



Información sobre la Atención de la enfermedad mental

Iñaki Markez

Quedaron atrás los tiempos de los grandes centros manicomiales y tras la instauración de procesos de reforma se primó la atención psiquiátrica extrahospitalaria y de los llamados modelos comunitarios. Las distintas experiencias transformadoras de atención a la salud mental, desarrolladas durante las últimas décadas, han generado cambios en la orientación de las políticas asistenciales así como cambios notorios en los aspectos organizativos, arquitectónicos e ideológicos.

Se depositó en la comunidad su responsabilidad sobre la atención, ya que el internamiento de por vida se había acabado. Las personas enfermas viven con sus familias y disponen de servicios de salud mental extrahospitalarios; esto, en la mayoría de los casos, puede suponer una cita al mes de media hora. Pero la atención comunitaria no es sinónimo de atención “por” la comunidad, sino “en” la comunidad. Y la atención en la comunidad significa recursos comunitarios.

Gracias a la presión de las asociaciones, los servicios sociales públicos comienzan a darse cuenta que deben atender también a este sector de población. Comienzan las conversaciones con los servicios de salud, se firman acuerdos marco, que serán declaraciones de buenas intenciones si no hay dotaciones presupuestarias. Se financia a algunas asociaciones para que gestionen programas y servicios de aten-

ción comunitaria, etc. Pero el punto débil, es la falta de claridad sobre el diseño de la atención comunitaria; los poderes públicos no han transmitido políticas claras de atención; se trabaja en función de la presión de la demanda, no sobre el diseño de políticas de atención.

Además hay bolsas de personas con dificultades para acceder a la atención comunitaria: Además de quienes están en listas de espera para acceder a diversos tipos de recursos de atención comunitaria, hay grupos de población con dificultades especiales de acceso: Personas que presentan condiciones de vida diferentes a las de la población mayoritaria, carecen de domicilio fijo, y que acceden a soportes comunitarios para atención a necesidades de alojamiento, alimentación, cuidados personales, etc; Personas pertenecientes a minorías étnicas y grupos culturalmente distintos a la mayoría, sobre todo emigrantes extranjeros, en situación irregular en muchos casos; Personas que no quieren ser reconocidas como enfermas mentales; Personas muy jóvenes (niños y niñas), así como las personas ancianas tienen problemas de accesibilidad a centros específicos de atención a la salud mental.

La atención sanitaria se ha focalizado claramente sobre los aspectos disruptivos, primando las intervenciones intensivas en los periodos más críticos, y no prestando atención a los aspectos más deficitarios. Así, se presta sufi-



ciente atención a las personas cuando están delirando, oyendo voces, agrediendo o molestando a otras, pero no se presta la suficiente atención a estas personas cuando su estado mejora o en los periodos largos, entre las crisis. Pero la red de asistencia psiquiátrica, año tras año, y a lo largo de la última década ha ido aumentando tanto el número de pacientes atendidos como las consultas realizadas y otros indicadores asistenciales, sin el oportuno incremento de recursos humanos y/o materiales.

La filosofía que subyace en el modelo de atención comunitaria va más lejos que una mera descentralización y territorialización de la atención. El objetivo principal de este modelo no es exclusivamente el atender y ayudar a las personas para reducir al máximo posible las hospitalizaciones. Por el contrario, el modelo incluye ideas de distinta procedencia histórica y geográfica.

El modelo, mixto, está basado en el desarrollo de centros comunitarios y unidades en hospitales generales aunque aún existen unidades de agudos y un alto número de pacientes de larga estancia en hospitales psiquiátricos, no habiéndose desarrollado con claridad las estrategias de desinstitucionalización. El débil desarrollo de modelos comunitarios con una apreciable involución hacia abordajes biológicos, con predominio de lo farmacológico, con escaso apoyo psicoterapéutico e insuficiente desarrollo de dispositivos para la rehabilitación y reinserción, está cuestionando el movimiento comunitario de décadas precedentes.

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

Resulta preocupante la confusión y descoordinación general referida al modelo de atención comunitaria entre los servicios sanitarios y los sociales, y entre las instituciones públicas que las gestionan.

No existe una política general que delimite las competencias de cada organización implicada en la atención comunitaria. Cada organización desarrolla sus políticas propias, sin coordinación, y alcanzándose en algunos casos solapamientos y contradicciones importantes. La inexistencia o el desconocimiento de las políticas en curso, para mejorar la actual situación de las personas con trastornos mentales, hace que los profesionales no se sientan partícipes de la elaboración y desarrollo de los planes de intervención, y menos aún de las políticas de salud.

Decenios de trabajo han permitido el acopio de una información considerable sobre la magnitud de las enfermedades mentales y la carga que representan. Métodos de obtención de diagnósticos fiables y válidos como los estudios sobre la incidencia, la prevalencia y la evolución de los trastornos, los sistemas internacionales y nacionales de clasificación, y las estimaciones de las discapacidades asociadas. Sin embargo, se sabe muy poco sobre los recursos existentes para afrontar esta carga: ¿De cuáles disponen los países para la atención de salud mental? ¿En qué medida cubren las necesidades? ¿Dónde se localizan los desfases importantes?

La Organización Mundial de la Salud lanzó en el año 2000 el proyecto Atlas para colmar esta laguna. En este número de *Norte de salud* mental se recoge en la sección de Informes una reseña sobre este proyecto. Sus objetivos comprenden la obtención, la compilación y la distribución de información relativa a los recursos de salud mental en los países. El proyecto se ha concebido para obtener información real de cada país, no para realizar extrapolaciones basadas en los datos de unos pocos países. Al año de su nacimiento, nos complace presentar el primer producto de este proyecto.



Los datos del proyecto Atlas confirman lo que muchos profesionales de la salud mental saben desde hace tiempo, que en la mayor parte de los países los servicios de salud mental son muy insuficientes comparados con las necesidades de atención de salud mental. El valor del proyecto Atlas reside, no obstante, en sustituir las impresiones y las opiniones por datos objetivos. No sólo ofrece un panorama claro de los recursos existentes y de las necesidades básicas en países de todo el mundo, sino que proporciona también una referencia para vigilar las modificaciones a lo largo del tiempo. El empleo de definiciones y unidades uniformes permite las comparaciones entre países y regiones.

Los análisis identifican las áreas que deben recibir atención urgente por parte de los responsables de las políticas y los planes de atención de salud del país. El proyecto establece también objetivos realistas al permitir la comparación entre países. La OMS confía en que las crudas realidades expuestas por el proyecto Atlas motiven a todos los que valoran la salud mental para intervenir ahora en pro de una mejora de los recursos en este campo. El panorama está ya claro y el objetivo se halla plenamente al alcance.

También en estas comunidades autónomas del Norte es posible.

