



¿Qué Modelo deseamos en la atención a la salud mental?

Iñaki Markez

Hace años que se lograron consensos sobre el Modelo para la Sanidad Pública en sus grandes líneas. Las asociaciones para la defensa de la salud pública lo vienen defendiendo hace un cuarto de siglo y también en la salud mental, colectivos profesionales defensores de la psiquiatría comunitaria como la OME o la AEN. El Informe del Ararteko al Parlamento Vasco del año 2000 lo hacía explícito: *Existe consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que ha de ser universal, público, integral, comunitario, eficaz, equitativo y evaluable aunque este consenso no siempre se traduce en definir prestaciones en base a las necesidades, planificación y financiación de servicios a ofertar y la obligada evaluación.* Aquel fue un documento que elaboramos basándonos en las opiniones de centenares de agentes sociales implicados en la salud mental: pacientes, familiares, profesionales y gestores*. Amplio documento, al alcance de interesados, quizá escasamente conocido, incluso por el ámbito político, sector a quien fue dirigido por la institución del defensor del pueblo vasco.

En estos momentos de aniversarios en la salud mental, de críticas desde todos los ángulos hacia los responsables de la Sanidad Pública en el País Vasco —también en otras Comunidades Autónomas: Madrid, País Valenciano, Catalunya, Cantabria,...— aunque sea por motivos muy diferentes es adecuado traer a estas páginas algunas de aquellas valoraciones.

- *El débil desarrollo de modelos comunitarios con una apreciable involución hacia abordajes biológicos, predominancia farmacológica, con escaso apoyo psicoterapéutico e insuficiente desarrollo de dispositivos para la rehabilitación y reinserción, está cuestionando el movimiento comunitario desarrollado en décadas precedentes, con interrogantes sobre su causalidad: ¿convicción científica o ideológica, o por el contrario se trata de estrategias para la reducción de los costes?*
- *En un modelo donde se critica la incomunicación entre sus protagonistas, con actuaciones emanadas de la iniciativa de los clínicos, gestores alejados de las demandas y necesidades,*

* Ver VV.AA. (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. Informes extraordinarios del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria-Gasteiz.



usuarios que conocen lo que desean y una industria farmacéutica con gran influencia en el desarrollo asistencial, es una necesidad imperiosa la corresponsabilidad de todos los estamentos: gestores, profesionales y usuarios de los servicios de salud mental.

- Es sabido que un elevado número de pacientes con trastornos mentales es atendido en el nivel primario de la atención a la salud, pero también es conocida la dificultad manifiesta del nivel primario para identificar, valorar, atender o derivar la demanda al nivel especializado. Expresada como prioridad la coordinación de atención primaria y salud mental, el actual funcionamiento aún está alejado de lograrlo, siendo el nivel primario el principal proveedor de demanda asistencial.
- Las demandas de servicios, de patologías crónicas e incluso deteriorantes, de mayor utilización de los recursos sanitarios y sociales, requiere la oportuna adecuación de estos a las necesidades no sólo sanitarias sino también de residencia, ocupación, desarrollo personal o integración.
- El motor del cambio en la atención a la salud mental, en sus procesos de desinstitucionalización, en ningún caso ha de ser la reducción de los costes asistenciales porque por esa vía aumentan los riesgos de exclusión. La lógica del coste/beneficio no da respuesta a las necesidades básicas de las poblaciones afectadas.
- Flexibilizar los criterios de admisión y seguimiento, de atención en suma, está vinculado a los modelos de intervención comunitaria. Los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos normalizados. La relación es desde el derecho a la salud, no desde la benevolencia.

- Psiquiatras y enfermería hospitalaria se responsabilizan del paciente durante su ingreso, mientras que desde los centros de salud mental sólo atienden en estancia comunitaria, no participando de las intervenciones en el hospital. En el hospital se dan actitudes paternalistas y fuera de él se vivencia una situación de desprotección. Hay gran distancia e incomunicación entre los servicios intra y extrahospitalarios.

Son breves retazos de una realidad que, de nuevo, en este número se vuelven a constatar en varios artículos originales y en detenidas reflexiones. La cuestión es que precisamos mejorar ampliamente un Modelo de Sanidad pública sostenido por el voluntarismo de profesionales, muchos de ellos quemados, que es insostenible con los recursos actuales. Son precisas inversiones, crecimiento de plantillas y la optimización de los actuales recursos. Y alejarnos de la “falsa eficiencia” en las políticas de personal que no han de quedar por encima del adecuado funcionamiento de programas y servicios, especulando con interinidades y contratos en precario o inadecuados con las prestaciones que exigen. Las plantillas pueden y debieran adecuarse a los objetivos y necesidades de los centros, servicios y programas asistenciales y/o integrales. Hay quienes seguimos defendiendo la Sanidad Pública reclamando mayores desarrollos. También comprobamos que hay quienes aspiran a beneficiarse de ella, sin más. Mucho personal que, sencillamente, va dejando que corran los años ¡qué lejos quedan aquellas corrientes de defensa activa de las iniciativas en atención primaria, de la salud comunitaria, de la participación e iniciativas sociales,...! Y los gestores de la Administración Pública ¿por donde caminan? ¿Saben hacia donde nos están llevando?. Desde luego, este Modelo no es el que era.

