



EL DESMANTELAMIENTO DE LA SANIDAD PÚBLICA MADRILEÑA: LA RUPTURA DEL MODELO DE ORGANIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Desde hace tiempo, Madrid ha sido una de las regiones pioneras en España en la implantación de un modelo comunitario, público y universal de organización sanitaria para la atención en salud mental, avalado de forma unánime por diversos organismos e instituciones. De hecho, la Organización Mundial de la Salud lo considera el más eficiente de todos los modelos ensayados en el mundo y apuesta claramente por su implantación (1, 2, 3).

La salud mental tiene unas peculiaridades que la diferencian de otras especialidades médicas. Hasta este momento, las especificidades de la atención en salud mental se han tenido en cuenta gracias al desarrollo de un “**modelo de atención integral comunitaria**” basado en los siguientes principios:

- Lógica de continuidad de cuidados con trabajo sobre la red social del sujeto.
- Servicios y dispositivos en la comunidad.
- La hospitalización como complemento de los servicios comunitarios.
- Un enfoque integrado que tenga en cuenta la prevención, la atención y la rehabilitación.

Aunque dicho modelo organizativo todavía no ha alcanzado plenamente sus objetivos y es susceptible de ser mejorado, los cambios en la estructura sanitaria que ya han comenzado suponen una clara “vuelta atrás” de irremediables consecuencias para pacientes, profesionales y en definitiva para toda la población.

Las autoridades sanitarias han propuesto la creación de un nuevo Plan de Salud Mental. La forma en la que se está planteando confirma el temor de desmantelamiento del modelo actual, compartido por muchos profesionales de la Red de Salud Mental. La propuesta de su puesta en marcha es precipitada, con vigencia únicamente hasta el 2011, sin presupuesto y con la premisa de la implantación de la libre elección de médico y de centro.

¿Cómo ha estado organizada hasta hace poco la atención en Salud Mental en los servicios públicos?

La organización se ha basado en un modelo de atención para toda la población, **territorializado** por áreas sanitarias en la que los Centros de Salud Mental (uno por distrito), dotados de equipos multidisciplinarios, son el eje de la atención ambulatoria y se coordinan en cada área con todas las instituciones sanitarias, sociales y educativas implicadas para una mejor atención de los pacientes. La coordinación implica un trabajo en equipo para el cual es necesario el reconocimiento de espacios de reunión que faciliten el conocimiento mutuo y el diálogo, en un contexto de colaboración.

Trataremos de explicar dicho modelo de funcionamiento a través de casos concretos.

-Un chico de veinte años tras pasar unos meses muy aislado, ha empezado a decir que le quieren matar. Duerme en el salón de su casa porque dice que así puede vigilar la puerta de entrada. Los padres consiguen llevarle al médico de Atención Primaria, quien le deriva de forma preferente a su Centro de Salud Mental, donde es diagnosticado de “esquizofrenia”. Tanto el paciente como su familia reciben la noticia con angustia, desconcierto e incertidumbre respecto al futuro. En su Centro de Salud Mental le incluyen en el Programa de Continuidad de Cuidados, para garantizar que las diferentes necesidades que le puedan surgir queden cubiertas. Para darle un primer apoyo tanto a él como a su familia y que puedan adaptarse lo mejor posible a su nueva situación se le deriva a su Equipo de Apoyo Social Comunitario. Será un objetivo importante que recupere sus estudios y su red social. Más adelante, si



fuera necesario, se le podría ayudar a reorientar su vida formativa y laboral en un Centro de Rehabilitación Laboral. Si en una mala época necesitara mucha ayuda para recuperar buenos hábitos de salud e higiene, podría pasar una temporada en una Mini Residencia.

-Un niño es derivado al Centro de Salud Mental por su pediatra porque ha disminuido su rendimiento escolar, sus padres le encuentran desmotivado y además presenta conductas agresivas que han tenido como consecuencia su expulsión durante unos días del colegio. Sus padres se separaron hace un año y a su madre le acaban de diagnosticar una grave enfermedad. Su pediatra, que le conoce desde que era pequeño, ha informado previamente al psiquiatra infantil de Centro de Salud Mental de los cambios que nota en la actitud del chico y de las actuaciones que ha realizado (estudios médicos, entrevista con el niño etc). Tras la evaluación en el Centro de Salud Mental se diagnostica un trastorno depresivo. De acuerdo con ambos padres se diseña un plan terapéutico que atienda los aspectos bio-psico-sociales de su enfermar, partiendo de que la atención a dichos aspectos supone un trabajo en equipo. Los Servicios Sociales del distrito, previa coordinación de la trabajadora social del equipo infantil, convocan una reunión a la que también asistirá el orientador del centro escolar. El objetivo de esta reunión será determinar conjuntamente actuaciones de apoyo escolar y social que complementen el tratamiento psicoterapéutico y eventualmente farmacológico que se llevara a cabo en el Centro de Salud Mental. El pediatra conocerá todas las actuaciones realizadas.

Para ofrecer la atención comunitaria descrita en los ejemplos, la organización del Centro de Salud Mental contempla:

- Agendas que ofrecen consultas con tiempos determinados para realizar las entrevistas. Aunque es cierto que progresivamente hay un gran déficit de recursos humanos, lo que limita la frecuencia y duración de las entrevistas y puede alargar las listas de espera.

- Los pacientes son siempre atendidos por el mismo profesional, mientras el paciente esté en tratamiento y el profesional siga en el Servicio.

- Valoración diagnóstica con eventual indicación terapéutica en función de las necesidades individuales del paciente.

- Todos los pacientes adultos graves son incluidos en un Programa de Continuidad de Cuidados, con la participación coordinada de varios profesionales e Instituciones concernidas en su atención.

-Reconocimiento de la importancia fundamental de las actividades de coordinación para poder intervenir de forma ordenada y coherente por parte de todos, en beneficio del paciente.

- Los procesos de selección y contratación del sistema público contemplan, generalmente, una especificidad y estabilidad en las plantillas que repercute en una mejor atención de los pacientes.

¿QUE SE NOS OFRECE CON EL NUEVO MODELO?

Organización hospitalocentrista

-El modelo comunitario funciona con el Centro de Salud Mental como base, en coordinación con una red de profesionales con funciones diferenciadas y con vías de comunicación ya establecidas (reuniones con los profesionales que trabajan en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, con los Equipos Educativos, con los médicos de Atención Primaria, con los Centros de Rehabilitación...) dentro de cada distrito y área sanitaria. La atención hospitalaria se contempla únicamente como una necesidad coyuntural, limitada a situaciones en las que el abordaje ambulatorio resulta imposible y hasta que éste pueda retomarse.



-El modelo hospitalocentrista que se pretende implantar supone que las labores de coordinación y el trabajo en red sean muy difíciles de realizar (imposibles si se elimina la territorialización) al abarcar varios distritos cada hospital de referencia.

-Todo el trabajo de Continuidad de Cuidados quedará dañado gravemente, al no existir coordinación con los recursos a los que se derivaría el paciente.

-Disminuirá la accesibilidad a los Servicios de Salud Mental, lo que repercutirá especialmente en pacientes con patologías graves, pacientes ancianos etc.

-Las deficiencias en la atención a los pacientes con patologías mentales graves, al desmantelarse el modelo comunitario, incrementaran la probabilidad de que no se detecten situaciones de descompensación, aumentando así el riesgo de suicidio y de marginalidad social.

-La organización hospitalocentrista conlleva un riesgo de medicalización eludiendo la atención de los aspectos psicosociales de toda patología mental.

-La formación de los futuros psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros especializados se verá dañada por no cumplir los requisitos de formación multidisciplinar y de coordinación con todas las instancias sanitarias, sociales y educativas, requeridas en los planes de formación (4).

Gestión Privada

Se anuncia que supondrá una mejor Sanidad, más eficiente, con reducción de las listas de espera. Pero es obvio que el interés de la empresa será obtener beneficios, lo que conllevará:

-Una oferta de servicios en la que primará la rentabilidad económica, resintiéndose la calidad de la atención.

-Una reducción de las contrataciones de personal y una pérdida de derechos laborales (fragilidad e inestabilidad laboral, ...), por lo que los pacientes tendrán que sufrir con mayor frecuencia cambios de terapeuta y no podrán garantizarse ni siquiera los tiempos mínimos de consulta actualmente en vigor.

-Una mayor posibilidad de que las contrataciones no consideren las necesarias especificidades en los perfiles profesionales (infanto-juvenil, adultos, personal de enfermería especializado en salud mental...).

-El riesgo de que disminuya drásticamente la contratación de psicólogos clínicos en los equipos de Salud Mental, redundando en una mayor medicalización y en una reducción de la oferta terapéutica.

-El riesgo de que disminuyan o incluso lleguen a suprimirse las contrataciones de enfermeros y trabajadores sociales en los equipos de salud mental, perdiendo una labor fundamental de asesoramiento, ayuda y coordinación en un grandísimo número de casos.

Libre elección de médico y ruptura de la territorialización

Con el modelo actual, el paciente puede elegir médico de cabecera, dentro de los de su Centro de Salud, y puede solicitar cambio de Psiquiatra y de Psicólogo, también dentro de la plantilla de su Centro de Salud Mental, para lo cual hay un procedimiento de valoración y decisión individualizada según las necesidades terapéuticas de cada caso.

-Se anuncia que se podrá elegir el médico y el centro pero no se explica como se llevará a cabo. ¿Se podrá cambiar siempre que se quiera? ¿Cómo se organizará el traspaso de la información entre los profesionales? ¿Estará asegurada la confidencialidad? ¿Que ocurrirá con la elección del psicólogo? ¿Cómo se asegurará que la libre elección sea una elección informada que incluya también las renuncias o



inconvenientes que conlleva? ¿Cómo se gestionará la libre elección en los pacientes que no tienen conciencia de su enfermedad mental? ¿Cómo se evitará que los pacientes con patologías más graves o los que su atención conlleve mayores dificultades para los profesionales no sean rechazados en su elección?

-En Salud Mental, si la elección de médico es fuera de su zona de correspondencia, no estará asegurada la coordinación ni con su médico de cabecera ni con el resto de profesionales que puedan intervenir en el tratamiento (trabajadores sociales, profesionales de los equipos educativos, de hospitales de día, centros de rehabilitación etc). En el caso del psiquiatra y del psicólogo, al atender a un paciente de otra zona, no dispondrá del equipo que tienen en los actuales Centros de Salud Mental.

-La libre elección de médico o de centro rompe la capacidad de prevención e implementación de programas en base a una población de referencia. Además, puede propiciar el desarrollo de programas especializados que ya no se planificaran en base a criterios de equidad si no de competitividad.

-De forma paradójica, a la competitividad le acompaña una selección en la oferta. Nadie querrá ofrecer lo que no le genere beneficios. Y aquí la libertad quedará notablemente mermada. Igual que las empresas privadas de transporte suprimen las líneas de autobús no rentables, es posible que determinados servicios dejen de ser ofertados, por tanto, la elección de los pacientes quedará cercenada y reducida a lo que el mercado le imponga.

-Es una falacia pensar que poder elegir profesional garantiza la elección del “mejor” profesional. En Salud Mental, como en el resto de las especialidades sanitarias, el éxito de una intervención lo es como resultado de un trabajo de equipo. Aunque sólo sea uno el profesional que trabaje directamente con un paciente, detrás de ese trabajo hay una decisión de equipo consensuada y garantizada por unos programas homogéneos. Un equipo formado, especializado, estable y coordinado es la mejor garantía de una buena intervención. En la actualidad los equipos están preparados profesionalmente para atender toda la patología mental. La libre elección de profesional introduciría una falsa competencia entre profesionales en detrimento de una práctica de colaboración.

Por todo ello debemos defender el modelo vigente, cuyo cuestionamiento hasta la actualidad había quedado al margen de las ideologías políticas ya que se daba por sentada su excelencia, y tratar de mejorar su desarrollo y subsanar sus deficiencias.

Es esencial que como ciudadanos, y en nuestro caso también como profesionales de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, manifestemos claramente nuestro rechazo radical y completo a la ruptura del modelo de organización de la sanidad pública madrileña que está llevando a cabo el Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Afortunadamente, hay muchas cosas que podemos hacer para defender una red de salud mental pública y de calidad, sin perder de vista los acontecimientos ocurridos:

1-Ante el proceso de privatización que está llevando a cabo el gobierno regional sólo podríamos garantizar su paralización si la cobertura legal que le permite la Ley 15/97 desapareciera. Casi todos los partidos del arco parlamentario, en una u otra región, han colaborado con la privatización (hay muchos intereses económicos en ello). Por eso, nuestra apuesta es que la movilización social les impida a cualquiera de ellos avanzar en la privatización y nos dé fuerza para recuperar a lo público todo lo privatizado.

2-Desafortunadamente, la dirección de los sindicatos mayoritarios en el sector parece estar en evidente sintonía con el Consejero de Sanidad, lo que explica los intentos de desmantelamiento de nuestra movilización. Esto nos hace tener claro que nuestros compañeros de viaje serán todas aquellas organizaciones y todos aquellos ciudadanos y ciudadanas que no tienen privilegios que perder. Pero no lo consideramos un problema, somos mayoría.



Este informe ha sido elaborado por trabajador@s de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial.

Bibliografía

- 1-World Health Organization. European Ministerial Conference on Mental Health, WHO. Helsinki, 2005.
- 2-Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- 3-Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, Unión Europea. Bruselas, 2005.
- 4-Boletín Oficial del Estado. Orden SCO/2616/2008 de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría. BOE núm.224, de 16 de septiembre de 2008.