

Rediseñar la estructura de salud mental para abordar objetivos y servicios sanitarios y sociales

· No hay salud sin salud mental

La OMS y prestigiosos grupos de expertos internacionales han resaltado en los últimos años la importancia de la salud mental como componente central de la salud y la magnitud de los efectos de la falta de la misma y de los trastornos mentales en el bienestar de la población.

En su conjunto, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Además, su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Estas cifras se incrementarán probablemente en el futuro. Los trastornos mentales afectan más a las mujeres que a los varones y aumentan con la edad.

Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada.

El coste económico de la enfermedad mental es enorme e incluye, además de los costes de la atención sanitaria y social, los debidos a la pérdida de productividad de los pacientes y de los familiares que han de actuar como cuidadores, y otros, intangibles, asociados al sufrimiento que, como los anteriores, afectan tanto a los enfermos, como a sus familiares, los empleadores de ambos y al conjunto de la comunidad en la que viven.

La mayoría de los trastornos mentales son leves o transitorios y, en la mayoría de los casos, sabemos que existen medidas terapéuticas y de rehabilitación que han demostrado efectivas. Además, hay pruebas de que intervenciones enfocadas en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales facilitan la inserción del individuo en la comunidad y disminuyen los costes sociales y económicos.

Por ello en los países europeos los medios dedicados a atender este problema han aumentado notablemente en estos últimos años. España ha quedado relativamente atrás en este intento y la Comunidad de Madrid, que hace unos años se encontraba entre las más avanzadas del país, ha pasado a ocupar lugares de cola.

Los trastornos mentales llamados *comunes* (como la ansiedad y la depresión) son sumamente frecuentes y en su conjunto suponen un coste social impresionante. La depresión ocupa el cuarto lugar entre las causas de morbilidad y se espera que en 2020 pase a ocupar la segunda. Según algunos estudios – que han servido de argumentos para tomar medidas revolucionarias en países como el Reino Unido – Lo que se ahorraría en pensiones si se redujera en un mes la duración de la incapacidad laboral debida a la depresión sería suficiente para costear el tratamiento psicoterapéutico de quienes la padecen en el Sistema Nacional de Salud. En nuestro país estos problemas son tratados en muy buena medida en la atención primaria de salud en solitario o en coordinación con el sistema de atención especializada a la salud mental. De hecho una de cada cuatro personas atendidas en atención primaria, presenta problemas de salud mental.

Los trastornos mentales graves (como la esquizofrenia o el trastorno bipolar) son mucho menos frecuentes. Pero son muy discapacitantes y suponen una enorme carga para la familia de los afectados. El cuidado del paciente con esquizofrenia, por ejemplo, supone de 6 a 9 horas diarias para las personas que los cuidan, generalmente mujeres, lo

que conlleva también efectos negativos en su vida laboral, social y familiar, cuando no la aparición de problemas de salud mental para los propios cuidadores.

La repercusión de estos trastornos graves sobre el entorno social es también muy importante en términos de costes económicos, sufrimiento y alarma social evitable. Además, las personas que los sufren son muy a menudo – aún en mayor medida que los que sufren trastornos de los llamados comunes - víctimas de estigma, discriminación y exclusión y sus derechos ciudadanos son vulnerados.

El suicidio se relaciona con una gran variedad de trastornos mentales graves. La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor el riesgo se multiplica por 21, en los trastornos de alimentación por 33 y en la drogadicción por 86

· Un marco internacional de transformación: Los movimientos de reforma, los documentos de Helsinki y el Pacto Europeo

La atención a la salud y los trastornos mentales ha sufrido una transformación radical a lo largo del siglo XX. En los albores de ese siglo se consagró la idea de que las personas consideradas “locas” eran, en realidad, enfermas y lo que debía ofertárseles era un tratamiento eficaz y no un sistema de vigilancia y control. En la segunda mitad del siglo, se hizo evidente que tal tratamiento no podía ser dispensado desde las antiguas instituciones asilares, con los pacientes aislados de su medio natural, y, en todo el mundo, los viejos manicomios empezaron a ser sustituidos por redes de atención cercanas a la comunidad, que se fueron haciendo cada vez más complejas para poder atender al conjunto de las necesidades de estas personas.

El siglo XXI se inicia bajo el signo de dos fenómenos nuevos. En primer lugar, la toma de conciencia de la magnitud y la importancia del problema por parte de la comunidad científica, la opinión pública, los organismos internacionales y los gobiernos. Por otro lado, con la consolidación del nuevo *paradigma de la recuperación y del empoderamiento*, que devuelve el papel protagonista a las personas afectadas por la pérdida de la salud mental y a sus familiares, hoy organizados y dispuestos a contribuir activamente a enriquecer la vida social, pero también a lograr que se atiendan a sus necesidades y se respeten sus derechos.

Esta nueva perspectiva se ha traducido, en Europa, en tres importantes series de documentos. La primera, conocida como *Documentos de Helsinki (Declaración y Plan de Acciones)*, resulta de un acuerdo firmado por los ministros de sanidad de los 25 países entonces integrantes de la Unión, que consideran la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, instan a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

La segunda serie de documentos emana de la Comisión Europea y culmina, en 2008, en el *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar* que se centra en cuatro temas prioritarios: 1) prevención del suicidio y de la depresión, 2) salud mental en los jóvenes y educación, 3) salud mental en el entorno laboral y 4) salud mental en personas ancianas. Combatir la estigmatización y la exclusión social es una prioridad que discurre a través de todas las áreas temáticas.

La tercera, proveniente del consejo de Europa se ha ocupado de establecer recomendaciones y medios de control de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales.

En esta línea, en Europa, sobre todo en el norte, se han hecho importantes inversiones y se han desarrollado numerosas iniciativas en el campo de la promoción, la prevención y la atención tanto a los trastornos mentales comunes como a los graves.

· Un marco en el Sistema Nacional de Salud: La Estrategia en Salud Mental

Las ideas de la integración de la atención a la salud mental y sus alteraciones en el marco de la atención sanitaria general, y la del carácter comunitario de tal atención, están magistralmente recogidas en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad.

El compromiso del Estado Español en *Conferencia de Helsinki* antes citada, se tradujo en la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* que concreta un acuerdo entre las asociaciones profesionales, las de usuarios, la administración central y las administraciones autonómicas en el Consejo Interterritorial de Salud sobre el modo de hacer efectivas las recomendaciones europeas. Esta Estrategia define 6 líneas de acción para cada una de las cuales establece unos objetivos y hace unas recomendaciones a las comunidades autónomas que, son las que tienen competencias para desarrollarlas.

Se trata de un documento de mínimos: sólo se incluyeron aquellos objetivos y recomendaciones a los que ninguna comunidad autónoma, sociedad científica o representante de los afectados puso ninguna objeción. Pero, precisamente por eso, tiene la fuerza que le da surgir de un consenso tan amplio.

Por otra parte, el decreto que establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (1030/2006,) determina el papel que corresponde en la atención a la salud y los trastornos mentales a la atención primaria de salud y a la atención especializada. Establece que esta última debe ofertar tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico individual, familiar y grupal en régimen ambulatorio y de hospitalización total y parcial, y rehabilitación, además de actividades preventivas, y que lo hará en coordinación con otros servicios sanitarios y no sanitarios.

· Madrid: la situación heredada

El compromiso de la administración con la reforma de la atención psiquiátrica, que había sido iniciada durante la dictadura por iniciativas aisladas de los profesionales, comienza con la dotación de recursos por parte de los primeros ayuntamientos democráticos y, a nivel regional, con la creación del Instituto de la Salud Mental (INSAM) en 1991. Las primeras tareas fueron unificar las raquíticas redes entonces existentes que dependían de diferentes organismos de la administración local, provincial y estatal, y multiplicar los recursos asignados a ellas. El instrumento que se utilizó fueron los llamados Comités de Enlace, que pretendían aunar las voluntades y coordinar la actuación de estas diferentes administraciones. Sobre esta base, el Plan de Acciones en Salud Mental 1989–1991 propone el desarrollo de un esquema funcional operativo de los Servicios de Salud Mental de Madrid, que sitúa como unidad para el desarrollo del modelo el Área Sanitaria, a su vez conformada de Distritos Sanitarios. Este plan se basa en 6 principios fundamentales:

- 1 Los Servicios de Salud Mental son considerados como Atención Especializada
- 2 Cada Área Sanitaria tendrá identificados todos los recursos necesarios para la atención a la salud mental
- 3 La asistencia psiquiátrica se integra dentro del ámbito de la asistencia sanitaria general
- 4 Las Unidades de Hospitalización breve se ubicarán en los Hospitales Generales
- 5 Transformación de los Hospitales Psiquiátricos generando y/o potenciando las actividades rehabilitadoras comunitarias con la perspectiva de desaparición de este tipo de instituciones
- 6 Desarrollo de sistemas adecuados de educación sanitaria de la población.

Después de un período en el que se funcionó sin un plan escrito, el Plan de Salud Mental 2003–2008, aún por evaluar, mantuvo esta filosofía y sirvió para atraer una considerable cantidad de recursos que se integraron en la red. Al dividirse, en 19--, la Consejería de Salud y Bienestar Social en dos consejerías de Salud y Servicios Sociales y asignarse los presupuestos de los Programas Alternativos a la Hospitalización Psiquiátrica a la segunda, en Madrid,

los recursos dedicados a la rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos mentales experimentaron un importante desarrollo, pero, a diferencia de lo que ocurrió en otras comunidades, las actividades especializadas de rehabilitación pasaron a darse desde entidades concertadas y financiadas por Servicios Sociales, aunque siempre actuando en estrecha coordinación con los servicios de atención especializada a la salud mental.

La red de atención a las drogodependencias se desarrolló en Madrid también al margen de la red sanitaria, primero dependiendo de la Consejería de Servicios Sociales y luego de la Agencia Antidroga. Aunque la ley 5/2002 establece que la atención a estos problemas debe integrarse en la red sanitaria, no se ha dado un solo paso en este sentido.

Como consecuencia de todo esto, la situación actual de la red de atención a la salud mental se caracteriza:

1. En lo organizativo
 - 1.1. Por un porcentaje del gasto sanitario dedicado a la salud mental muy por debajo del de los países de nuestro entorno
 - 1.2. Por un funcionamiento en general poco satisfactorio y con una definición poco clara de las responsabilidades, de la coordinación entre la atención primaria y la especializada
 - 1.3. En la atención especializada, por la existencia de tres redes no integradas orgánicamente (Y, en el caso de la de atención a las drogodependencias, tampoco funcionalmente): la sanitaria, dependiente de la Consejería de Salud, la del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica, dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la atención a las drogodependencias, dependiente de la Agencia Antidroga.
 - 1.4. Por una situación de falta de equidad, derivada de una distribución territorial de los recursos que parte de una situación histórica irracional y no ha sido corregida suficientemente por los sucesivos planes, que se ha visto agravada por la política desreguladora ligada a la idea del área única
 - 1.5. Por la ausencia de mecanismos de gestión que puedan garantizar la sinergia de las tres redes y aún, de los distintos dispositivos que integran cada una de ellas
 - 1.6. Por la ausencia de mecanismos de participación efectiva de ciudadanos, usuarios, familiares y profesionales
 - 1.7. Por una situación de incertidumbre generada por la propuesta del Área Única y la ambigüedad del borrador del Plan 2009-2014 sobre el modo en el que afectará a las redes de atención a la salud mental, aunque en el caso de la salud mental el concepto mismo significa la ruptura del modelo comunitario y el abandono de programas tan sensibles como la continuidad de cuidados para la atención a la cronicidad psiquiátrica.
2. En lo asistencial
 - 2.1. Por una atención masificada, que rara vez va más allá de la prescripción de psicofármacos y es frecuentemente iatrogénica, a los trastornos mentales menores
 - 2.2. Por ofertar para los trastornos graves y crónicos una red de servicios con una diversidad de dispositivos aceptable (centros de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, plazas residenciales, equipos de apoyo social y comunitario...) aunque con una dotación muy insuficiente de alguno de ellos y alguna carencia importante, como la de plazas de comunidad terapéutica o la de equipos sanitarios capaces de actuar en los domicilios.

- 2.3. Por una oferta de hospitalización de agudos casi en su totalidad basada en los hospitales generales (La oferta basada en hospital psiquiátrico es residual). La distribución geográfica de las camas (y de los recursos humanos y materiales asociados a ellas) es muy poco equitativa.
- 2.4. Por un importantísimo déficit en materia de intervención precoz y en recursos capaces de atender a los trastornos graves no psicóticos, como los trastornos de la personalidad y otros que requieren intervenciones complejas y para los que no se cuenta con algo parecido a la red que ha desarrollado para los primeros la Consejería de Familia y Servicios Sociales.
- 2.5. Por una dotación insuficiente de los recursos destinados a la atención de niños, adolescentes y ancianos.
- 2.6. Por una injustificable separación de la atención a las drogodependencias de la red sanitaria
- 2.7. Por la dificultad en aplicar a las personas que sufren trastornos mentales los beneficios de la Ley de Dependencia

3. Propuesta de una red integrada y territorializada de atención

Un rediseño coherente de la red de atención a la salud y los trastornos mentales implica Un Plan de Salud Mental que:

1. Aplique las recomendaciones de los documentos europeos y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y concrete la cartera de servicios de acuerdo con el decreto correspondiente
2. Defina las responsabilidades de la atención primaria y la especializada y el papel de cada una de ella en los procesos de atención en los que han de colaborar conjuntamente, y establezca mecanismos de colaboración
3. Sirva de base para la integración de las tres redes (salud, servicios sociales especializados y drogodependencias) especializadas actualmente existentes
4. Establezca mecanismos útiles para la gestión de las redes complejas desde las que debe dispensarse la atención, con una base territorial
5. Resulte de un acuerdo amplio (tenga un proceso de elaboración participativo y sea aprobado en la Asamblea) y contemple un plazo de aplicación suficiente para el que defina objetivos concretos a los que asigne presupuestos

La red resultante de tal plan

1. Ha de recuperar la idea de unos servicios territorializados, en los que la población de cada área de salud tenga identificados los recursos capaces de ofertar las prestaciones necesarias y desde los que sea posible emprender, con las alianzas que sean precisas, acciones de prevención y promoción.
2. Ha de estar integrada en la red general de atención a la salud y debidamente coordinada con cuantos otros servicios no sanitarios sea necesario para asegurar una atención integral a las necesidades que pretende cubrir.
3. Ha de organizar su actividad en base a procesos asistenciales bien definidos que establezcan la responsabilidad y funciones de los distintos agentes que participan en los mismos
4. Ha de ser capaz de ofertar las intervenciones acordes a las mejores prácticas disponibles en materia de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo. Esto supone como mínimo:
 - Incrementar la cantidad y calidad de prestaciones psicosociales ofertadas a los pacientes y familiares tanto con trastornos mentales comunes como con trastornos mentales graves

- Incrementar la capacidad de intervención en el domicilio del paciente para evitar la adopción innecesaria de medidas y coercitivas y apoyar a quienes proporcionan el cuidado informal que permite su mantenimiento en la comunidad
 - Redimensionar los dispositivos de la red de acuerdo con las necesidades de cada área sanitaria
 - Completar la red con dispositivos o programas necesarios para atender necesidades hoy no cubiertas como las de las personas que necesitan simultáneamente estancias prolongadas y cuidados sanitarios o las que están sometidas a medidas de seguridad
 - Garantizar la atención precoz en los trastornos en las que ésta es determinante para la evolución
5. Ha de disponer de un sistema de evaluación que permita una monitorización de los resultados.
 6. Ha de disponer de mecanismos de participación de usuarios, familiares y profesionales