedado relegada a realizar un control de los llamados procesos asistenciales, algo imposible de realizar dada la falta de poder, prestigio y liderazgo de la Medicina de Familia respecto a los Servicios Hospitalarios”).
- 2) Las limitaciones de la Gestión Clínica. La introducción de herramientas de gestión empresarial (plena autonomía, presupuesto propio, externalización de procesos



asistenciales, en nuestra Red: la Red de Drogas o de Rehabilitación) y capacidad para vender sus productos en un mercado sanitario interno) a los centros sanitarios públicos que suelen tener poco recorrido al estar diseñadas para obtener más eficiencia o más beneficios económicos.

- 3) Los problemas de calidad asistencial y de capacidad resolutoria. La masificación de los cupos con una incapacidad material para resolver los casos en este nivel y un incremento de las derivaciones a los servicios especializados y hospitalarios con su repercusión en las listas de espera y en los riesgos para la salud.
- 4) Las barreras de acceso a la atención. Como las barreras de acceso a medicamentos tras la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, que aumentó el porcentaje de trabajadores con obligación de copago e instauró el copago entre los pensionistas.
- 5) El aumento de la irracionalidad asistencial y peligros para la salud. (La presión asistencial que impide llevar a cabo actividades esenciales contempladas en el modelo de salud comunitaria (promoción de la salud, prevención, trabajo con la población). Este abandono repercute sobre la racionalidad del sistema que prioriza la curación, el uso de tecnologías y medicamentos, que supone, además de un aumento del gasto y un riesgo para la salud (la iatrogenia es la cuarta causa de mortalidad general en EE. UU.).

El análisis es muy similar al que llevan haciendo Manuel Desviat acerca de la Reforma psiquiátrica, la implantación del modelo comunitario y su devenir, y que se puede releer en los primeros capítulos, coescritos con Ana Moreno, que abren el libro "Acciones de Salud Mental en la Comunidad", una de las Ponencias del XXV Congreso de la AEN de Tenerife, en el 2012. Y, sobre todo, en uno de sus últimos libros: "Cohabitar la Diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva", en la que sostiene el agotamiento de los procesos de reforma, cumplidos más o menos sus objetivos fundacionales (mejora de sus servicios, mayores garantías legales para los internamientos y medidas cautelares y una considera-

ción social algo menos estigmatizante de la locura), y aboga por una salud mental colectiva, más allá del horizonte del estado del bienestar, en el que se insertaban los procesos de reforma, que aborde las cuestiones que se quedaron fuera en este primer proceso de reforma: la salud pública, la atención a la subjetividad o la desinstitucionalización real de las prácticas de la salud mental.

2. Ganar el futuro

- Es un término que recupero del libro de Luis Palomo y Marciano Sánchez Bayle: "Para ganar el futuro, Atención Primaria debe replantearse su misión en el Sistema Nacional de Salud, tiene que incrementar su prestigio y reducir las desigualdades sociosanitarias, tiene que ejercer liderazgo en la persecución de la justicia social, tiene que mejorar su eficiencia social y económica contribuyendo a la equidad y a la sostenibilidad del gasto sanitario". Ese también debe ser el enfoque en Salud Mental: en lo social está la cuestión. Lo social no solo no contamina y desvirtúa nuestro trabajo, como oímos quejarse continuamente a muchos de nuestros compañeros, sino que tiene que ser nuestro horizonte. Y el punto de partida para abordar el futuro de la red de salud mental es reconocer, en nombre de los profesionales que la componemos y que tenemos dificultades para mirar para otro lado, que "No hay soluciones tecnológicas ni técnicas para la mayor parte de nuestra demanda".

Dicho esto, ¿cuál debería ser nuestra misión en el Sistema Nacional de Salud? Cuando en el día a día de la clínica tenemos que tomar decisiones con intereses poderosos contrapuestos (paciente, familia, administración, padres en litigio, empresa, jueces, sistema educativo, etc.) una manera de ayudarnos a salir de esos dobles vínculos y encrucijadas, casi la única, es pararse y preguntarnos "¿Para quién trabajo?".

- ¿Para quién trabajamos? ¿Cuál es nuestra demanda? (El ¿quién manda aquí? de Michel Foucault, que se debe incorporar a cualquier cuestión). No es una respuesta sencilla y mucho menos, si incorporamos a la misma, valores, que siempre es imprescindible incorporar cuando hablamos de un sistema público de atención, como la equidad.

Andaba bastante perdido con la pregunta. Lo único que tenía claro es que, en gran medida, la demanda nos viene dada, no la decidimos los profesionales de la salud mental; pero me faltaba un hilo conductor, un contenedor, cuando me llegó el último libro editado de Alberto Fernández Liria “Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la “salud mental”. Un libro de formato pequeño e informal, unos apuntes, pero denso y conciso como pocos y con una idea muy clara que transmitir. Un libro necesario. Se trata de una historia constructivista de la Salud Mental con cuatro grandes etapas y para cada etapa “un encargo” a la (Red de) Salud Mental: “nuestra demanda”, entendida como tal: lo que nos llega y como lo recibimos y manejamos.

Resumiendo: el **primer encargo** fue y es (porque una de sus ideas importantes, es que todos los encargos, con mayor o menor peso, siguen estando presentes hoy en día), “justificar y gestionar un espacio de exclusión para aquellas personas que tenían comportamientos que entorpecían la convivencia, pero por no parecer libres, no se prestaban a ser regulados por el aparato de la justicia”. El **segundo encargo** fue y es “preservar y reparar la fuerza de trabajo cualificada”. El **tercer encargo**, que surge de la necesidad del sistema capitalista de expandir el mercado para poder obtener beneficios crecientes, es hacerse cargo de la intimidad y las relaciones personales convertidas en un bien de consumo y los males emocionales que las acompañan en “trastornos tratables”. El **cuarto encargo** y último, es general para todo el sistema sanitario y nuestra función debería ser, en nombre de la libertad y la autonomía de los modelos neoliberales, justificar la eliminación de los mecanismos colectivos de solidaridad y protección de la salud, frecuentemente desempeñados por el Estado, con la introducción y defensa de nuevos conceptos y valores como los de autonomía, recuperación y gestión clínica.

- Todos estos “encargos” conforman nuestra demanda. Por ponerle nombres conocidos y no alejarnos demasiado de la concepción de demanda que hemos reseñado, la Red de Salud Mental tendría que responder a la pregunta ¿Qué hacer con los Trastornos Mentales Graves y con los Trastornos Mentales Comunes?

Con los **Trastornos Mentales Graves** el debate está centrado, y no puede ser de otra manera, en la coerción. Es una demanda ligada al “primer encargo” (la gestión de espacios y respuestas de exclusión para “la diferencia” y los comportamientos que alteran la convivencia). Más allá de las discusiones ideológicas y de los protocolos, hay que señalar que determinadas estructuras y dispositivos sanitarios en los que opera la Red de Salud Mental difícilmente van a poder funcionar sin coerción: el discurso dominante de la tecnología y las relaciones verticales que subyacen a estos dispositivos, la impone. Se trataría, por lo tanto, de alejar la atención todo lo posible de estos dispositivos y acercarla a los recursos y dispositivos “más normalizados”. Esta tarea es prioritaria en algunas demandas de este grupo, que ha cambiado su rostro en los últimos 40 años; pero que como entonces el término “locura” es el que mejor la define. Qué hacemos con todas esas variantes de la personalidad con su alta emocionalidad, sus conductas impulsivas, adicciones y reacciones psicóticas, es una pregunta prioritaria. La gran mayoría de los testimonios en primera persona que escuchamos sobre la coerción, provienen de estos grupos.

Los **Trastornos Mentales Comunes** no estaban ni se les esperaba cuando se iniciaron los procesos de reforma que diseñaron e hicieron posible la Red de Salud Mental actual. El “segundo y el tercer encargo” han hecho de los Trastornos Mentales Comunes la principal demanda de la Red de Salud Mental. Nos guste o no, nos parezca legítima o un mero capricho. Ya a finales de los 90, se empieza a plantear que el devenir del modelo de atención comunitario iba a estar marcado por el impacto de los Trastornos Mentales Comunes, y desde algunas instancias como la Federación Mundial de la Salud Mental, en su Boletín del Consejo Regional Europeo de 1996, y desde una ideología muy concreta, se planteaba la necesidad de sacarlos de la Red de Salud Mental, dejando ésta para las auténticas enfermedades mentales. El recién aprobado Plan de Salud Mental 2018-2020, de la Comunidad de Madrid, sigue esta directriz a pies juntillas: un tercio de los 30 millones de su financiación va para concertar nuevas Unidades de Media y Larga Estancia, otro tercio para Unidades Hospitalarias y el tercio restante para reforzar los programas de

Continuidad de Cuidados del Trastorno Mental Grave. Pero no cabe ninguna duda que, en un marco de equidad, el principal reto de futuro de la Red de Salud Mental no es quitarse de encima los Trastornos Mentales Comunes sino cómo hacerse cargo de esta demanda.

Y eso lleva la cuestión a las **relaciones de la Red de Salud Mental con Atención Primaria**. Nuestros destinos están encadenados. La Atención a la Salud Mental Primaria lo exige. Su gestión, a través de la coordinación, se ha hecho con el modelo de la buena voluntad, que es lo que ocurre cuando no se pertenece a la misma red y no se tienen las mismas ataduras. Y que como todos los modelos de cooperación son tanto más eficaces cuanto mayores son los excedentes de las partes implicadas: nos coordinamos y cooperamos con lo que nos sobra, una vez cubiertas nuestras necesidades (un término siempre subjetivo: a algunos nunca les sobra nada, a otros les sobra casi todo). Y en épocas de crisis con precariedades por los dos lados, nos sobra poco, aun con la mejor voluntad. Ander Retolaza, coordinó una de las ponencias del XXIV Congreso de la AEN, en Cádiz en el 2009, con el título Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación; y merece la pena su relectura en todos los sentidos. Mi punto de vista, exagerando un poco, es que por el nivel de sufrimiento que producen y por su nivel de repercusión funcional y discapacidad, teniendo en cuenta la línea base de la que parten las personas afectadas, los TMC no se diferencian mucho de los TMG. Además, son trastornos que nos obligan a definirnos como Asociación y como profesionales sobre nuestra consideración de lo que es y de lo que debe cubrir una Red de Salud Mental Pública.

- Para terminar, ¿Hacia dónde vamos? mi idea es que, si queremos ganar el futuro, la Red de Salud Mental pública debería “acercarse a su demanda”. Que este “acercarse a su demanda” fue un vector central de los procesos de

reforma de los años 70 y 80 cuando se tenía claro que nuestra demanda estaba en el Sistema Sanitario. Y que también se tenía claro que la integración en el Sistema Sanitario llevaría aparejado un cambio en la manera de atender a los problemas de salud mental por parte de éste. Y que éste, en el fondo, era el verdadero objetivo: Integrar para acercar el Sistema Sanitario de atención a los problemas de salud mental a su demanda. Y junto a esta idea, mi percepción de que la Red de Salud Mental lleva alejándose de “su demanda” casi desde el primer momento de la integración. Y que acaso deberíamos desandar un poco lo andado, que un acercamiento a Atención Primaria nos permitiría “acercarnos y asumir con naturalidad nuestra demanda”.

Un cambio de ciclo significaría recuperar la Atención Primaria y la Atención a la Salud Mental Primaria que se hace cargo de la mayor parte de la demanda, como puerta de entrada al sistema y como atención y abordaje de la cronicidad. Una Atención Primaria y una Atención a la Salud Mental Primaria cercana, con población de referencia, centrada en las necesidades y demandas de esa población, con abordajes integrales y con equipos multiprofesionales para poder llevar a cabo esos abordajes, potenciando, como señala Clara Benedicto, los elementos que la definen: longitudinalidad, universalidad, accesibilidad, integralidad, centrada en la persona más que en la enfermedad, manejando y tolerando la incertidumbre, orientada a la prevención y con un enfoque no solo individual sino familiar y comunitario. Un punto de partida es el movimiento creciente en defensa de intervenciones de toma a cargo, de acompañamiento terapéutico, generalistas y basadas en enfoques transdiagnósticos, de indicación de no tratamiento, de intervenciones e ingresos domiciliarios, de dialogo abierto o de grupos multifamiliares.

Contacto

Pedro Cuadrado Callejo • pedro.cuadrado.callejo@gmail.com
Calle Cordel de Pavones 56, 4^ºB • 28032 Madrid

Referencias bibliográficas

- Benedicto C (2018). Atención psicológica en atención primaria: cuando lo mejor es enemigo de lo bueno. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental* num.43, Primavera: 10-13.
- Desviat M. (2016) *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Editorial Grupo 5. Madrid.
- Desviat M y Moreno A (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/47.
- Fernández Liria A (2018). *Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la "salud mental"*. Desclée De Brouwer. Bilbao.
- Gawande A. *The heroism of incremental care*. *The New Yorker* (2017). Disponible en: <http://www.newyorker.com/magazine/2017/01/23/the-heroism-of-incremental-care/>. Se sabe que "aunque especialistas focales puedan obtener mejores resultados en aspectos específicos orientados a la enfermedad, la Atención Primaria es la mejor proporcionando cuidados globales, centrados en la persona, y en contextos asistenciales reales".
- González D y col. (2018) Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 38(133):145-166.
- Palomo L y Sánchez Bayle M (2018). *La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata*. Fundación Alternativas. Madrid.
- Retolaza A (coord.) (2009). *Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/41.
- Salvador-Carulla L y col. (2002). *La Salud Mental en España: ¿Cien años en el País de las Maravillas?* En: J M Cabasés, J R Villalba & C Aibar (Orgs.), *Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública* (pp.301-326). Valencia: Generalitat Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

- Recibido: 11/9/2018.
- Aceptado: 28/11/2018.