

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO V - NUM. 15 - OCTUBRE/DICIEMBRE - 1985

**Luis Valenciano Gayá,
Pedro Marse**

**De la asistencia médica a la salud pública,
Manuel Desviat**

**La maniobra del miembro ausente: cómo evitar errores irreparables,
Giuliana Prata**

**Orden médico, orden «psi»,
Ana-Esther Sánchez**

**Psicoterapia de grupo en una Unidad de Admisión,
Rafael Casas**

**Entrevista a José Pérez-López,
Tiburcio Angosto**

**DEBATE: Formación en Psiquiatría Infanto-juvenil,
Gonzalo Morandé**

ASISTENCIA - HEMEROTECA - CRITICA DE LIBROS
REVISTA DE REVISTAS - PAGINAS DE LA ASOCIACION

Páginas de la Asociación

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Boletín Verano 1985)

Tras el nombramiento del Prof. Neumann (GDR) como nuevo Vicepresidente de la WPA, el Comité Ejecutivo de la misma se ratifica, una vez más, en sus presupuestos iniciales:

- a) El restablecimiento de la imagen ecuménica de la WPA.
- b) Promover la cooperación entre las sociedades nacionales, en un esfuerzo por estrechar lazos de conocimiento científico, así como el perfeccionamiento técnico profesional, a la vez que crear las condiciones sociales que puedan favorecer el cuidado de los pacientes y una adecuada prevención de los trastornos psiquiátricos.
- c) La colaboración con todos los organismos nacionales e internacionales que comparten nuestra preocupación y responsabilidad por la promoción de la Salud Mental, seguridad y apoyo para los pacientes así como defensa de sus derechos.
- d) La identificación de WPA, sobre todo a través de actos científicos y establecimiento de contactos a través de los Simposios Regionales, actividades de Secciones de la WPA y reuniones con otras instancias similares.
- e) La divulgación de las reglas éticas fundamentales, tal como fueron articulados en la Declaración de Haway.
- f) La salvaguarda de las facetas tanto científicas como de la propia autonomía profesional de los psiquiatras.
- g) La cooperación con otras disciplinas profesionales y científicas, relacionadas con el progreso de la salud mental.
- h) El respaldo y apoyo de las decisiones y resoluciones del Comité Ejecutivo por parte de las instancias representativas más importantes, como el Comité o las Sociedades Miembros.

En la reunión de Río de Janeiro de abril de 1985, el Comité Ejecutivo procedió a la elección de los nuevos miembros del Comité de la Revista, de acuerdo a las nominaciones hechas por las Sociedades Miembros y sobre la base de criterios de representatividad. Los miembros elegidos fueron: Prof. Lars Jacobsson, Suecia; Prof. George Lyketsos, Grecia; Prof. Slividar Sharma, India (Chairman), y Prof. Harold Visotzky, USA.

Asimismo, el Comité Ejecutivo ha decidido promover un nuevo Comité Ético, que se nombrará en Atenas, con motivo del Simposio Regional que se celebrará del 13 al 17 de octubre de 1985. Para ello se consultará con las Sociedades Miembros que nominarán sus candidatos de entre los cuales el Comité Ejecutivo elegirá los miembros definitivos.

En el mismo contexto el Comité Ejecutivo ha decidido mantener por primera vez una reunión con los Jefes de Sección y Secretarios de las mismas con el fin de revisar las actividades pasadas y presentes establecer, si es posible, un procedimiento estandarizado para la organización de la Sección de Simposios; establecer conexiones entre las actividades de las Secciones y las del Comité Ejecutivo, bosquejar las futuras actividades de las Secciones y analizar otros asuntos importantes de las Secciones.

Por último, en los meses pasados se ha progresado intensamente en el establecimiento de estrechos lazos con otras Organizaciones Internacionales, especialmente con la Organización Mundial de la Salud WHO. En la XXXVIII Asamblea de la Organización, la WPA estuvo representada por el Prof. Carzullo, de Italia, el Secretario General y el Presidente Costas N. Stefanis.

PROXIMOS SIMPOSIOS REGIONALES DE LA WPA

- 13-17 octubre 1985:** Simposio sobre «Trastornos Afectivos». Atenas. Grecia.
17-19 noviembre 1985: Simposio sobre «Clasificación Diagnóstica». Singapur. Indonesia.
6-8 enero 1986: Simposio sobre «Stress Psicosocial y Enfermedad Mental». Jaipur, Rajjastan. India.
5-8 junio 1986: Simposio sobre «Últimos hallazgos sobre Etiología y Terapia de la Depresión». Basilea. Suiza.
19-22 agosto 1986: Simposio sobre «Psiquiatría y disciplinas afines los próximos 25 años». Copenhague. Dinamarca.

OTRAS REUNIONES

- 2-4 octubre 1985:** Reunión anual de la Asociación Psiquiátrica Canadiense. Quebec. Canadá.
6-12 octubre 1985: XIII Congreso Internacional de Psicoterapia. Opatija. Yugoslavia.
14-19 octubre 1985: Primer Congreso Europeo de la Liga Internacional de Sociedades para Minusválidos Psíquicos. Hamburgo. FRG.
21-25 octubre 1985: XXXVII Asamblea Médico Mundial. Bélgica.
21-26 octubre 1985: XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Psiquiátrica Italiana. Milán. Italia.
11-14 noviembre 1985: I Simposio sobre «Sufrimiento y pérdida en la Sociedad contemporánea». Jerusalén. Israel.
17-19 noviembre 1985: V Forum sobre Infancia y Adolescencia en Psiquiatría. Singapur.
18-19 noviembre 1985: II Conferencia Europea sobre «Investigación en Rehabilitación». Düsseldorf. FRG.
1-6 diciembre 1985: XI Congreso de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación. San Juan. Puerto Rico.
2-7 diciembre 1985: V Congreso Mundial de Musicoterapia. Génova. Italia.
4-6 diciembre 1985: XIX Congreso sobre «Infancia golpeada y explotada». Berna. Suiza.
11-15 diciembre 1985: «La evolución de la Psicoterapia». Phoenix, Arizona. USA.
22-27 junio 1986: V Congreso Internacional de Terapia Familiar. Tel-Aviv. Israel.

Carmen SAEZ BUENAVENTURA

CARTA ENVIADA POR LA JUNTA FACULTATIVA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL «REBULLON», VIGO

La Junta Facultativa de este Centro, informada en una de sus primeras reuniones del presente año —fuera de su Orden del Día— del cese del director del Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián», de Valladolid, Dr. D. Fernando Leal Herrero, quiere manifestar a Vd. —para la oportuna difusión— su sorpresa y desconcierto por este cese. Cese que mereció la protesta de los directores de los servicios, departamentos y hospitales psiquiátricos de Castilla-León, comunicada en carta a la prensa de dicha Comunidad a mediados del pasado mes de agosto.

Tampoco es indiferente para nosotros, profesionales dedicados a la promoción de la salud mental, de modo exclusivo y con tan pocas gratificaciones oficiales (a cualquier nivel) de manera que causa gran desazón ver que uno de los mejores —por líder, por comprometido, por equilibrado en sus saberes— es apartado de la primera línea de los que batallan por sacar a la asistencia psiquiátrica del pozo de la desolada desesperanza, o perenne irredención; o cuando no, anécdota «política» o entretenimiento de curiosos.

Y es que, como es sabido, protestan muy poco los enfermos mentales, que si alguien, en un momento se torna exigente, puede resultar intolerable.

Nos ratificamos en compartir la concepción de la asistencia que el Dr. Leal ha venido exponiendo en congresos, conferencias y en su praxis del Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián», de Valladolid. Nos solidarizamos con su esfuerzo y le seguimos admirando.

Septiembre 1985.

Arturo REY RODRIGUEZ

SOBRE EL MODELO DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL: COMISION DE ASISTENCIA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA (A.E.N.) *

Documento de trabajo presentado a la Junta de Gobierno, abierto al debate y, por tanto, a las sugerencias y aportaciones de todos los asociados y lectores de la Revista a fin de construir un modelo-referencia propio de la A.E.N.

INDICE

- I. INTRODUCCION.
- II. BASES DE ACCION EN SALUD MENTAL.
 - 1. Modelo conceptual de Salud Mental en la comunidad.
 - 2. Salud Mental y atención primaria.
 - 3. Salud Mental y atención hospitalaria.
 - a) Hospital Psiquiátrico.
 - b) Hospital General.
 - c) Unidades Especiales.
 - 4. Salud Mental Infantil.
- III. SALUD MENTAL Y COORDINACION CON OTROS SERVICIOS.
 - 1. Drogodependencias (alcoholismo y otras toxicomanías).
 - 2. Psicogeriatría.
- IV. SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES.
- V. SALUD MENTAL Y LEY.
- VI. FORMACION E INVESTIGACION EN SALUD MENTAL.
- VII. FINANCIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.
- VIII. CONCLUSIONES.

I. INTRODUCCION

La prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en nuestro medio, al igual que ocurre en sociedades similares tienen tendencia a aumentar.

Puede estimarse que cerca del 15 % de la población total, padecerá a lo largo de su vida algún trastorno de su salud mental, suficientemente grave, como para requerir la intervención técnica.

Uno de los aspectos definitorios de una comunidad, es el modo como cuida y atiende a sus miembros más débiles y enfermos. Si bien es cierto, que para una sociedad determinada es imposible alcanzar cotas de asistencia más altas de lo que permite su nivel de desarrollo; no ocurre lo mismo en sentido contrario, y este parece ser el caso respecto de la salud mental en el Estado español en 1985.

Es bastante evidente que la atención a la salud mental y su pérdida en nuestro país, se hallan por debajo del nivel que requiere la situación económica, política, social y cultural.

Por tanto, es una tarea urgente remediar este retraso histórico y poner a la altura de los tiempos la respuesta a las necesidades de nuestra sociedad en materia de salud mental.

Hay que hacer pronto la reforma psiquiátrica pendiente y hay que hacerla bien.

Es de suponer que, una vez conseguida una nueva situación más equitativa, la evolución posterior en materia de salud, sanidad y servicios sociales, irá de la mano del desarrollo económico, social y político del país.

Con la aprobación en referéndum de la Constitución de 1978, España inicia una nueva etapa histórica, fundada en las libertades públicas y en la democracia política. Uno de sus rasgos principales es diseñar el estado unitario de las Comunidades Autónomas, cumpliéndose así en gran medida las aspiraciones sentidas por muchos pueblos de España.

Construir el nuevo estado de las Autonomías, es un objetivo lleno de dificultades, sobre todo partiendo de nuestra fuerte implantación centralista. La clave del proceso reside en la distribución de competencias entre el poder central y los autonómicos o regionales.

La Ley General de Sanidad, cuya espera se va alargando en exceso, puede y debe suponer un paso importante en la modernización y ampliación del marco de referencia estrictamente sanitario. Será importante

(*) Enviado a la Junta Directiva para su consideración.

que no se restrinja el ámbito de actuación de manera que pueda suponer alguna traba para la aplicación completa de los estatutos de autonomía existentes. Es mucho más difícil pecar por exceso que quedarse cortos en este sentido, teniendo en cuenta nuestra larga historia centralista.

El sistema sanitario español puede caracterizarse, resumiendo mucho, por estar basado en la Seguridad Social, centrado en los hospitales, no integrado y poco equitativo, con poca correlación entre el gasto sanitario público y el control ejercido y dentro de un proceso de descentralización.

La Ley General de Sanidad, y los diferentes Servicios Nacionales de Salud, deben contribuir a cambiar esas características y prioritariamente a procurar la integración de los cuidados de salud mental, dentro de los sanitarios generales, desarrollando sus acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, centrándose en la comunidad en su conjunto y al margen de la institución manicomial.

II. BASES DE ACCION EN SALUD MENTAL

2.1. Modelo conceptual de salud mental en la comunidad

La teoría y el quehacer psiquiátricos están transidos por la contradicción epistemológica que, precisamente, les determina y define, les estructura como ciencia.

La realidad bio-psico-social del hombre como sujeto no ha encontrado aún su quizá imposible síntesis en una formulación científica total, y esto ha alimentado seculares y bizantinas controversias entre irreconciliables detentadores del saber en los ámbitos afines a la psiquiatría.

Ajeno a esta vorágine teorizante, el enfermo mental ha sido la víctima propiciatoria de unos poderes públicos que, en parte amparados en la contradicción antes señalada, y en connivencia más o menos expresa con determinados intereses de los grupos hegemónicos de la sociedad, le han reducido a la marginación más irredenta, en nombre de un sesgado pero sacralizado concepto del orden ciudadano a menudo blandiendo como instrumento segregador una institución no menos sacrosante y equívoca: la beneficencia. En esta dialéctica entre marginadores y marginados, el profesional de la psicología y psiquiatría se ha erigido sistemáticamente, hasta tiempos recientes, un aliado natural de los primeros, refugiándose en el «sancta sanctorum» manicomial y entregándose febrilmente al tosco reduccionismo organicista o a la estéril manía clasificadora y cosificante de corte fenómeno-entomológico.

Desde distintas escuelas de pensamiento y de investigación, este siglo ha ido ofreciendo aportaciones científicas que ha jalonado una auténtica revolución en la asistencia psiquiátrica. Mencionamos, como ejemplo, la vía expedita hacia la comprensibilidad del fenómeno psicopatológico que ha supuesto el esfuerzo hermenéutico del Psicoanálisis, permeabilizado, de una vez por todas, las artificiosas fronteras entre «normalidad», neurosis y psicosis. O el cambio radical que los incesantes hallazgos psicofarmacológicos han imprimido a la apariencia clínica, la evolución, el pronóstico y el tratamiento de tantos cuadros psiquiátricos. O el valor autocrítico y revulsivo ante las instituciones asilares desprendido del extenso movimiento antipsiquiátrico. O los avances profundos habidos en las investigaciones sobre teoría de la comunicación, psicolingüística, dinámica grupal o, en general, en el estudio pormenorizado de los más recónditos aspectos de la conducta humana.

Lógicamente, los profesionales y trabajadores de la Salud Mental han ido asimilando, aunque con notoria lentitud, todas estas innovaciones que, desde uno u otro punto de vista y de manera complementaria, han ido desembocando en una clara toma de conciencia común: la necesidad de liberación del enfermo psíquico, la devolución y la salvaguarda de todos sus derechos cívicos, la desmarginalización, humanización y democratización de la asistencia psiquiátrica, así como el inmediato compromiso de someter a Reforma la estructura del aparato asistencial, buscando fórmulas técnicas que lo posibiliten.

Esta toma de conciencia común que acabamos de invocar ha constituido el elemento superestructural embrionario que ha posibilitado el paulatino alumbramiento y ulterior cristalización de un nuevo estilo asistencial: EL MODELO DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA y su corolario intrainstitucional, LA COMUNIDAD TERAPEUTICA (1).

Paralelamente los poderes públicos de los países desarrollados han ido desprendiéndose de su pesado lastre decimonónico y han ido contrayendo poco a poco el necesario compromiso con la población a la que sirven en los aspectos que atañen a la promoción, mantenimiento y restauración de la salud; y, en el ámbito específico de la Salud Mental, han buscado afanosamente un Modelo asistencial que dé una respuesta adecuada a la demanda y que sea capaz de integrar en su sistema las distintas corrientes teóricas. Este sistema no es, no puede otro que el MODELO COMUNITARIO.

A menudo se ha incurrido en el grave error de identificar el Modelo Comunitario con las escuelas de pensamiento sociogenéticas. No hay que perder perspectiva: psicogénesis, sociogénesis y organogénesis, con sus limitaciones, contradicciones y solapamientos, son parcelaciones artificiales del saber científico y su campo de investigación, con frecuencia ideológicamente instrumentalizados; el modelo de Psiquiatría Comunitaria es una opción política y técnica que, en aras de un mejoramiento del nivel de bienestar social del

(1) La consideración específica de los principios de la Comunidad Terapéutica, su parentesco e inserción con la Psiquiatría Comunitaria, así como determinados aspectos de posible contradictoriedad dialéctica entre ambos, quedan fuera del alcance de este documento.

ciudadano, y partiendo de un concepto integral y radical de salud pública, aprovecha todos los hallazgos y aportaciones de la praxis y la investigación y permite el desarrollo ponderado y armónico de todas las formas de entender y abordar los problemas de la salud y la enfermedad psíquicas. Repitémoslo: **La Psiquiatría Comunitaria es un paradigma técnico que inspira a una voluntad política para ofrecer un servicio público integral en el campo de la Salud Mental.**

En los países con un cierto grado de desarrollo social, tanto bajo los auspicios del sistema capitalista como socialista, el Modelo de Psiquiatría Comunitaria se ha ido imponiendo como el único coherente y posible. Aunque sus antecedentes son más antiguos, digamos que en Europa occidental y América del Norte su implantación paulatina, pero firme, se ha ido tejiendo desde la inmediata postguerra, y ha cobrado solidez desde la década de los cincuenta. En España los primeros intentos pioneros, abortados por una Administración reaccionaria y miope, datan de finales de los sesenta y primeros setenta. Desde entonces se han sucedido una serie de procesos de reforma parciales e incoordinados, siempre alentados por grupos de profesionales cuyas iniciativas y entusiasmo han ido siempre a remolque de unos organismos públicos inertes y faltos de imaginación. Es en la actualidad cuando se dan en nuestro país las condiciones históricas propicias para que la Reforma Psiquiátrica se acometa con carácter irreversible y de manera homogénea en todos los ámbitos del Estado. En este sentido, los grupos más progresistas entre los trabajadores de salud mental están expectantes y críticos ante los poderes gestores, a los que no perdonarían nunca errores por comisión u omisión en una coyuntura probablemente irrepetible. Y acometer la Reforma no puede querer decir otra cosa que la implantación firme del MODELO COMUNITARIO.

El MODELO COMUNITARIO, como cualquier modelo, no es la panacea para resolver todos los problemas de salud mental, pero sí su instrumento necesario. Por otra parte, el modelo no puede convertirse en un rígido corsé que empobrezca la acción comunitaria y reduzca el esfuerzo planificador a mera salmodia repetitiva de slogans políticos independientes de la realidad. Su aplicación rigurosa exige la máxima flexibilidad, el más exquisito plegamiento a las características y peculiaridades propias de cada núcleo de población donde se implante, la naturaleza y las fluctuaciones de su demanda y la estructura y grado de desarrollo y de integración de sus recursos sanitarios psiquiátricos. Sólo así la Reforma resultará un proceso político y técnico coherente, no divorciado de los condicionamientos reales, y comprometido con el aprovechamiento a un sistema racional de evaluación continua de los resultados obtenidos, lo que a su vez implica su apertura sin reservas a toda clase de controles de eficacia y rendimiento y la indispensable disposición al ejercicio de la autocritica.

Sobre el MODELO DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA se ha dicho ya todo. Su evocación es obligada en cualquier declaración de principios o en cualquier esbozo planificador. Nadie se atreve a ponerlo en cuestión. Y, sin embargo, parece que su concepción más profunda viene sufriendo un desgaste peligroso en los últimos años. A veces, aplicaciones muy parciales e imperfectas del sistema se consideran como suficientes, sin admitir que, en realidad, el desarrollo total de un sistema de Psiquiatría Comunitaria es un proceso sin fin, que exige perpétuas revisiones y niveles de profundización potencialmente inalcanzables. Otras veces, se traiciona con evidente mala fe el modelo a fuerza de manipularlo, al socaire de cualquier veleidad política, o por resistencias ideológicas más o menos concienciadas. Otras, en fin, se hace una mala lectura de la flexibilidad de aplicación del modelo, y camuflándose tras elementos tan miméticos como la diversificación o la operatividad, no se hace sino desvirtuar sustancialmente el contenido del modelo hasta hacerlo irreconocible o incluso antitético.

Precisamente queremos salir al paso de estas posibles desviaciones, voluntarias o no, del modelo. Y para ello exponemos a continuación unos enunciados, a modo de principios, sin cuya consideración y cumplimiento no podría hablarse con propiedad de Psiquiatría Comunitaria. Cualquier afán planificador y gestor deberá tenerlos continuamente presentes, incluso cualquier esquema de financiación tendrá que plegarse a ellos. No se podría soslayar ni modificar ninguno de ellos sin someterlo a un exhaustivo debate previo de carácter público y de nivel científico. Allá donde un servicio o un recurso cualquiera de la red asistencial quiebre inequívocamente uno de estos Principios, habrá un nuevo objetivo inmediato de Reforma.

Los principios a que aludimos pueden esquematizarse en la enumeración que sigue:

1.º EL PRINCIPIO DE TERRITORIALIDAD

Cada organismo políticamente responsable de un área asistencial determinada (en nuestro país generalmente el área se identifica con la provincia) subdividirá su territorio urbano y rural en zonas, tradicionalmente denominadas SECTORES, cada una de las cuales será servida por un EQUIPO DEL SECTOR. Esta determinación por sectores deberá ajustarse a las siguientes directrices generales:

- a) Coincidirá, en la medida de lo posible, con las demarcaciones de la red sanitaria general.
- b) Como orientación genérica, susceptible de revisión en cada área concreta en función de muy diversos factores (medios financieros, recursos humanos y profesionales, realidad demográfica, etc...) cada sector tenderá a abarcar comunidades de 80.000 a 120.000 habitantes. En una primera etapa cabría considerarse núcleos de población mayores, para subdividirlos posteriormente, a medida que se desarrolla la red de servicios.

c) La territorialización tenderá a armonizar tres tipos de criterios: los elementos político-administrativos, los factores socio-demográficos y los datos proporcionados por los estudios epidemiológicos, cuando éstos existan.

Es lógico considerar la epidemiología como el instrumento científico natural e ideal de la sectorización, pero no es menos cierto que se la ha sacralizado desmesuradamente, y que en su nombre se han retrasado o paralizado muchos intentos legítimos de reforma. La epidemiología es un medio técnico de indudable utilidad; es, además consustancial al Modelo Comunitario, uno de sus pilares en el terreno de la investigación y, por tanto, es una actividad que el modelo deberá fomentar y potenciar a lo largo de su desarrollo. Pero hay que admitir que, en nuestras latitudes, no hay tradición científica en este campo, porque apenas existe la mínima infraestructura para abordar estas tareas de inmediato con la dedicación y competencia necesarias. Por otra parte, es incontestable que epidemiología y praxis asistencial no pueden divorciarse, si no se quiere caer en una investigación escolástica de escasa aplicabilidad y sólo útil para engrosar los anaqueles oficiales o los «currículum» personales. A mayor abundancia, conviene considerar que la epidemiología ratifica con criterios altamente sofisticados de objetividad y mensurabilidad, los datos ya proporcionados por una asistencia de alto nivel de competencia y compromiso comunitario. Los resultados epidemiológicos son verdaderamente sustanciosos y pueden, de una manera efectiva, hacer rectificar algunas estimaciones sobre la realidad de la demanda y las necesidades o la adecuación de los recursos, así como servirnos de guía para la puesta en marcha de múltiples programas específicos, especialmente en el campo de la prevención primaria; pero el estado de abandono y subdesarrollo de nuestra asistencia no puede esperar los frutos de una tecnología avanzada para dar sus primeros pasos, como es el caso de la sectorización. En una palabra: epidemiología sí, pero en su momento (habrá de nacer con la implantación del modelo), íntimamente ligada a la labor cotidiana de los equipos y sin que sea utilizada como freno de cualquier proyecto de Reforma, al menos en lo que a territorialidad y otros primeros pasos se refiere.

La sectorización, es pues, una medida práctica, ineludible, en los comienzos de cualquier plan de Reforma. Es su precondition. El principio de TERRITORIALIDAD vertebrada del Modelo Comunitario.

2.º EL PRINCIPIO DE INTERDISCIPLINARIEDAD

Hemos mencionado antes los EQUIPOS DE SECTOR. Aquí especificamos al referirnos al EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL. Denominamos así a aquel conjunto de profesionales y trabajadores que, procedentes de distintos campos del saber y de la praxis asistencial, se agrupa en una estructura coordinada y débilmente jerarquizada para contraer, a través de la asunción de unos roles específicos, pero difusos y en continua revisión, un compromiso radical con un sector de la Comunidad en lo que se refiere a sus necesidades en Salud Mental. Probablemente esta concepción del trabajo en equipo constituye la quintaesencia del Modelo. Cada una de las palabras que componen esta enunciación es portadora de una gran multiplicidad de implicaciones, a menudo controvertidas que requerirían una consideración aparte, pero que no pueden tener cabida en esta exposición general.

No obstante, no parece adecuado dejar de mencionar los campos de procedencia de los diferentes miembros del equipo, que son los que le dan precisamente su carácter interdisciplinario (1), con toda su vocación de funcionalismo dinámico y auténticamente complementario. Estos campos son: la psiquiatría, la psicología (2), la enfermería, la asistencia social, la terapia ocupacional y animación socio-cultural, la auxiliaría psiquiátrica (con todo su potencial aún en barbecho) y la auxiliaría administrativa. Probablemente en un futuro no muy lejano habrá que añadir técnicos procedentes de la sociología y la antropología, aunque quizá a nivel más de asesoramiento en la asistencia y la investigación que como miembros de plena integración. Y, por supuesto, aquí no mencionamos aquellos trabajadores de otros campos (como la pedagogía) que resultan imprescindibles en la composición de los equipos especializados en algunas áreas concretas de Salud Mental.

La premisa fundamental que anima este principio constituye uno de los postulados básicos de la doctrina de Comunidad Terapéutica, y se puede enunciar así: Cada miembro del equipo interdisciplinario posee un potencial terapéutico más o menos específico, y el potencial terapéutico de la totalidad del equipo es muy superior a la suma de los potenciales correspondientes a cada una de sus partes.

Otro elemento de nuestra enunciación que conviene repetir y subrayar, es el que establecemos con la expresión «compromiso radical» con la Comunidad, pero su clasificación constituye precisamente el contenido del siguiente principio.

3.º PRINCIPIO DE LA INTEGRALIDAD

Es el que da sentido al compromiso comunitario. Quiere decir, que cada Sector, a través de un equipo sectorial general y los equipos especiales que se juzgan pertinentes, dispondrá de los suficientes dispositi-

(1) El término pluri o multidisciplinario es más equivoco y tiene más connotaciones aditivas que verdaderamente grupales.

(2) Esta escisión por sí solo ya merecería todo un rosario de reflexiones, que dejamos para otro lugar.

vos estructurales e infraestructurales como para dar respuesta a las necesidades y demanda de la población a la que sirve en todas sus facetas: actividades promotoras de salud mental, tareas preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras, responsabilidades asistenciales, docentes, formativas y de investigación, aspectos técnicos, gestores, financieros y planificadores (con las obligadas dependencias orgánicas), atención a la población infanto-juvenil, adulta o geriátrica, a cualquier clase social (especialmente los grupos marginados o de alto riesgo) y sea cual sea la naturaleza o la cuantía de la demanda. Los equipos comunitarios del sector no pueden permitirse ningún «lujo» en el sentido de selección de la demanda, aunque sí deberá establecer las prioridades con sentido racional, adecuando la acción al potencial real de los recursos. Precisamente en la facultad de seleccionar arbitrariamente la demanda está el origen del triunfalismo estadístico del análisis de resultados de algunos equipos como es el caso de servicios psiquiátricos de algunos hospitales universitarios; o de ciertos dispositivos suprasectoriales, como podría ser el caso de la atención institucional a psicópatas delictivos, pero que se otorgan la atribución de «derivar» a otras redes aquellos problemas que no les gusta o de los que no quieren saber.

El principio de integralidad implica que los equipos sectoriales deben «ensuciarse las manos» si es preciso, tienen que «estar a todas» deben cubrir la psiquiatría «pesada» la «ligera» y «la de salón» y para ello han de disponer de una red de servicios apropiada y completa, entre los cuales, y sólo para ellos, cabe la «derivación». Solamente cabría pensar en algunas áreas asistenciales muy específicas de posible ámbito regional con dispositivos suprasectoriales, como podría ser el caso de la atención institucional a psicópatas delictivos o enfermos mentales encausados criminalmente.

La materialización práctica de este principio requiere ineludiblemente que los Equipos Sectoriales dispongan, a lo largo de su desarrollo, de una RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL lo más completa posible, que incluya: Centros de Salud Mental (verdadero «cuartel general» de los equipos), Servicios de Urgencias (de 24 horas), Servicios Ambulatorios Domiciliaria, Servicios de Hospitalización Total (en hospitales generales y/o psiquiátricos...), Servicios de Hospitalización Parcial (Hospitales de Día y Noche), Servicios de Rehabilitación y Reinserción (Talleres Protegidos, Hogares Protegidos, Hogares Post-Cura, Granjas Terapéuticas, Clubs Sociales...), etc. Cada uno de estos servicios contendrá una infraestructura y una dotación de personal específicas, pero el seguimiento de los usuarios será en todo momento responsabilidad de los Equipos Sectoriales de los Centros de Salud Mental, que desarrollarán, además, contactos comunitarios múltiples con fines de prevención primaria y de promoción de la salud así como funciones de apoyo a los Equipos de Atención Primaria de la Red Sanitaria General, apoyo a los recursos sectoriales institucionales, apoyo y consulta a los servicios de atención a deficientes psíquicos, etc. Todo ello sin perjuicio de las funciones desarrolladas por los distintos Servicios especializados, con los que mantendrán una perfecta simbiosis.

Este tercer principio se matiza y complementa con los dos siguientes (en general todos son por definición interdependientes).

4.º EL PRINCIPIO DE LA INTEGRACION

El término tan desgastado por el uso de «sistema integral e integrado» requiere una clarificación para que no se convierta en un slogan rutinario. El sujeto de la integración que aquí tratamos es la Red Pública de Servicios de Salud Mental. La integración debe ser contemplada a dos niveles:

a) Integración en la red pública general de Servicios de Salud. Hablamos, pues, de una integración ministerial. Se parte aquí de una concepción radical e integral de la Salud, siguiendo los pasos de la OMS. La Salud no es sinónimo de la Sanidad sino que la rebasa ampliamente para abarcar aspectos comunitarios tan diversificados como el bienestar social y la protección del medio ambiente, la defensa de los consumidores y el empleo sano del ocio. Esto no quiere decir que todos estos temas tengan que ser acometidos por el mismo departamento del Ejecutivo, pero sí deja claro que la Salud no es sólo cosa de médicos, ni siquiera prioritariamente de médicos y trabajadores sanitarios, y que incluir las responsabilidades en Salud Mental en un Ministerio de Salud Pública, no significa medicalizar el modelo. Podría preconizarse la conveniencia de crear, dentro del prometido Servicio Nacional de Salud, un organismo responsable de la Salud Mental con rango de Dirección General.

b) Integración a nivel regional y provincial. En cada Comunidad Autónoma se crearía dentro de su Consejería de Sanidad, un organismo específico para Salud Mental.

No podemos, en una exposición genérica del Modelo, entrar en más detalles que serían más bien objeto de una planificación puntual, pero deben quedar claras las tendencias:

— Hacia la RED UNICA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL en cada área y cada Sector, evitando la caótica dispersión actual de los recursos y la proliferación de redes paralelas de servicios.

— Hacia la integración de la red de Salud Mental en la Red Sanitaria General del Servicio Nacional de Salud.

— Hacia la FUENTE UNICA DE FINANCIACION, aunque en régimen descentralizado: Presupuestos Generales del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, en proporción a sus prestaciones y competencias.

— Hacia la GRATUIDAD DE LOS SERVICIOS.

Dentro de cada sector la integración de los recursos ha de ser real siempre que sea posible y en el grado mayor posible. En cada aspecto asistencial diferenciado (psiquiatría general, paidopsiquiatría, atención al drogadicto, etc...), los recursos humanos y profesionales tienen que aglomerarse en un solo equipo, con un programa común a desarrollar, unos objetivos, unos medios y unas funciones compartidos a todos los efectos. Sin embargo, es posible que en algunos territorios esta integración radical no sea viable en la práctica más que, quizá a largo plazo. Allá donde los vicios derivados de la excesiva dispersión de recursos haya hecho a éstos inintegrables en el momento actual, allá donde las resistencias a la integración resulten insalvables, habrá que rebajar la ambición del Modelo de una de estas tres formas:

— O recurriendo a una nueva subdivisión territorial, de modo que cada equipo «paralelo» tenga su propia autonomía, sin interferencias ni duplicidades, siempre y cuando esto no suponga una atomización asistencial antieconómica o técnicamente desaconsejable.

— O diferenciando absolutamente la funcionalidad de cada equipo dentro del Sector, salvaguardando en todo caso el principio de continuidad terapéutica.

— O contentándose con una mera coordinación de los recursos, en el claro entendimiento de que la coordinación puede paliar la ausencia de integración, pero nunca sustituirla, y que el objetivo último, al plazo que sea necesario, es la integración plena.

La elección de una u otra de estas fórmulas paliativas, o de posibles fórmulas mixtas, irá en función del estudio minucioso y realista de la situación de cada área a considerar. Está claro que la integración funcional de los equipos podría ser decretada, como la integración política, administrativa y financiera a que hemos aludido; pero decretar, sin más, una integración funcional, todos sabemos que constituiría una grave torpeza política que amenazaría con la profunda descompensación del Modelo y de su fracaso estrepitoso.

Es evidente que este principio, llevado a la práctica con todas sus ambiciones, erradica de una vez por todas, a nivel estructural, la secular marginación del enfermo psíquico. Sin embargo, algunos profesionales y algunos políticos han mixtificado este enunciado al superponer una cuestión que nada tiene que ver con él, que no es consustancial al Modelo y que no contribuye sino a un gasto estéril de energías. Nos referimos a la beligerante postulación de que la DESMARGINACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA pasa necesariamente por la hospitalización de los enfermos de «corta estancia» en los Hospitales Generales. No podemos desarrollar aquí la torrencial polémica que esto suscita; sólo podemos esbozar algunos apuntes para su resolución que nos parecen insoslayables en esta exposición general del Modelo:

a) La hospitalización en el Hospital General es una posible opción a tener en cuenta, pero en manera alguna la única en el desarrollo de un plan de Psiquiatría Comunitaria. Su adopción podrá ser oportuna en determinados territorios, dependiendo de la consideración global de los recursos, de la historia específica de la Reforma psiquiátrica de cada área, de la dotación y la orientación asistencial de los equipos disponibles, etcétera...

b) El Servicio Psiquiátrico del Hospital General deberá garantizar plenamente:

- El compromiso con las necesidades de ingresos involuntarios que se produzcan en su radio de acción.
- Una atmósfera de Comunidad Terapéutica.
- Un régimen radical de puertas abiertas.
- El disfrute, por parte de los enfermos, de amplios espacios terapéuticos funcionales, incluidas instalaciones recreativas al aire libre.
- La evitación de una atmósfera de «gheto» en la «planta de locos» que sustituiría la segregación asilar por otra problemática más lacerante.
- La perfecta continuidad de los cuidados terapéuticos.
- La evitación de que se constituyan redes paralelas y asistencia por niveles.
- La no discriminación de los enfermos «de larga estancia».
- La excesiva medicalización del sistema, que entendemos como absolutamente regresiva.

c) En todo caso, la desmarginación del enfermo mental poco tiene que ver con la ubicación de los dispositivos hospitalarios, siempre que se garanticen las condiciones que acabamos de invocar. Antes bien, la deseada integración viene dada por parámetros más fundamentales:

- La actitud interna auténticamente terapéutica y comunitaria, de todos y cada uno de los trabajadores de Salud Mental.
- El cambio de actitud interna de los ciudadanos en general, y de los trabajadores sanitarios en particular (de ahí la importancia de la educación sanitaria en aspectos de Salud Mental, el apoyo psiquiátrico a los dispositivos de atención primaria, etc.).
- El cambio profundo de gestión, administración, planificación y financiación en las direcciones que ya hemos apuntado.

5.º EL PRINCIPIO DE CONTINUIDAD TERAPEUTICA

Si anteriormente hemos afirmado que el principio de territorialidad vertebraba el sistema, conviene adelantar que este principio que ahora contemplamos resulta modular al Modelo. Se trata de que cada usuario, al entrar en contacto con su correspondiente Equipo Sectorial. Será seguido por ese equipo, y sólo por ese equipo, en todas sus vicisitudes y situaciones clínicas futuras, en sus episodios agudos, subagudos o crónicos, en régimen intra o extrahospitalario, en sus necesidades de tratamiento, rehabilitación o de reinserción social. O utilizando la enunciación especular de dicho principio: el mismo Equipo Sectorial, y sólo dicho equipo será responsable de los usuarios con los que entra en contacto terapéutico en todas sus situaciones clínicas futuras. Esto es de aplicación especialmente rigurosa al vínculo terapéutico que el usuario y su familia establecen con el psiquiatra o el psicólogo y al vínculo que se establece con el trabajador social donde la continuidad será no sólo de equipo cuando el vínculo que se ha establecido ha alcanzado suficiente grado de individualidad.

Cabe concebir una quiebra de la continuidad terapéutica en los siguientes supuestos:

a) Por razones terapéuticas mayores, de carácter rigurosamente técnico, que siempre tienen como referente en último análisis problemas transferenciales insolubles, siempre que se agoten las posibilidades de resolución del problema dentro del equipo, aunque haya un cambio de terapeuta.

b) En razón de la especificidad de una determinada situación clínica del enfermo que puede requerir la intervención de un equipo especializado, siempre y cuando el equipo sectorial general no pueda seguir el abordaje de la nueva situación con la necesaria competencia. Sería el caso, por ejemplo, del usuario de edad infantil cuando rebasa la mayoría de edad, o el paciente que, en un momento de su evolución, se dependiza de la heroína.

c) Por razones prácticas insoslayables, el usuario cambia de residencia (cabría discutir cada caso individual cuando el cambio se produce dentro de la misma población, aunque en distinto sector), el técnico del equipo cambia de destino, el MIR rota de servicio, etc...

Circula con frecuencia una versión a nuestro entender espúrea de este principio. Se trata de una mera concepción «funcional» de la continuidad de cuidados terapéuticos, según la cual el usuario debe tener asegurada la asistencia, cualquiera que sea su situación, a través de la existencia, en su área comunitaria, de toda una red completa de dispositivos asistenciales, aunque sus diferentes servicios sean responsabilidad de distintos equipos interdisciplinarios más o menos coordinados. Es evidente que esta enunciación sufre indebidamente la integración con la coordinación, y que ignora el principio de integralidad.

La situación en que clásicamente y de manera más provocativa se viene planteando este desviacionismo del Modelo es la hospitalización psiquiátrica. Según esta forma de entender la Continuidad, el equipo técnico que atiende la hospitalización de un enfermo en situación psicopatológica aguda, no tiene porqué ser el mismo (¡ni siquiera el terapeuta directamente responsable!) que el que antes de este episodio le venía atendiendo en un centro de salud mental, o le va a seguir después del alta, o que el equipo que en su día tuviera que encargarse eventualmente de atenderle en una situación de «larga estancia» o en un proceso rehabilitador. Esto nos parece sencillamente aberrante. Por supuesto que estas distintas situaciones clínicas o existenciales del usuario pueden requerir intervenciones de miembros muy diversificados del equipo, pero del mismo equipo, y sin destruir los vínculos esenciales a que antes hacíamos referencia.

Quede, pues, claro: a la versión «funcional», virtual y parcial del principio de continuidad de cuidados terapéuticos, nosotros oponemos una versión orgánica, real y radical, cuyo quebranto es una heterodoxia de tal calibre que el Modelo no se la puede permitir, bajo riesgo de desnaturalización.

A esta concepción ortodoxa sus oponentes arguyen con frecuencia que está impregnada de una atribución de omnipotencia y ubicuidad al equipo sectorial. Es una crítica que merece tenerse en cuenta; para evitar estos peligros invocados hemos ya señalado de modo difuso algunos instrumentos; la posible especialización de algunos equipos funcionantes a nivel sectorial o suprasectorial, la posible subdivisión racional del territorio, la integración de todos los recursos y, en todo caso, la exigencia de una dotación de equipo adecuada, tanto en cantidad como en calidad, y el necesario y permanente sometimiento a controles de rendimiento y al ejercicio de la autocritica.

6.º EL EQUIPO COMUNITARIO-CENTRICO

Sustituye al sistema hospitalocéntrico anterior. El Hospital (el ingreso) no es sino un mero accidente transitorio en la trayectoria de una mínima parte de los usuarios. El Modelo que aquí propugnamos sitúa toda la RED DE SERVICIOS (incluidos los Servicios Hospitalarios) «EN» LA COMUNIDAD Y «PARA» LA COMUNIDAD. Hay que reducir los índices de prevalencia y de incidencia de la patología psiquiátrica mediante una intensa acción preventiva entre los ciudadanos. Ante una demanda asistencial concreta hay que mantener al usuario en su propio medio hasta donde sea posible, evitando cualquier ruptura con un ambiente socio-familiar y laboral. Ante una indicación de ingreso, éste debería ser voluntario siempre que sea posible, lo más parcial y breve posible, en el mayor régimen de libertad que sea viable y con las máximas garantías que ofrece la

atmósfera de Comunidad Terapéutica. La asistencia se extenderá, siempre que se considere técnicamente conveniente, al núcleo familiar del enfermo y a sus círculos sociales próximos (vecinos, amigos, compañeros de trabajo).

La puesta en práctica de este principio, debe evitar algunas desviaciones peligrosas, como las siguientes:

- a) La «psiquiatrización» innecesaria de la población.
- b) La «psicologización» reaccionaria de los problemas políticos y sociales.
- c) La «sociologización» de los conflictos intrapsíquicos, que constituye un auténtico «pecado epistemológico». Hay que dar al César lo que es del César y al aparato psíquico lo que le es propio. El campo de los equipos de salud mental es la psicodinámica individual, la dinámica familiar e interpersonal, la dinámica grupal, etc... pero no las reformas sociales, lo que no excluye la función de denuncia en determinadas situaciones concretas, o la contribución de los conocimientos psicológicos a otras esferas del saber y del hacer más o menos colindantes o interdependientes.
- d) No debe confundirse este Principio Comunitario-Céntrico con el postulado un tanto confuso de la «primacía de la asistencia extrahospitalaria», que mueve a menudo a innecesarios equívocos. Una cosa es que los recursos humanos y financieros deban aplicarse masivamente a la creación de recursos comunitarios, dado que antes de la implantación de este sistema se suele partir de una gran pobreza e incluso inexistencia de esta clase de dispositivos, y otra muy distinta es que el Modelo deba primar unos recursos y marginar otros. Se parte de la clara noción de la necesidad de toda la Red de Servicios, sin ningún tipo de discriminación o de exclusión. El Modelo Comunitario no debe dar primacía a lo extra sobre lo intrahospitalario, como no debe primar al enfermo agudo sobre el crónico. Lo contrario sería una auténtica perversión del sistema, que incurriría paradójicamente en una situación injusta de la misma naturaleza que aquella que motivó el proceso de Reforma.

7.º EL PRINCIPIO DE PARTICIPACION COMUNITARIA

Es consustancial al sistema, le otorga un carácter definitorio.

Con su puesta en práctica se materializa la aspiración de los Servicios Comunitarios a constituirse en SERVICIOS no sólo «en» la Comunidad y «para» la Comunidad sino también «POR» LA COMUNIDAD. Se hace realidad tangible a través de dispositivos como los que siguen:

- a) Representación de los usuarios, y de los ciudadanos en general, en los órganos de gobierno de los organismos gestores.
- b) Accesibilidad absoluta de los dispositivos asistenciales.
- c) Apertura de los Servicios a la crítica y al control democrático de las distintas instancias ciudadanas (asociaciones de usuarios, medios de comunicación, etc...) con los que se mantendría un estrecho contacto multidireccional. Transparencia en la gestión.
- d) Apertura de los Servicios a posibles actividades y colaboración de carácter voluntario procedentes de dichas instancias. Promoción de agentes comunitarios de Salud Mental.

A fuer de realistas, hay que admitir que nuestros ciudadanos están escasamente sensibilizados a los problemas suscitados por el nivel de salud mental de las comunidades a que pertenecen. Peor aún, están gravemente deformados, empujados o, cuando menos, desinformados. Sería ingenuo esperar que el Modelo de Psiquiatría Comunitaria surja de un amplio movimiento «de base»; más bien la profunda alienación colectiva provocaría, desde amplios sectores de base, un movimiento anterreformista y perpetuante de las viejas instituciones. Por ello cabe concebir el principio que ahora nos ocupa como un objetivo a medio y largo plazo, aunque los dispositivos apuntados puedan ponerse embrionariamente en marcha desde el comienzo. Su verdadero desarrollo es más un punto de llegada que de partida y se apoya en un nivel óptimo de consecución de otros desarrollos, como son el necesario avance del sistema democrático más allá del parlamentarismo representativo y el régimen de libertades formales, que lleve a cada ciudadano la conciencia de que puede y debe erigirse en auténtico dueño de su destino colectivo. Del mismo modo que, lenta pero irreversiblemente, el individuo va sacudiendo su milenaria pasividad y empieza a tomar una postura beligerante y solidaria en campos tan diversificados como los que representan el movimiento pacifista, el movimiento ecologista o la protección del consumidor, ese mismo individuo se irá concienciando y despertando a la noción integral de salud («estado completo de bienestar físico, mental y social») como uno de los derechos subjetivos fundamentales. Por terminar con esta consideración sin más disgresiones, este Principio de Participación Comunitaria, aunque nace con el Modelo, no puede consolidarse hasta que éste no se haya implantado suficientemente; este principio es la coronación del sistema, y se apoya directamente en el desarrollo pleno del principio que le precede inmediatamente en nuestra exposición. El Principio Comunitario-Céntrico, que mediante una oferta de Servicios Comunitarios lo más amplia posible, configure a cada miembro de la comunidad como auténtico usuario de dichos servicios, sensible al análisis de los factores alienantes individuales y colectivos y a la necesidad de una colaboración directa y activa en el abordaje preventivo de dichos factores.

2.2. Salud mental en la Atención Primaria

Antes de definir propuestas concretas en este apartado, es preciso señalar que nos movemos en un terreno teórico, ideológico, con muy escasas o nulas experiencias prácticas en las que fundamentar la reflexión. Así como en el tema de la transformación de los manicomios o de las unidades psiquiátricas en los Hospitales Generales, poseemos experiencias prácticas próximas a las que remitirnos, en este terreno únicamente podemos contar con experiencias de otros países o referencias doctrinales.

La potenciación de la Atención Primaria de Salud, al modo como se entienda en la Declaración y en las Recomendaciones de Alma-Ata no pasa de ser una declaración de intenciones, todo lo más un proyecto legislativo, actualmente bloqueado, con unos cuantos Centros de Salud de papel meramente testimonial. Lo mismo ocurre con el dispositivo de Salud Mental y su desarrollo de acuerdo con una orientación genérica de Psiquiatría Comunitaria. El sistema manicomial sigue siendo hegemónico, lo otro siguen siendo declaración de intenciones y proyectos aislados y generalmente abortados.

En el terreno que nos ocupa es perceptible la existencia de dos modelos organizativos, el primero de los cuales opta decididamente por una **integración** total del dispositivo psiquiátrico en el sanitario general, en todos sus niveles (por ejemplo, la posición de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), y el segundo por una cierta autonomía del dispositivo psiquiátrico, organizada como **red paralela**, en función de las peculiaridades de su objeto, con conexiones superestructurales y puntuales con el resto del dispositivo sanitario y con los servicios sociales (coordinación que no integración).

De alguna manera esta dualidad ya estaba presente en las discusiones de Alma-Ata y, de hecho, la Salud Mental aparece incluida en la Atención Primaria en las Recomendaciones pero no en la Declaración.

A nuestro juicio, y aunque la psiquiatría como institución se encuentra en el aparato del Estado más próximo al aparato judicial, policial o pedagógico que al sanitario, y precisamente por ello, para negarlo, nos mostramos en contra de montar redes paralelas, y a favor de una integración completa en el sistema sanitario, tanto por lo señalado como por responder a una necesidad histórica y social, por ser la única vía para terminar con la secular marginación de la psiquiatría, como, en fin, por entender que **se da una confluencia objetiva entre las formulaciones más avanzadas de la Psiquiatría Comunitaria y los principios de Atención Primaria de Salud** (accesibilidad, participación de la comunidad, adecuación entre recursos y necesidades, desespecialización, etc.). Si es rechazable la integración en el actual sistema sanitario, es imprescindible ser parte del sistema de Atención de Salud, integral e integrado que está empezando a nacer.

En este sentido, el desarrollo de la exigencia en Andalucía, con dispositivo psiquiátrico integrado **orgánicamente** en el de Atención Primaria de Salud, nos parece de la mayor importancia, y más teniendo en cuenta que se ha pasado de los proyectos a la ley aprobada en el Parlamento Autonómico y a su desarrollo administrativo. Por primera vez en un texto legislativo español se hace referencia a la Psiquiatría Comunitaria como modelo de referencia, con ese carácter de inclusión en el Dispositivo de Atención Primaria, al que se trata de dar absoluta prioridad. La otra experiencia de referencia, probablemente más avanzada, es la asturiana.

En esta perspectiva, se trataría de definir, por una parte, los problemas de Salud Mental a asumir por el dispositivo de Atención Primaria (concretándolo en las tareas del Equipo de Salud, expresión organizativa básica de dicho nivel) y, por otra, la articulación con el mismo del resto del dispositivo de Salud Mental, en tanto que perteneciente al nivel de atención especializada.

Un gran número de problemas psicológicos y/o psicopatológicos son hoy de hecho mal o bien atendidos por los equivalentes actuales al nivel primario (médicos de cabecera, consultorios de la Seguridad Social), como lo demuestran los estudios epidemiológicos sobre frecuentación asistencial a este nivel. Se trataría de que respondieran adecuadamente a esa demanda, mediante actuaciones sobre individuos, familias o grupos para:

- Asumir y desarrollar los aspectos psicosociales de los programas generales de promoción de la salud y de tratamientos y prevención de la enfermedad.
- Detección precoz de los problemas de Salud Mental.
- Tratamiento de los problemas comunes, primera intervención en las crisis, control posterior de curas, rehabilitación y reinserción social.
- Recogida de datos útiles para la investigación.
- Coordinación de la actuación especializada (por ejemplo, hospitalización) conservando siempre la responsabilidad y el control de los casos.

Estas actuaciones del Equipo de Salud podría realizarse con la participación del dispositivo psiquiátrico con arreglo, bien a su modelo **inclusivo** (trabajador especializado en Salud Mental incluido en el Equipo de Salud, preferentemente psiquiatra, psicólogo o trabajador social especializado), quizá justificado por el volumen de los problemas psicológicos y psicopatológicos y su secular marginación, pero que exigiría un número imposible de profesionales y que conllevaría un elevado riesgo de psiquiatrización de los problemas sanitarios comunes. Parece más razonable, pues, pensar en una actuación del Equipo de Salud Mental de **apoyo** al nivel primario. Aparte de sus funciones especializadas (hospitalización, técnicas especializadas de tra-

tamiento y rehabilitación, etc.) desarrollaría funciones de formación, asesoramiento y supervisión de los Equipos de Salud, desde la orientación en el desarrollo de los programas, asunción de tratamientos y otras actuaciones individuales y colectivas especializadas a **requerimiento** del Equipo de Salud participación en la formación continuada de éste, etc.

Cada Equipo de Salud Mental asumiría dichas tareas en relación con todos los Equipos de Salud del área.

Los problemas de motivación y formación del personal de los Equipos de Salud exigirían una actuación especial, al menos en un principio, sobre todo dirigidos al personal sanitario que actualmente trabajaba en los equivalentes a la atención primaria, de cara a su reciclaje. En las nuevas promociones (particularmente de diplomados de enfermería) se da una mayor importancia y existe notable sensibilización por los temas de Salud Pública, la Salud Mental y la dimensión psicosocial del enfermar humano, y probablemente pueden constituir estos profesionales el eslabón de enganche entre Equipo de Salud Mental y Equipo de Atención Primaria.

2.3. Salud Mental y atención hospitalaria

2.3.1. Sobre la transformación de los hospitales psiquiátricos

1. El sistema manicomial, en sus funciones custodial y de exclusión social, sigue siendo hegemónico en el dispositivo psiquiátrico del país, tanto por el número de camas, y población recluida, como por el presupuesto asignado (básicamente a través de las administraciones provinciales), personal empleado, etc.

2. Dicho sistema muestra una notabilísima tendencia a persistir (resistencia a la transformación), debido a la actuación de una serie de fuerzas que provienen:

2.1. De su función social, relativa al orden público y al control de la desviación, particularmente de múltiples formas de desadaptación y violencia de individuos ubicados en los estratos más bajos de la escala social. El paro creciente, la sensibilización ciudadana en torno a los problemas del orden público, crean una presión casi insostenible en el sentido de los ingresos compulsivos concebidos como encierro y custodia, presión que en virtud de las crecientes modificaciones legislativas, se instrumenta por vía judicial.

2.2. De los intereses de muy diverso tipo que parasitan tales instituciones, económicos, corporativos, sociales, laborales. En este sentido, las experiencias de Conjo, Miraflores, Salt, etc., resultan paradigmáticas: el Colegio de Médicos, la comunidad religiosa, los sindicatos sanitarios, los funcionarios de la corporación, una parte de la comunidad exterior bloquean la reforma con sus protestas, en la medida que sienten amenazada su fuente de empleo, de poder o de lucro.

2.3. De la institucionalización tanto del personal asistido como del tratante, siendo fundamentales las resistencias de estos últimos (temor y rechazo a nuevos espacios y formas de práctica).

3. En función de lo anterior, la estrategia de transformación de los manicomios debe incluir:

3.1. La instrumentación de un dispositivo de análisis continuo de las demandas de hospitalización y la reconducción de los mismos a otros elementos de la red de servicios asistenciales o a otros servicios (sociales, jurídicos, policiales). En el marco específico de los servicios psiquiátricos, orientación de la respuesta en el sentido de intervenciones en crisis, visitas domiciliarias, servicios ambulatorios, etc.

Globalmente, todo esto significa que **SOLO SE PUEDE DESMANTELAR EL MANICOMIO EN UN PLAN SOCIO SANITARIO INTEGRADO**. Hay una posibilidad de bloqueo de la transformación, aún con una política sanitaria correcta, si a la vez los servicios sociales son incapaces de asumir los problemas que les competen, hasta ahora entretenidos en los manicomios.

3.2. El enfrentamiento a los intereses que parasitan el manicomio sólo se resuelve con **voluntad política** decidida y consciente de los conflictos y tensiones que ha de asumir al proponer y ejecutar la transformación.

3.3. La elaboración de una subestrategia de desinstitucionalización cuyo objetivo sea tanto la población aislada como el personal, y cuyo soporte teórico ha de proceder más del campo de la sociología que del de la clínica (aportaciones de la microsociología, del interaccionismo simbólico, o de las diversas perspectivas de análisis institucional, etc.).

4. Desde el punto de vista táctico:

4.1. La primera medida pudiera ser la constitución de una **comisión investigadora**, designada por la administración, de tipo mixto (integrada por sanitarios y miembros de la judicatura y la fiscalía), dirigida a conocer e informar sobre el respeto a los derechos constitucionales en los manicomios, íntimamente conectado con los problemas de infraestructura y dotación (material, espacio, hábitat, comida, ropa, personal, etc.). Estamos convencidos que el análisis, el debate y la publicidad de lo que ocurre en el manicomio es en sí un enorme revulsivo para empezar a resolver las situaciones antedichas y existen experiencias en este país, en la década pasada, o en Estados Unidos, que así lo confirman.

Dicha medida, reiteradamente propuesta en reuniones y escritos de la Asociación ha sido hasta el momento recogida por la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, donde ya existe una comisión de esa naturaleza.

4.2. En segundo término, y de modo paralelo a las modificaciones en la dinámica institucional, el análisis clínico social individualizado de la población asilada, para lo que debe contarse necesariamente con técnicos de nueva contratación (médicos, psicólogos, A. Sociales) aparte de los que en ellas trabajan.

4.3. Como consecuencia de lo anterior, la elaboración de programas de derivación de casos, desde aquellos susceptibles de alta inmediata a su medio familiar, derivación a servicios sociales (en ambos casos, manteniendo el apoyo y el seguimiento por los servicios extrahospitalarios) y desarrollo de actividades de rehabilitación para el resto.

4.4. Tales actividades rehabilitadoras, de tipo laboral y social, probablemente tengan que organizarse en niveles adecuados a los diversos grados de handicap encontrados (2-3 niveles como máximo). A nuestro juicio debe ponerse especial énfasis en las medidas de tipo social y, como idea central, en espacios y lugares externos a la institución susceptibles de ser dirigidos tanto a pacientes de larga estancia manicomial como a otros nunca o sólo accidentalmente internados (por ejemplo, los talleres protegidos, susceptibles de ser usados por este tipo de pacientes, por otros residentes en la comunidad o por otras personas remitidas por los servicios sociales; hogares protegidos con el mismo enfoque, etc.). Salir, encontrar y usar nuevas formas de relación y de trabajo es la mejor medida contra la institucionalización de tratados y tratantes.

4.5. La definición previa de colectivos de pacientes asilados en los que resultaría infructuoso el trabajo rehabilitador, funciona como profecía que se autocumple. De entrada, el trabajo rehabilitador debe incluir a toda la población asilada.

4.6. Simultáneamente a todo lo anterior, introducción de medidas de dinamización institucional y de modificación organizativa en la línea genérica de la Comunidad Terapéutica, dirigida a una progresiva democratización, abriendo espacios crecientes al personal y a los pacientes para su participación en la discusión y toma de decisiones de todo el proceso y, sobre todo, lo que les concierne.

4.7. Organización progresiva del trabajo en equipo, con tendencia creciente a la coordinación y flexibilización de funciones y papeles, tanto dentro de la actividad asistencial como de los programas de formación continuada que se elaboren.

4.8. La búsqueda de sistemas de gestión administrativa con la suficiente agilidad y autonomía, para facilitar y no bloquear el proceso de transformación.

5. Por último, dos consideraciones, por obvias muchas veces olvidadas:

5.1. La necesaria flexibilización de los proyectos y programas de transformación, dada la diversidad de situaciones en cada provincia y en cada institución (inmovilidad secular, proyectos de cambios más o menos avanzados y más o menos abortados, etc.).

5.2. La prioridad, para quienes tengan que gestionar el proceso transformador, de encontrar apoyos individuales y colectivos dentro y fuera de la institución así como la necesidad de encomendar tareas intra y extrahospitalarias tanto al personal existente como al de nueva contratación.

2.3.2. Las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales

1. Definición

La definición de la Unidad Psiquiátrica del Hospital General ha de situarse dentro del modelo de asistencia psiquiátrica comunitaria en un Proyecto General de Salud, donde el Hospital General está situado en el escalón secundario de la asistencia.

La Unidad Psiquiátrica forma parte de la red de recursos asistenciales con la que cada Área de Salud Mental ha de contar para dar respuesta a las demandas que se generan en la misma en sus tres niveles: preventivo, curativo y rehabilitador (prevención primaria, secundaria y terciaria).

Ha de constituirse como un eslabón más de la cadena de recursos comunitarios del Área de Salud Mental con plena integración funcional en cuanto a programas, tareas y objetivos así como en cuanto al equipo interdisciplinario que se haga cargo de la materialización de los mismos.

La Unidad Psiquiátrica del Hospital General es, pues, un servicio hospitalario de rango eminentemente asistencial. En él se realiza la contención y establecimiento de límites, para que el sujeto enfermo pueda elaborar una crisis en la que se deterioraron o destruyeron sus vínculos con la realidad, con un efecto negativo inmediato en sus lazos de convivencia e interrelación con su medio de pertenencia familia, comunidad, trabajo, etc... Deberá, pues, cumplir con las funciones terapéuticas que sean establecidas en los programas de salud y asistencia del Equipo de Salud Mental del Área y que en todo caso cubrirán la atención de aquellos casos en que el ingreso aporte mayor beneficio terapéutico que cualquier intervención comunitaria no hospitalaria.

2. Ambito de actuación de la Unidad Psiquiátrica del Hospital General

Cada Unidad Psiquiátrica cubrirá las necesidades de hospitalización del área sanitaria geodemográfica, que determine la delimitación territorial de la comunidad autónoma, provincia o territorio correspondiente.

En los casos en que el Hospital General atienda a varios sectores o áreas de Salud Mental, el servicio psiquiátrico del Hospital estará dividido en tantas unidades como áreas atienda el mismo y se integrarán cada una de ellas plenamente en cuanto a funciones y recursos materiales, técnicos y de personal en los dispositivos asistenciales de su área correspondiente.

En aquellos casos en que los datos disponibles hicieran difícil la instalación de unidades de al menos 15 camas (para Hospitales Generales, provinciales o comarcales que atiendan a poblaciones inferiores a cien mil habitantes, por ejemplo) se dotará al Hospital de un equipo mínimo de personal que asistirá las camas para pacientes psiquiátricos, como una sección, sin que necesariamente configure una Unidad específica psiquiátrica dentro del Hospital General.

3. Dependencias o articulación funcional y administrativa

La dependencia funcional y a ser posible la administrativa (sobre todo para las Unidades Psiquiátricas del Hospital General, de nueva creación) deberá ser de la Dirección del área de Salud Mental correspondiente y, en consecuencia, del Organismo Administrativo y de Gobierno responsable de la creación del Plan General de Reforma Psiquiátrica comunitaria de la provincia o Comunidad Autónoma de que se trate.

Aunque hay que tener presente que en su doble naturaleza de ser un recurso del dispositivo asistencial del Área de Salud Mental y a su vez un servicio más del Hospital General, debería tener una doble dependencia, que podría ser asimilable y aceptada dentro de la Red Sanitaria General y en su articulación funcional-administrativa.

La Unidad Psiquiátrica del Hospital General tendrá, pues:

- Una dependencia administrativa de la Dirección del Hospital General.
- Y una dependencia técnico-funcional del aparato asistencial del Área.

Estas dobles dependencias se resolverían cuando todos los recursos sanitarios se integrasen y establecieran sus dependencias en todos los niveles de un mismo organismo de gestión, planificación, gobierno y control (como serían los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas) o (Servicios de Salud Mental de los Servicios Regionales de Salud).

En cuanto a la Dirección del Área de Salud Mental, en ningún caso y bajo ningún pretexto o circunstancia se ubicaría en las Unidades Psiquiátricas del Hospital General. Principio básico de la organización de las Áreas de Salud Mental Comunitaria para que la Reforma Psiquiátrica pueda significar junto a otros factores, una transformación cualitativa respecto a la asistencia psiquiátrica tradicional.

4. Funciones de la Unidad Psiquiátrica del Hospital General

Las funciones a desarrollar por la Unidad Psiquiátrica del Hospital General podrían sintetizarse en las siguientes:

4.1. Atención a todos aquellos casos en los que no sea posible mantener al paciente en las redes naturales de inserción (familia, barrio, trabajo, etc...) por motivos de crisis o trastornos psicopatológicos y emocionales con su correlato de disolución, distorsión o deterioro grave de sus vínculos socio-familiares.

4.2. Psiquiatría de enlace, en que el equipo o parte del equipo del Área ubicada en la Unidad Psiquiátrica del Hospital General, se hará cargo de la atención a enfermos ingresados en los distintos Servicios del Hospital General que presenten algún tipo de trastorno psíquico.

5. Riesgo que la Asistencia Psiquiátrica en la Unidad Psiquiátrica del Hospital General, puede comportar para el proyecto de Asistencia Psiquiátrica Comunitaria.

La implantación de los recursos de Salud Mental hospitalaria (Unidad Psiquiátrica de Hospitales Generales) teniendo en cuenta la cultura sanitaria hospitalaria en la que se inscribiría la reforma y el hospitalocentrismo vigente que ha calado en los hábitos populares y ha inspirado la gestión sanitaria de los últimos tiempos, puede comportar los siguientes riesgos:

a) La medicalización del modelo de asistencia que se preste en las Unidades Psiquiátricas del Hospital General, por el efecto de influencia y contaminación que ejerce el discurso médico que inspira la acción sanitaria en todos los servicios del Hospital General.

b) Los Servicios Psiquiátricos del Hospital General, son espacios de decantación natural para profesionales identificados con una orientación médico-biológica de la enfermedad mental, o profesionales habituados a una concepción y actividad sedentaria de la asistencia, por lo que ofrecerían resistencias a integrarse en la acción comunitaria más dinámica y móvil.

c) La Unidad Psiquiátrica del Hospital General será siempre proclive por todas las razones anteriores, a discriminar los casos agudos de los crónicos en función de la reductibilidad.

d) Las consideraciones anteriores llevarán por consiguiente a un deslizamiento automático hacia la implantación de un modelo tecnocrático de asistencia que puede neutralizar o sabotear el trabajo pluridimensional comunitarios que trate de desarrollar el equipo interdisciplinario de Salud Mental del Area y haga bascular hacia el Hospital General la iniciativa y gestión asistencial del Area.

5.4. Las consideraciones anteriores llevarán, por consiguiente, a un deslizamiento automático hacia la implantación de un modelo tecnocrático de asistencia que puede neutralizar o sabotear el trabajo pluridimensional comunitario que trate de desarrollar el equipo interdisciplinario de Salud Mental del Area y haga bascular hacia el Hospital General la iniciativa y gestión asistencial del Area.

6. Principios básicos para evitar estos riesgos

Para evitar dichos riesgos habrá que garantizar determinados principios en cuanto al funcionamiento de la Unidad de Psiquiatría del Hospital General.

6.1. La planificación asistencial, la elaboración de los programas y la materialización de los mismos será responsabilidad de la Dirección del Area de Salud Mental Comunitaria que se ubicará en el Centro de Salud Mental del Area.

6.2. El personal de la Unidad Psiquiátrica del Hospital General formará parte de los equipos o del equipo comarcal que utilice como recurso asistencial a la Unidad Psiquiátrica del Hospital General.

6.3. La Unidad Psiquiátrica del Hospital General funcionará en régimen de comunidad terapéutica por muy corta que sea la estancia de los pacientes, lo que implica:

- Democratización de la gestión técnica.
- Considerar todo el contexto de la Unidad como instrumento de contención y acción psicoterapéutica.
- Permisibilidad y tolerancia para la actuación y los síntomas.
- Permisibilidad y libre circulación de la información.
- Libre circulación de la palabra, establecimiento de lugares y condiciones idóneas para la escucha del discurso del paciente y de la institución, reintegración de la subjetividad del paciente, lo que implica máximo respeto a sus libertades y derechos.

6.4. Continuidad en la atención y seguimiento del enfermo en todas sus fases por parte del mismo Equipo de Area, un segmento del cual estará ubicada en la Unidad Psiquiátrica del Hospital General y se hará cargo del paciente en su ingreso en la misma.

6.5. Los criterios de ingreso y alta en la Unidad Psiquiátrica de Hospital General vendrán establecidos por los miembros del equipo comunitario que recibe la demanda, tanto en su segmento territorial, como en su segmento hospitalario, según donde se efectúe la misma, pero, en todo caso, elaborados dichos criterios por el conjunto del equipo.

6.6. La duración del ingreso tenderá a ser lo más corta posible, para todos los casos, sin discriminación por motivos nosológicos ni evolutivos. La duración de la estancia vendrá dada por las características concretas de cada caso.

7. Características generales de la Unidad Psiquiátrica del Hospital General

El desarrollo de las funciones atribuidas a la Unidad Psiquiátrica del Hospital General (hospitalización, psiquiatría de enlace y atención de urgencias) hace necesario contar con unos recursos materiales mínimos dentro de la estructuración del Hospital.

7.1. El equipo disponible será diferenciado de las unidades médicas y quirúrgicas por la especialidad del trabajo asistencial con el enfermo psíquico.

Serán necesarias:

- Habitaciones de una, dos o tres camas.
- Espacios de reunión (grupos terapéuticos y de esparcimiento, etc...).
- Comedor, salas de estar, despachos para entrevistas y tratamientos específicos, etc...

7.2. La ubicación de la Unidad Psiquiátrica dentro del Hospital General deberá ser en un pabellón aparte y en plantas bajas por diferenciación material y funcional con el resto de las unidades.

7.3. Dotación de personal.

Estableciendo el número de 10 a 15 camas por 100.000 habitantes que pudiera tener un Area de Salud Mental, promedio, cada sector de camas de la Unidad Psiquiátrica del Hospital General que atiende a un Area, deberá estar dotada al menos con:

- 1 Psiquiatra.
- 1 Psicólogo.
- 1 ATS en cada turno (más un correturnos).
- 2 Auxiliares para cada turno (con un correturnos).

Los trabajadores sociales del Hospital prestarán su apoyo en aquellos problemas de tipo social presentados durante la hospitalización y que no pudieran asumir los trabajadores sociales del Area.

La urgencia psiquiátrica del hospital la asumirán los distintos equipos intrahospitalarios del Servicio de Psiquiatría del Hospital General, con el apoyo articulado de los equipos de las Areas a las que asista dicho servicio psiquiátrico del Hospital General.

2.4. Salud Mental Infantil

2.4.1. Situación actual

La asistencia en Salud Mental Infantil podríamos caracterizarla globalmente como fracamente deficitaria e incipiente, estando mínimamente dotadas muy pocas zonas o Centros y careciendo de un marco global de planificación y de entidad.

En resumen, la atención en Salud Mental Infantil depende hoy de las siguientes instituciones:

- a) Seguridad Social.
- b) AINS.
- c) Dispensarios de beneficencia local.
- d) Dispensarios de beneficencia provincial y/o autonomía.
- e) INSERSO.
- f) Gabinetes psicosociales u otros municipales.
- g) Entidades privadas.

2.4.2. Principios generales en Salud Mental Infantil

El marco en el cual deberá englobarse la asistencia y atención al niño en Salud Mental tendría que partir de algunos principios elementales de enfoque:

- 1.º Comprender al niño como un todo BIO-PSICO-SOCIAL.
- 2.º El niño es un ser cuya personalidad es específica, mostrando en su enfermar o malestar psíquico una patología mental, que en su expresión le diferencia del adulto.
- 3.º La mentalidad del niño está sometida a su evolución, en perpetuo cambio, se modifica su ritmo particular y bajo las influencias de su medio, de aquí que el medio y el entorno, formando parte de su vida afectiva, constituyen factores a tener en cuenta en su constitución.
- 4.º Mantener al niño en su cuadro de vida natural sin desarraigo de su medio.
- 5.º Seguir al niño sin rupturas en su evolución y desarrollo.
- 6.º Soluciones adaptadas a la evolución del niño evitando las categorías prematuras y rígidas.
- 7.º Abordaje interdisciplinario de los trastornos del niño, dado que vive en un período específico y particular de su vida que requiere la participación de los diversos sectores que articulan la vida del niño.

2.4.3. Planificación y actuación

A nivel de planificación y operatividad la Salud Mental Infantil se abordará dentro de los planes y programas de Salud Mental como unidad específica y no independiente en las áreas sanitarias dentro de los Centros de Salud Mental y siguiendo los principios asistenciales señalados para estos servicios.

Deberá, por tanto, tener las siguientes características:

1. Integrado: En los Servicios de Salud Mental y como éstos en las áreas sanitarias siguiendo los principios de los Equipos de Salud Mental señalados para éstos.

2. Integrales: En tanto no deben separarse en las tareas del equipo las funciones de Prevención-Promoción-Diagnóstico-Tratamiento-Orientación-Seguimiento-Reinserción-Formación y Coordinación con otras áreas de vida del niño.

Asimismo, asumirá el equipo los casos agudos y los crónicos, así como el trabajo extrahospitalario y el intrahospitalario, sin que se separen tales funciones, aunque el propio equipo delimitará las tareas, personas, funciones, etc., que se encargarán de lo específico de cada trabajo. De esta forma se evitará la marginación y segregación de actuaciones y se garantizará que el Equipo de Salud Mental Infantil de la zona asuma toda la problemática que en este campo se genere.

3. Coordinación con todos aquellos campos o factores (escuela, padres, pediatras, guarderías, etc.) que se ocupan de la vida del niño.

4. Mantener al niño en su medio socio-familiar salvo contraindicaciones graves.

5. Evitar etiquetas prematuras y rígidas.

6. Estudios interdisciplinarios.

2.4.4. Servicios y medios en Salud Mental Infantil

Se crearán dentro de los Centros de Salud Mental secciones, equipos o unidades de Salud Mental Infantil acorde a las necesidades de cada zona (bien sea una por sector o por subsectores, etc.).

El número de personal y medios vendrán determinados por la realidad de cada sector y en base a las posibilidades, que al igual que en los equipos de adultos, vendrá determinado por las necesidades específicas y por el trabajo de equipo.

Por tanto, será necesario crear unidades de Salud Mental Infantil allí donde no exista ningún tipo de recursos.

En principio, y de modo general, deberá contarse como mínimo con Psiquiatra infantil, Psicólogo clínico, Asistente Social (salvo existan servicios sociales en la zona), Auxiliar Psiquiátrico y otros profesionales a determinar por el equipo en base a la realidad del área.

Donde exista recursos será preciso racionalizar y reconvertir los dispositivos existentes para unificar y coordinar los siguientes medios:

— Hospitales Psiquiátricos infantiles: Seguirán una modificación en la línea de los Psiquiátricos generales hacia su desmantelamiento y su sustitución por alternativas y recursos señalados en el apartado de Hospitalización e Internamiento, integrándose en las líneas asistenciales en Salud Mental Infantil.

Los profesionales de estos servicios se integrarán en los Centros de Salud Mental en las unidades infantiles con las características y líneas asistenciales propias a las de los Centros de Salud Mental.

— Servicios de Paidopsiquiatría en Servicios Psiquiátricos o en Hospitales Generales y Pediátricos: Seguirán las líneas señaladas para los mismos servicios de adultos, integrándose en los equipos y Centro de Salud Mental de cada zona o área.

— Centros de Orientación y Diagnóstico de la AISEN. Se integrarán en las áreas sanitarias como recursos de los Centros de Salud Mental con las características ya descritas para éstos.

— Con respecto al personal, medios, etc., de otros Ministerios, Autonomías, Municipios, etc., sería importante ir a una coordinación estructural y operativa que permita la actuación conjunta y la utilización más racional de los recursos, mediante la creación de comisiones de coordinación y enlace interministeriales, locales o municipales, etc., para evitar interferencias, duplicidades, etc.

Esta coordinación se deberá efectuar especialmente con:

1. INSERSO y Real Patronato de Protección de la Subnormalidad.
2. Ministerio de Educación: Equipos multidisciplinarios, Gabinetes psicopedagógicos, etc.
3. Tribunal Tutelar de Menores.
4. Gabinetes y Centros psicosociales y de otro tipo, de ámbito municipal, autonómico, etc.
5. Otros Centros públicos e instituciones que se ocupen de la problemática del niño.

2.4.5. Internamiento y hospitalización

En líneas generales el internamiento y hospitalización de niños en Salud Mental deben ser mínimos, períodos cortos y en casos excepcionales, debiendo darse alternativas de actuación terapéutica sobre el medio familiar, en hogares protegidos, alojamientos familiares, piso-hogares, etc., priorizando en todo momento la integración y normalización del niño en su medio de vida natural y el trabajo coordinado con el área de vida del niño (familia, escuela, guarderías, pediatras, etc.).

III. SALUD MENTAL Y COORDINACION CON OTROS SERVICIOS

IV. SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES

V. SALUD MENTAL Y LEY

VI. FORMACION E INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

VII. FINANCIACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Financiación

Aunque sólo sea como declaración genérica, podemos comenzar este capítulo manifestando que la complejidad y el costo creciente de los servicios de Salud Mental exigen un conocimiento económico teórico y práctico cada vez mayor por parte del personal sanitario.

También consideramos importante, dentro del principio de interdisciplinariedad citado anteriormente al describir el modelo, la participación de especialistas en economía de la salud en los equipos de planificación y gestión de las redes de Salud Mental en todos sus niveles.

Hay que conseguir la incorporación de los economistas de la salud desde los primeros momentos de la toma de decisiones para la puesta en marcha de la Reforma psiquiátrica.

La participación de los profesionales cualificados dentro de los equipos y la realización de investigaciones epidemiológicas y otros estudios con rigor científico, relacionados directamente con la práctica asistencial, es una necesidad urgente.

Es casi innecesario decir, por obvio, que hay que contar con sistemas de información sanitaria efectivos, que junto con los datos financieros, faciliten la toma de decisiones y valorar el grado de su cumplimiento en un proceso continuo de retro-alimentación.

La política sanitaria en general y de la Salud Mental en particular, ha de ser responsabilidad de los políticos, por supuesto, pero no sólo de ellos, es demasiado importante, y en cualquier caso las decisiones han de poder tomarse tras ponderar el máximo número de datos y que sean lo más exactos posible.

La información sanitaria suficiente y veraz tiene relación no sólo con la política, la economía y la clínica, sino que incide también aspectos éticos muy importantes.

Los efectos financieros habrán de especificarse siempre, pero no genéricamente, de tal manera que se pueda diferenciar entre costes y beneficios imputables al paciente y su familia y costos y beneficios que recaen en el resto de la comunidad.

El hecho de la gratuidad de los servicios no supone de ninguna manera coste cero y aquí podríamos entrar en consideraciones sobre la Seguridad Social, que se salen del marco de este documento.

Siempre que sea posible, y hay que procurar que lo sea cada vez más, hay que diferenciar, separando, los costes financieros de aquellos que no lo son y que podríamos denominar intangibles. Debemos hacer un esfuerzo para suscitar, desarrollar y profundizar la tendencia a la EVALUACION DE RESULTADOS de la asistencia psiquiátrica, o lo que sería lo mismo, al análisis COSTES-BENEFICIOS de la praxis en Salud Mental. Especialmente en esta época de crisis económica.

El consumo total de servicios sanitarios, representa en números redondos el 6 % del PIB (Producto Interior Bruto), según datos de 1982.

Esta cantidad se distribuye así:

Consumo de Servicios Sanitarios	} 0,72 Financiación Pública	} 0,87 INSALUD
	} 0,28 Financiación Privada	} 0,13 otras Administraciones Públicas

Este grado de financiación pública, no se corresponde con el porcentaje de prestación, que es menor ya que existen múltiples servicios concertados, ni con el de control de calidad por las acreditaciones, directrices y análisis de resultados.

El alcance de la regionalización sanitaria y el grado de autonomía de los hospitales varían con el método de financiación. Cuando la mayor parte de la misma proviene de fuentes privadas; incluyendo el seguro voluntario, como en los Estados Unidos, autoridades regionales son relativamente débiles y la autonomía de los hospitales fuerte.

Con sistemas sanitarios basados en esquemas de Seguridad Social tutelados por el Estado, la regionalización es mayor y se produce una cierta reducción en la autonomía de los hospitales. Con servicios sanitarios nacionalizados y financiados mediante impuestos, la regionalización aparece altamente desarrollada y los hospitales no funcionan tanto como entidades independientes, sino como componentes de una red de instituciones.

Este parece ser el objeto deseable. El Servicio Nacional de Salud, formado por los diferentes Servicios de salud del estado unitario de las autonomías, al que debe conducirnos la Ley General de Sanidad y el trabajo de todos. Esperemos poder alcanzarlo pronto.