

HEMOS ESTADO EN...

JORNADA SOBRE MODELOS Y ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

30 SEPTIEMBRE 2008, COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

María Alonso Suárez, Secretaria AMSM

En la **INAUGURACIÓN** de esta Jornada, **Alberto Fernández Liria, Presidente de la AEN**, destacó la existencia actual de un consenso entre las CCAA, plasmado en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, acerca de la necesidad de un modelo comunitario para el que existe conocido soporte empírico. Y exponía la situación de Madrid, donde en este momento de consenso, los poderes políticos y las circunstancias económicas promueven estrategias y modelos que llevan a la incertidumbre, por no saber si este sistema de recursos en red va a poder seguir funcionando. A continuación, **Antonio Burgueño, Director General de Hospitales de Madrid**, se refirió a la Jornada como un foro altamente oportuno ya que en este momento se ha propuesto hacer una revisión nuestro sistema de Salud Mental, enmarcado en un Plan que “toca” revisar en estos momentos. Animó a los presentes a que se le hicieran llegar las conclusiones de la Jornada y comentó su intención de desarrollar una herramienta útil a la CAM. Por último, **Pablo Rivero, Director General de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud**, expuso la necesidad de defender los avances logrados en el estado de bienestar, el Sistema Nacional de Salud, y seguir avanzando sin caer en la autocomplacencia, en unos momentos de incertidumbre internacional. Destacó la importancia de haber desarrollado de manera cooperativa la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y la necesidad de que este consenso llegue a dar herramientas a los profesionales y ciudadanos.

A continuación se desarrollaron las conferencias y mesas redondas, destacando la conferencia inaugural de **Benedetto Saraceno, Director del Departamento de salud mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud**, que en su conferencia **LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: PERSPECTIVA DE LA OMS** resumió en primer lugar la evolución del abordaje de la OMS del tema de la salud mental. De una primera etapa (Informe Mundial de la Salud Mental, 2001) destacó como palabra clave la “**carga**” que la enfermedad supone (años de vida perdidos, discapacidad, etc.) exponiendo cómo ésta es: a) un problema grande y b) un problema de todos. La palabra clave de una etapa posterior de enfoque en la OMS (2004-2006) fue “**brecha**”, exponiendo la brecha que existe entre ser o no atendido con calidad: no hay suficientes recursos en muchos países, donde los hay están mal colocados (en hospitales psiquiátricos), no hay acceso a psicotrópicos en Atención Primaria y el 85% del presupuesto se gasta en “camas” frente a recursos en la comunidad. Y expuso que esta brecha no es un problema “sólo en África”, sino que por ejemplo el 35% de los pacientes con trastornos depresivos en EEUU no están atendidos. La brecha está en todas partes. De la tercera etapa destacó como palabra clave las “**barreras**”: ¿por qué existen esas barreras si sabemos que la carga es grande, que hay intervenciones costo-efectivas, que hay tratamientos adecuados?. Se refirió al estigma como una de estas

barreras pero destacó principalmente que no se destina presupuesto por parte de los políticos a salud mental ¿por qué?, porque el mensaje de los profesionales y afectados no es claro ni está consensuado.

Sin embargo, Benedetto Saraceno expuso que desde la OMS existe un consenso basado en estudios científicos, de calidad, de satisfacción, en algunos aspectos:

- Comparado con hace 50 o 100 años la medicina tiene más **enfermos crónicos** con necesidad de cuidados crónicos para los que no puede seguirse un modelo de “cirujano”
- El 85% de los días de un enfermo crónico los pasa fuera del hospital, pero el sistema de salud sigue siendo concebido alrededor de dos ejes: a corto plazo y alrededor del proveedor (las reglas del sistema)
- Hay que repensar el sistema de salud con esta dimensión temporal: lo crónico
- ¿Cómo puede ser que el 85% del presupuesto se vaya a los hospitales donde los pacientes sólo son atendidos el 15% del tiempo?
- En el modelo la palabra “cama” no debe ser clave sino la palabra “**plazas/ oportunidades**” que da el servicio. ¿Cuántas plazas/ oportunidades tengo en mi servicio? La cama es un accidente. En vez de *clínica*, de estar inclinados sobre el paciente como si estuviera tumbado, necesitamos “esquizofrénicos de pie”.
- Lo **comunitario** en las grandes ciudades cada vez tiene menos significado. Y lo comunitario no es llevar los recursos humanos del hospital a una dirección postal donde atiende ambulatoriamente un psiquiatra. Es más.
- Es importante revisar la relación con **atención primaria**.
- Es necesario un modelo con servicios que atiendan no solo a la enfermedad, sino también al daño, a la discapacidad y al handicap. La rehabilitación es una parte fundamental para la enfermedad de larga duración, para recuperar capacidades, para la **reconstrucción de la ciudadanía**.
- La **rehabilitación psicosocial** necesita recursos, planes, tecnología, y debe ser parte de un programa global. Hay consenso en forma parte de nuestra responsabilidad el trabajo de coordinación con los recursos sociales.
- Es importante hablar de valores que deben transformarse en recursos, tomarse en serio el **modelo biopsicosocial**. Hoy nadie defendería que la enfermedad mental es sólo biológica, o psicológica, o social. No hay debate en esto. Pero, ¿cómo están organizados los servicios? Da igual que los profesionales tengan la convicción biopsicosocial si el servicio está organizado para dar una sola parte. Y actualmente se ha ido evolucionando hacia servicios que son “bio” y punto. Y esto tiene mucho peso la influencia de la industria farmacéutica.
- La “**integración**” debería ser la palabra clave actualmente. Y describió cómo los manicomios han ido desapareciendo a favor de instituciones sociales llevadas por empresas privadas, en ocasiones “asilos” con otra cara, en otras

ocasiones disponiendo de una rehabilitación fragmentada, en la que se le “manda a hacer rehabilitación” como quien pide una radiografía, al margen de un programa terapéutico. Puso como ejemplo la situación de Holanda, donde el hospital es lo principal y la rehabilitación psicosocial es un paquete de programas poco financiado y con profesionales con baja cualificación.

Como **conclusiones** expuso que actualmente hay una involución del papel de la psiquiatría en la sociedad, y que estamos reanudando nudos que se soltaron tiempo atrás, que esto depende de muchos factores, pero entre otros, el nivel de miedo que existe en la sociedad.

Explicó que actualmente Europa ya no es más una referencia en modelos y estrategias en Salud Mental, y que desde la OMS se siguen con interés desarrollos en Brasil, Chile, Sri Lanka, algunos estados de la India.

Y por último recordó que hoy día la capacidad de evaluación de los resultados de los modelos es mucho mayor y que existe amplia evidencia para que el mensaje de la OMS sea:

- Menos camas y más servicios comunitarios
- Camas en los hospitales generales
- Tratamientos psicosociales
- Empowerment de los ciudadanos

Se abrió a continuación un debate en el que surgieron reflexiones que ahondaron en la idea de la importancia de los servicios integrados y la continuidad de cuidados, la responsabilidad de evitar una nueva generación de crónicos, y cómo recuperar el papel de la psiquiatría y la salud mental a través de conocimiento científico tanto de los modelos efectivos de atención como de los determinantes sociales de la salud (Informe de Naciones Unidas).

Las siguientes mesas redondas (ver en la página web de la AMSM algunas de las presentaciones) profundizaron en muchos de los planteamientos esbozados por Benedetto Saraceno. Por mencionar algunas de las aportaciones más destacadas:

Pedro Cuadrado, presidente de la AMSM, que coordinaba la primera mesa redonda (**MODELOS Y ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL**), destacó la pérdida del papel de lo público y cómo, habiendo un consenso en el modelo, los grupos que manejan el presupuesto ponen en peligro el modelo volviendo a modelos neoinstitucionalizadores.

Manuel Gómez Beneyto, coordinador científico de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, LA PERSPECTIVA EUROPEA, expuso cómo en Europa, y dentro de España, existen diferencias tanto en el ritmo como el grado de desinstitutionalización y desarrollo del modelo comunitario. Advirtió de los riesgos de la mayor especialización de la atención en salud mental en unidades específicas creadas por presión de lobbies, por la fragmentación de la red de atención. También expuso la tendencia a la participación del sector privado, la ausencia de transparencia para poder estimar el gasto y el dato de que en general es pequeña la proporción que se dedica a salud mental de lo total invertido en sanidad si lo comparamos con la carga de la enfermedad. En cuanto a la directivas europeas,

expuso las regulaciones que existen actualmente aunque resaltando que se han ido “descafeinando”, pasando por ejemplo de una “estrategia europea” a un “pacto europeo”. Según Gómez Beneyto, el cambio podría estar en el papel de los usuarios reivindicando unos servicios que atiendan a sus necesidades en vez de a las del propio servicio. Y coincidió con Saraceno en que a la hora de buscar modelos quizá haya que fijarse en otro sitio y no mirar hacia Europa.

Ricardo Guinea, Delegado de Asuntos Internacionales de la FEARP, en su intervención **LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL MODELO COMUNITARIO**, abundó en algunas de las ideas que se habían ido avanzando como: el consenso existente en torno al papel de la rehabilitación psicosocial, la identificación de ésta con los principios del modelo comunitario, la importancia de un modelo centrado en la recuperación o el dato de que en España se invierte en salud mental por debajo de la media Europea (% del PIB). Volvió una vez más sobre el tema del consenso en el modelo en salud mental, mencionando por un lado los documentos de referencia nacional (Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave del IMSERSO y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad), que recogen de manera clara la pertinencia de un modelo comunitario con un papel fundamental de la rehabilitación psicosocial, en línea de lo planteado por Alberto Fernández Liria, aunque al mismo tiempo se hacía la pregunta de si ¿hay realmente consenso entre los profesionales? tal y como cuestionaba Saraceno, ya que existen personas trabajando desde un modelo médico y hospitalocéntrico y ¿hablamos con ellos?. ¿Es que los servicios están organizados de manera que no puede más que seguirse un modelo médico pero los profesionales son convencidos del modelo comunitario? o ¿algunos profesionales no creen en el modelo comunitario?. Guinea terminó comentando que parece que actualmente en vez de hablar de “completar el modelo” vamos hacia atrás y habría que hablar de la sostenibilidad del modelo.

Juan Carlos Casal, del colectivo Orate y vicepresidente de la Asociación Alonso Quijano, LA PARTICIPACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE LOS USUARIOS Y USUARIAS CON LA SALUD, a partir del modelo social de la discapacidad, en el que ésta se entiende como una construcción social sobre la que no puede justificarse ningún tipo de discriminación ni limitación en la libertad de las personas, destacó el papel de los usuarios, que no puede ser sustituido por las familias ni por los profesionales. Destacó el derecho a que la capacidad jurídica de una persona con discapacidad no se viera limitada por ningún motivo y que pudieran darse otros apoyos que permitieran a la persona tomar decisiones y gobernar su vida, así como el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad. Por último, explicó los avances que se estaban dando a nivel nacional en torno a las asociaciones de usuarios.

Tras estas tres intervenciones surgió un rico debate en el que Manuel Gómez Beneyto fue preguntado por las consecuencias en el funcionamiento de la red tras las privatizaciones en Valencia, destacando el daño a la integración de la red puesto que durante años han estado trabajando de manera independiente. También surgió el debate acerca de la pertinencia de que asociaciones de familiares presten servicios.

La segunda mesa, **EN TORNO A LA APLICACIÓN DE LOS MODELOS**, coordinada por **Itzhak Levav, Asesor de Salud Mental, Ministerio de Salud de Israel**, comenzó con la intervención de **Manuel Desviat, de la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública**, cuya presentación **ÉXITOS Y FRACASOS, EN TORNO A LAS EXPERIENCIAS**, tuvo un enfoque más “micro” que las anteriores, bajando a cuestiones acerca de si en los equipos se trabaja desde los valores y metodología del modelo, así como a la situación actual en Madrid. Se preguntaba si en la práctica de los equipos ha fraguado la práctica comunitaria y solidaria, afirmando que son las micro-experiencias aplicadas las que dan estabilidad al modelo. En su opinión, actualmente estamos frente a una crisis de valores en la que “vale todo”. En cuanto a la situación de Madrid, expuso cómo actualmente Atención Primaria está estrangulada presupuestariamente, que el peso del hospital está avanzando. Se preguntaba dónde va a quedar el concepto de área en el nuevo marco de competencia libre entre hospitales. Afirmó que con los futuros planes hay programas que difícilmente se pueden llevar a cabo, como el de continuidad de cuidados.

Francisco Chicharro, director médico del Hospital Psiquiátrico de Zamudio, MODELOS, ESTRATEGIAS Y LA GESTIÓN CLÍNICA, comenzó su intervención identificándose con los profesionales formados en Leganés, y con una visión pesimista de la situación actual al observar cómo una red que ha costado tanto esfuerzo crear se puede dismantelar con las medidas que se han tomado. Retomó alguna de las ideas que ya habían surgido en intervenciones previas, como la importancia de que las asociaciones recuperen el papel que han tenido en el pasado, el fundamental papel de los usuarios, la necesidad de distinguir entre asociaciones de usuarios y de familias, cuestionando el papel de las últimas como proveedoras de servicios. Una vez más destacó que existe suficientes evidencias como para seguir defendiendo el modelo comunitario. A partir de su experiencia en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio expuso cómo un modelo de gestión puede servir para una cosa o todo lo contrario. Es decir, cómo puede darse un servicio de calidad y bajo un modelo comunitario desde distintos modelos de gestión. Terminó cuestionando que esto fuera posible con las iniciativas que se están tomando en Sanidad en la Comunidad de Madrid.

En torno a **LA FRAGILIDAD TEÓRICA EN (TIEMPOS DE LA) EVIDENCIA** giró la intervención de **Alberto Fernández Liria, Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**. Empezó exponiendo el “giro de los 80” en el panorama internacional tanto lo político, económico, asistencial, teórico, terapéutico, en la época de Reagan, Thatcher, con un giro de “la solidaridad al mercado”, una relación con el “cliente” del servicio en vez de con el “paciente” y unos modelos de enfermedad reduccionistas con búsqueda de aplicaciones del tipo “a una enfermedad según el DSM, un tratamiento”. A continuación se refirió al panorama mundial actual en sus distintas vertientes como volviendo a la solidaridad, en una crisis del libre mercado, una vuelta a la psiquiatría centrada en la persona, una neurobiología de lo relacional, y, sin embargo, una situación en Madrid que se parece más a lo que ocurría en el mundo en los 80, con sus fracasos, que a los ocurre actualmente en el resto del mundo.

El debate que surgió tras esta mesa completó el objetivo de estas Jornadas, el de lograr hacer un diagnóstico de la situación de la salud mental en la Comunidad de Madrid tras los cambios iniciados en Sanidad y ante a perspectiva de un próximo Plan de Salud Mental. Durante la Jornada hubo consenso en el diagnóstico de la situación en Madrid como un panorama que pone en riesgo la sostenibilidad del modelo comunitario, para que el también se destacó el consenso en torno a su efectividad en la comunidad científica y en las recomendaciones de la OMS. La reflexión llevó a cierta autocrítica por parte de los profesionales a no haber sido capaces hasta el momento transmitir el mensaje a la población y a los políticos. Así, los representantes de la asociaciones de profesionales organizadoras de la Jornada renovaron su compromiso para incrementar las acciones de divulgación a la población, de coordinación con la administración, de formación de los profesionales y de recogida de datos a través del observatorio de salud mental de la evolución del mapa de servicios y el modelo implementado.

Cerró la Jornada **Itzhak Levav, Asesor de Salud Mental, Ministerio de Salud de Israel**, con la conferencia de clausura: **LUCES Y SOMBRAS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA**. Levav comenzó su intervención considerando que la reforma psiquiátrica nace y se hace posible en la necesidad de desarrollar una acción técnica científica de probada efectividad, pero no solo. La RP nace y se hace posible con el reconocimiento de los inalienables derechos humanos de las personas con trastornos mentales. La Declaración de Caracas, momento inaugural de la Reforma Psiquiátrica en América Latina y el Caribe, aprobada por los gobiernos de la Región en 1990, propuso la organización de programas comunitarios, alternativos al hospital psiquiátrico, y la defensa de los derechos fundamentales de las personas. Las relaciones democráticas en el interior del sistema de salud mental constituyen una de las recomendaciones que la OMS hiciera en 2001; para lo cual la organización mundial recomienda involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios. Sin la participación comunitaria, y el respeto a los derechos de los pacientes es difícil hablar de psiquiatría comunitaria. Se trataría tan solo del traslado del manicomio a la comunidad.

Analizando el desarrollo de la RP, por ejemplo en Brasil, donde mucho se ha avanzado, resaltó la precariedad o ausencia de atención de la salud mental de los niños, ignorando las tasas de prevalencia. Algo que sucede tanto en la Región de las Américas como en EEUU y Europa, según puede comprobarse por diversos estudios. Siguiendo con los lados oscuros, Levav señala que es escaso el trabajo con Atención Primaria, y la escisión de la asistencia y la investigación, así como con la universidad.

Itzhak Levav concluyó con un reconocimiento a los Servicios de Salud Mental de Leganés, que el conoció personalmente cuando era jefe de la Salud Mental de la OPS/OMS, y a la labor de Manuel Desviat tanto como director de estos servicios como su labor de consultor en OMS en el movimiento de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, mostrando su apoyo y solidaridad y su sorpresa por su cese al frente de estos servicios.