



# Psiquiatría comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma de Leganés

**F. Chicharro Lezcano**

Psiquiatra. Director Médico Hospital de Zamudio

## Introducción

**E**n el presente número de *Norte de salud mental* se publican varios artículos que hacen referencia a la crisis de la sanidad en la Comunidad de Madrid, al proceso de privatización—más o menos encubierta— que allí se está desarrollando y las formas (las malas formas) con que se silencia la palabra de los que no están de acuerdo. Uno de los últimos resistentes (aún quedan otros, pero no vamos a citarles para no dar pistas al enemigo) es el Dr. Desviat, recientemente cesado junto a varios de sus colaboradores sin más razón que “la pérdida de confianza”. El Dr. Desviat lideró la transformación del antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés en una red de servicios de salud mental comunitaria que se denominó Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain<sup>1</sup>. En este proyecto se embarcaron numerosos compañeros de la AEN: Alberto Fernández Liria, Josefina Mas, Antonio Espino, Luis Fernández Fau, M<sup>a</sup> Luisa González, Miguel Donas, Paco Chicharro, Mariano Hernández Monsalve, Ana Moreno, y tantos otros que se empeñaron en sacar adelante lo que a comienzos de los años ochenta parecía una utopía.

Consolidado el proyecto y convertido en un referente a nivel internacional, las sucesivas administraciones, de uno u otro signo político, presumieron durante años de un modelo de atención comunitaria a la salud mental que dio nombre a una forma concreta de atención: “el modelo de Leganés”. Al mismo tiempo, la mayoría de cuantos participaron en él fueron ocupando cargos de responsabilidad en otras comunidades, extendiéndose así el modelo por Madrid, Cataluña, País Vasco, Baleares, Valencia, Castilla la Mancha, Extremadura, Andalucía,...

¿Qué es lo que ha pasado? ¿Qué ha cambiado para que lo que antes era ensalzado sea ahora denostado?. Como modesto participante en ese proceso me voy a permitir la licencia de exponer unas cuantas ideas—parciales quizás, pero no podía ser de otro modo— sobre las razones de este cambio.

## El inicio de la reforma

Quienes conocen la génesis de los movimientos de reforma psiquiátrica en nuestro país, iniciados a finales de los años setenta y comienzos de los ochenta del pasado siglo,

<sup>1</sup> Germain fue un brillante psiquiatra, introductor de la psicología en España y represaliado tras la Guerra Civil. Discípulo de Lafora tuvo una influencia decisiva sobre los maestros de las posteriores generaciones de psicólogos españoles.

están al tanto de que las iniciativas no partieron de las administraciones, sino que fueron producto de la inquietud de los profesionales, hartos de una situación en la que las personas aquejadas de enfermedad mental estaban segregadas del servicio nacional de salud y recibían una asistencia más propia de la beneficencia. Para los más jóvenes conviene recordar que el principal recurso seguía siendo el manicomio (en el peor sentido de la palabra) y que la única prestación que ofrecía la seguridad social (el INSALUD de entonces) eran las consultas de neuropsiquiatría, lugares en los que en dos horas se atendía (es un decir) una media de sesenta a ochenta pacientes aquejados de enfermedades neurológicas y mentales. Este estado de cosas, en el marco del momento político que se vivía (finales del franquismo y comienzos de la democracia) fue el caldo de cultivo en el que se generaron las iniciativas mencionadas. En lo que respecta al Hospital Psiquiátrico de Leganés, en aquellos momentos no era muy distinto a lo enunciado en 1881 por Benito Pérez Galdós: *“Cualquiera que despertara súbitamente a la razón y se encontrase en el departamento de pobres<sup>2</sup>, entre turba lastimosa de seres que sólo tienen de humano la figura, y se viera en un corral más propio para gallinas que para enfermos, volvería seguramente a caer en la demencia...”*. Recién llegado a Leganés, uno de mis primeros recuerdos es la entrada al pabellón de mujeres: Desde la puerta de una amplia estancia con bancos corridos, se observaba buen número de internas que se encontraban sentadas, mirando atentas hacia la pared que quedaba oculta, donde deduje que se encontraba el televisor. Al entrar en la habitación y ver el lugar en que fijaban la vista se podía apreciar una estantería colgada de la pared, vacía, porque el televisor se había estropeado y lo estaban reparando. Pero como era la hora de ver la televisión allí permanecían sentadas aquellas buenas mujeres, obedientes pero sin aliciente alguno, esperando la hora de la cena.

Este era el panorama y la tarea a abordar se antojaba ingente. Como aspectos positivos hay que anotar que se contaba con un numeroso grupo de jóvenes profesionales dispuestos a cambiar ese estado de cosas y que, al haberse iniciado en España con retraso la reforma psiquiátrica, se pudo aprovechar la experiencia de otros países, conociendo las dificultades y resistencias encontradas y aprendiendo de sus errores. Por ejemplo, algo que aparecía claro ya entonces es que se había sobrevalorado la capacidad de la comunidad y las familias como elementos “normalizadores”. Asimismo, que se hiciera lo que se hiciera, iba a quedar un número de pacientes para quienes no sería posible la desinstitucionalización (el “núcleo duro” en palabras de Desviat) para quienes habría de habilitarse un recurso residencial digno.

Otro aspecto (negativo en principio, pero facilitador en ocasiones) fue el desconocimiento y desinterés de las administraciones por todo lo relacionado con la asistencia a la salud mental. Por una parte complicaba las cosas a nivel de inversiones, tanto en recursos materiales como de personal, pero debido a ese desinterés se pudieron tomar iniciativas que hubieran sido imposibles en otro ámbito. Por ejemplo, cuando aún coexistían en la Comunidad de Madrid tres redes paralelas de asistencia (INSALUD, Comunidad y ayuntamientos) los profesionales que trabajaban en el área 9 (Leganés y Fuenlabrada) decidieron hacer una integración de recursos de facto, de forma que un psiquiatra del Insalud hacía guardias en un hospital de la Comunidad —con el consiguiente mosqueo del administrador cuando le llegaba la relación de guardias y no sabía como pagarlas— o que psicólogas contratadas por el ayuntamiento se incorporaran a todos los efectos al equipo infanto-juvenil... y como la cosa funcionaba, con el paso del tiempo los políticos sanitarios no pudieron hacer otra cosa que dar carta de naturaleza a esa integración de recursos.

2 Casi un siglo después de las palabras de Pérez Galdós seguían coexistiendo pabellones de beneficencia y de privados.



Por lo que respecta a las infraestructuras, en vez de recurrir a la queja —que por otra parte de nada habría servido— se tiraba por la calle de en medio. Cuando resultó insuficiente el espacio destinado a salud mental en el ambulatorio de Fuenlabrada, se gestionó con el ayuntamiento la cesión de un piso piloto abandonado, situado junto a un parque, que constituyó el primer centro de salud mental en esa población. Y cuando este también se quedó pequeño se solicitó al IVIMA (Instituto Madrileño de la Vivienda) de forma unilateral y sin contar con nadie, una nave prefabricada que, una buena mañana y ante el pasmo de los ciudadanos, descargó un camión grúa junto al CSM en medio del parque. Como la carencia era real (y así lo percibía la población) pero la solución era excesiva, el ayuntamiento se apresuró a construir un centro nuevo para despejar el parque.

Fue una etapa ilusionante, plagada de dificultades y penurias, pero en la que todo parecía posible. La cooperación en la resolución de conflictos hacía que se encontraran soluciones alternativas a los problemas que surgían continuamente. Nadie se planteaba “si eso era misión suya”, sino que todos aportaban su esfuerzo a la causa común con arreglo a sus posibilidades. El desinterés de las administraciones, la ausencia de legislación, la falta de control, constituyeron al mismo tiempo —como se diría en el lenguaje de gestión actual— “amenazas y oportunidades”; oportunidades aprovechadas por aquellos profesionales ilusionados a los que en ocasiones se tachó peyorativamente de “iluminados” y que se empeñaron en la tarea, como se diría en lenguaje castrense, “más allá del sentido del deber”<sup>3</sup>. Otro factor fundamental fue la importancia que se dio a la formación MIR/PIR, con la consiguiente implicación de la mayoría de ellos en el pro-

yecto y la continuidad del mismo en la medida en que se les pudo ir contratando al terminar la especialidad.

En paralelo se desplegó una intensa actividad en el seno de la AEN. Manuel Desviat fundó en 1980 la *Revista de la AEN* y fue presidente de la asociación en el período 1993–1997. De la misma forma, profesionales que colaboraron en el proceso de reforma de Leganés han ocupado la presidencia en diferentes etapas: Mariano Hernández Monsalve entre 1997 y 2003, Paco Chicharro del 2003 al 2006 y Alberto Fernández Liria desde el 2006 hasta la actualidad. Otra iniciativa fruto de aquella época fue la edición de la revista *Psiquiatría Pública*, una revista independiente, de aparición bimensual y que difundía más de 4.000 ejemplares de cada número entre España y América latina<sup>4</sup>.

## Los resultados (el ascenso)

La promulgación de la Ley General de Sanidad, coincidente con la llegada de compañeros afines a puestos directivos en el Ministerio<sup>5</sup> y en la Comunidad de Madrid (alguno de los cuales había participado en los primeros momentos de la reforma de Leganés) fueron elementos legitimadores de lo realizado y facilitaron los proyectos posteriores. Entre 1986 y 1987 se produjo la integración de todos los recursos de salud mental de área mediante acuerdo entre las distintas administraciones. Se asumieron las urgencias psiquiátricas y la hospitalización de agudos de la zona sur de la Comunidad de Madrid (alrededor de un millón de habitantes) creándose un servicio de rehabilitación, centro de día, piso escuela y los primeros pisos protegidos. En 1987 se inicia el proceso de desinstitucionalización, saliendo los primeros

3 En aquellos años se podía improvisar una comida de trabajo que finalizaba a medianoche en medio de un debate, o convocar una reunión el fin de semana para preparar el borrador de un programa, planificar acciones, etc.

4 El desinterés, cuando no la animadversión de parte de la industria farmacéutica, forzó su cierre tras doce años de andadura.

5 Por ejemplo, Antonio Espino jugó un papel decisivo en la redacción de los aspectos referentes a la atención a la salud mental. En ella, básicamente, se recogía el ideario de la AEN y se daba carta de naturaleza a reformas como la realizada en Leganés.

pacientes a pisos. Al mismo tiempo y dependiente del servicio de rehabilitación, se monta una red de dispositivos que pretenden cubrir las necesidades de rehabilitación ocupacional o laboral: Centro agrícola, talleres de carpintería, cerrajería, forja, encuadernación, imprenta, audiovisuales, etc., que culmina en 1994 con la creación de la primera empresa social (Salud y Empleo) a través de la iniciativa europea Horizon. En 1991 se abandona el último pabellón quedando así cerrado el manicomio. Para los últimos pacientes, irreductibles al proceso de desinstitucionalización, se crea una residencia asistida que es inaugurada en 1992 con la asistencia de prácticamente todas las autoridades sanitarias, estatales, autonómicas y municipales: El entonces presidente de la CAM, Joaquín Leguina, el ministro de sanidad, José A. Griñán, el Defensor del Pueblo, Alvaro Gil Robles, el Consejero de Sanidad, Pedro Sabando, directores generales, alcaldes, etc. En la actualidad, el terreno que ocupó durante siglo y medio el Manicomio de Leganés se ha convertido en un parque a disposición de los ciudadanos.

En los años siguientes se completó la red con los hospitales de día de adultos e infanto-juvenil, el programa para trastornos de la conducta alimentaria, unidad de trastornos de personalidad, la apertura de las unidades de hospitalización breve en los Hospitales de Leganés y Fuenlabrada, etc., en un proceso prácticamente interminable porque en la medida que se culminaba un proyecto se abría la puerta al siguiente.

## La caída (en desgracia)

Y volvamos al principio. ¿Qué ha pasado para que una historia exitosa sea cercenada y termine con el cese de su artífice y el de sus

colaboradores? Al margen de la sorpresa que ha supuesto para casi todos cuantos hemos estado al tanto del conflicto, desde tiempo atrás se podían percibir indicios de un cambio de rumbo por parte de los políticos de la CAM y su intención de dismantelar el sistema público de salud y su privatización. Uno de los primeros signos fue la campaña contra los profesionales del servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa, a los que se acusó de practicar la eutanasia<sup>6</sup> y ni las opiniones científicas, ni el clamor popular, ni las sentencias judiciales, consiguieron revertir esta injusta situación. Mientras tanto se han ido construyendo una serie de hospitales de gestión privada sin tener asignada una población de referencia —anulando así el concepto de sectorización— ni definido una cartera de servicios concreta, considerando que “la competencia entre centros” y la consiguiente “regulación del mercado” terminarán por reordenar la asistencia. La creación de estos hospitales ha coincidido con la escasez de personal sanitario a nivel de todo el estado<sup>7</sup>, por lo que para cubrir las plazas se han fagocitado parte de los recursos humanos de la red ambulatoria<sup>8</sup>. Al desaparecer el concepto de sector se han anulado también las jefaturas de área, siendo sustituidos por “responsables de hospitales”. Por lo que respecta a las jefaturas de servicio la cobertura se ha hecho a dedo, despreciando la experiencia y currículum de quienes no comparten sus postulados.

Por si quedara alguna duda de su filia por lo hospitalario y la privatización, y de su fobia por lo público, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha sustituido la Subdirección General de Atención Especializada por la “Dirección General de Hospitales”, suprimiendo la Dirección General de Salud Pública.

6 Cuando lo habitual en los casos de denuncias por mala praxis suele ser tratar de tapar el asunto o desviar la atención, en este caso se personó como acusación la Consejería de Sanidad, apoyada sibilinamente por el Colegio de Médicos de Madrid.

7 A principios de junio el Ministerio de Sanidad, comunicaba que Madrid era la única comunidad que no había remitido la estimación de necesidades de facultativos lo que imposibilitaba una valoración global.

8 Por ejemplo, el C.S.M. de Valdemoro se quedó sin profesionales... pero inmediatamente se concertó su asistencia con el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos.



En paralelo, y en lo que se refiere a la salud mental, surge la ASEPP —las dos últimas siglas no tienen que ver con lo que sugieren— (Asociación Española de Psiquiatría Privada) que en su primera reunión señala “que la psiquiatría privada desempeña un papel muy importante en España ya que el sistema público no puede dar respuesta a las necesidades sociales que se van creando a nivel de asistencia”.

De esta forma queda cerrado el círculo. Se construyen nuevos hospitales “porque lo anterior no sirve”, se privatizan recursos, se nombran gestores y jefes de servicio con intereses que nada tienen que ver con lo público ni con la asistencia comunitaria... y se expulsa del sistema (o al menos de los lugares de decisión) a quienes no se pliegan a sus deseos. En este sen-

tido, quienes tengan ideas propias, sean comprometidos y defiendan el sistema público de salud, se han convertido no solo en sospechosos sino en enemigos del nuevo modelo que quiere implantarse. Hoy han sido los compañeros del Instituto Psiquiátrico José Germain... pero ¿quiénes serán los siguientes?

Probablemente estamos ante una nueva utopía: confiar en que la unión y la razón sean fuerzas suficientes para salvar el sistema público de salud. Pero en cualquier caso, pase lo que pase en el futuro, estamos seguros de que siempre quedará alguien que mantenga el recuerdo y conserve la palabra.

**F. Chicharro Lezcano**

[paco.chicharrolezcano@osakidetza.net](mailto:paco.chicharrolezcano@osakidetza.net)

