

JORNADAS INTERNACIONALES DE SALUD MENTAL

"LA SALUD MENTAL EN EL MUNDO"

Organizadas por: ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD SALUD MENTAL
FEDERACIÓN MUNDIAL PARA DE SALUD MENTAL . Madrid, 30 y 31 de Mayo de 1994

Primera Mesa de Trabajo: Programas de Salud Mental de en Países Europeos

Ponencia: "SOBRE LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA"

Autores:

GERMAN PACHECO BORRELLA, Enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. E.S.M.D.de Jerez de la Frontera. -(Cádiz)

BERNARDO VILA BLASCO, Enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. Profesor Titular de la Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Cuando asumimos el encargo que nos hizo el Comité Organizador de estas Jornadas Internacionales de Salud Mental, no imaginamos lo complejo y dificultoso que nos iba a resultar el recabar información a cerca de la situación actual de la atención a la salud mental en nuestro país: España.

Complejidad puesta de manifiesto al constatar la gran diversidad y las diferencias existentes entre las distintas Comunidades Autónomas (CC. AA.) del Estado español respecto a la organización de la atención a la salud mental y la prestación asistencial que en este ámbito de la salud se oferta a los ciudadanos.

Y dificultad, tanto en cuanto ha sido prácticamente imposible, por muy diversas razones, acceder a los distintos programas de cada una de las CC. AA.; de aquellas que lo tienen, claro está, porque las hay que no disponen de ellos.

Vamos a comenzar afirmando, en consecuencia, que en España no existe un Programa de Salud Mental. O mejor dicho: No existe un único programa sino varios y muy diversos: Los de cada una de las distintas CC. AA. Distinguiendo entre éstas dos grandes grupos: Por un lado, estarían aquellas que tienen transferidas de la Administración Central del Estado competencias plenas en materia de salud; y por otro, las que no tienen esas competencias y la gestión y ordenación asistencial corre a cargo del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que depende del Ministerio de Sanidad.

Pero aún siendo que no hay un programa único para toda España, ello no quiere decir que la asistencia psiquiátrica en nuestro País se encuentre anclada en su totalidad en el pasado. Por el contrario, estamos inmersos en un proceso de Reforma global de las estructuras para la atención a la salud mental que empezó en los primeros años de la pasada década, y que viene teniendo un lento y desigual desarrollo e implantación entre unas Comunidades y otras.

El marco legal de la Reforma Psiquiátrica en España es el artículo 20 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, que es la respuesta normativa fundamental al mandato constitucional que consagra el derecho que tienen todos los ciudadanos a la protección de la salud. No obstante, el documento que orienta ésta Ley y sirve de base para la Reforma es el Informe de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica que se hizo público en abril de 1.985. Este documento y aquella Ley,

constituyen lo podríamos llamar un *"Programa Marco"* que teóricamente afecta a todos por igual, pero que en la práctica cada Comunidad Autónoma ha desarrollado en "su" momento y a "su" manera.

En ese mismo documento se explicitan las directrices generales de un modelo para la atención y asistencia a los problemas de salud mental de la población española; y pone de manifiesto el carácter comunitario que tienen que tener los dispositivos correspondientes. Y, además de potenciar las estructuras extrahospitalarias, aboga por una hospitalización psiquiátrica en Unidades ubicadas en los Hospitales Generales.

Sin embargo, ni la Ley General de Sanidad ni las recomendaciones y propuestas de la Comisión Interministerial hacen mención expresa a los Hospitales Psiquiátricos (H.P.); ambos textos no se pronuncian sobre los mismos, lo que puede ser interpretado de muchas maneras según con el prisma ideológico/sanitario con que cada cual lo observe.

Téngase en cuenta, también, que durante muchos años la asistencia psiquiátrica en España ha estado en manos de las Diputaciones Provinciales, quienes han ejercido la beneficencia para cualquier ciudadano que se volvía loco y precisaba atención continuada. Y el hecho de que aún hoy día los H.P. sean gestionados por las Diputaciones Provinciales, en la práctica, y acordes con la corriente ideológica imperante, éstas están creando redes paralelas en muchos casos; lo que en buena parte dificulta la implantación del *"Programa Marco"*, que postula una única red y pretende integrar todos los servicios de salud mental en el contexto del Sistema Nacional de Salud, tal como así ha sido en los casos de Andalucía y Asturias, por ejemplo. Por ello, en el momento actual podemos afirmar que existen grandes diferencias entre los procesos de Reforma Psiquiátrica de las distintas CC. AA. de nuestro Estado.

Es difícil en poco tiempo plasmar la compleja diversidad existente hoy en nuestro País. Pero asumiendo el riesgo de la simplificación digamos que frente a unas Comunidades que han construido un Plan de Reforma Psiquiátrica siguiendo las recomendaciones de la Comisión Interministerial y que han alcanzado un importante nivel de desarrollo (Andalucía, Asturias, Navarra, Madrid), tenemos otras CC. AA. que ni siquiera lo han iniciado o su puesta en marcha es incipiente (Extremadura, Rioja, Baleares, Cantabria, Canarias); pasando por aquellas Comunidades que, desviándose de las recomendaciones ministeriales, compatibilizan un desarrollado nivel de los nuevos servicios de salud mental con la existencia y mantenimiento de estructuras institucionales arcaicas (Cataluña, País Vasco).

Como consecuencia, son escasos los H.P. que, congruentes con la Reforma y la implantación del Modelo de Intervención Comunitario, han cerrado o están a punto de cerrar. Por tanto, es notoria la coexistencia de estructuras manicomiales y comunitarias, independientemente del proceso de Reforma emprendido.

Ello nos da pie a plantear que hoy, a nuestro entender, el *"Programa Marco"* es insuficiente en tanto que existe una indefinición respecto a la filosofía asistencial, falta de desarrollo del modelo propuesto y una duplicación de servicios -o redes paralelas-. Esto hace a su vez que se creen desigualdades entre los ciudadanos de unas y otras Comunidades; y, además, nos hace intuir un futuro incierto para la asistencia psiquiátrica española.

Nos consta que toda Reforma implica un proceso y que durante el mismo se va rompiendo con un modelo, el precedente, y se va instaurando paulatinamente el nuevo modelo alternativo. Pero en ese proceso, dinámico por otra parte, ambos

modelos coexisten y esto produce ciertas dificultades y genera confusiones e incertidumbres. Ahora bien, el nuevo modelo se denomina alternativo porque propugna que los nuevos servicios sirvan para hacer innecesarios los viejos y no para complementarlos o retroalimentarlos. Y se constata que los programas de salud mental existentes no siempre contemplan el manicomio como estructura a transformar para desaparecer sino que suelen centrar sus objetivos sólo y exclusivamente en la red comunitaria. Y, en ocasiones, dando lugar a una apertura indiscriminada de dispositivos asistenciales, en muchos casos sin los recursos materiales y humanos necesarios y sin la adecuada coordinación con las redes: la red general de atención a la salud y la red de atención a la salud mental.

En distintos foros hemos sostenido que como la institución manicomial no cumple la función para la que supuestamente fue creada y además añade yatrogénicamente el Síndrome de Institucionalización que afecta por igual a internos y personal, no nos cabe duda que debe ser transformada a través de un proceso, complejo pero posible, de Desinstitucionalización (D.). Entendida ésta no como una deshospitización (disminuyendo el número de internos) ni como una transinstitucionalización (transfiriendo pacientes a otras instituciones -que en ocasiones puede ser factible y probablemente aquellos ganarían en calidad de vida-).

A nuestro entender, es necesario el desarrollo de un proceso de D. que conlleva actuar en dos espacios: sobre la institución manicomial y sobre el medio comunitario, en el que debe desarrollarse toda la red alternativa que acoja y permita la presencia del paciente psíquico en la comunidad, tratándole como ciudadano de pleno derecho. (1)

En el H.P. la D. va a consistir, fundamentalmente, en modificar los modos y las formas de intervención, desechando el binomio problema/solución (enfermedad/curación), para en su lugar afrontar una acción transformadora que considere la existencia cotidiana y el sufrimiento de los pacientes, porque el problema de éstos no es tanto la curación como la producción de vida, de sentido, de socialización y formas saludables de comunicación como la afectividad y la solidaridad. (2) En definitiva, se trata de que se transformen los modos de vivir y sentir el sufrimiento del interno/paciente y que se transforme globalmente la vida cotidiana que alimenta ese sufrimiento.

También la D. conlleva la modificación de actitudes de los participantes implicados en el proceso, de tal manera que el personal asistencial ejerza activamente su rol terapéutico y el interno modifique su rol de paciente para convertirse en elemento activo de su propia terapia.

Por todo lo cual, hay que afirmar que una D. responsable, profesional e incluso científica, no puede confundirse ni malinterpretar como un abandono o un "echar a la calle" a las personas en nombre de una supuesta libertad; aún cuando entendamos que la libertad también es terapéutica. La D. es sólo posible con el desarrollo del Modelo de Intervención Comunitario. Y aunque van unidos, conceptualmente son diferentes y la una es consecuencia del otro.

A nuestro entender la D. es también la expresión de una filosofía asistencial que emana de un proceso de reforma general de atención a la salud; reforma que es también social y política, y que enfatiza la capacidad y autodeterminación de las personas y su derecho a controlar cuanto les afecta. Con ello se rompen estructuras de control social que determinaban cuándo y dónde un enfermo mental debía ser atendido o ingresado, y que suprimían derechos y obligaciones de esas personas. La ruptura que supone la clausura del H.P. debe significar para nuestra sociedad el abandono de formas arcaicas de relación con la locura y la implantación paralela de

otras más evolucionadas. Si aceptamos que las instituciones sociales son estructuras organizadas al servicio de las defensas antiansiedad en el colectivo, la desaparición de una institución como la manicomial y su reemplazo por una red de nuevas estructuras alternativas, señalará un avance del grupo social hacia formas más elaboradas y complejas de organización. (3)

Hemos dicho que barruntamos un futuro incierto. Pero creemos que esta incertidumbre se disiparía en buena medida cuando pudiéramos objetivar hechos como los siguientes:

-El desarrollo de las redes estructurales de atención a la salud mental, incluyendo no sólo unidades intra y extrahospitalarias sino también las Estructuras Intermedias necesarias, tan precisas para abordar la cronicidad desde el medio comunitario.

-La desaparición de redes paralelas, y la creación de una única red integrada de pleno en el Sistema Público de Salud.

-La efectiva coordinación interdispositivos garantizando la continuidad de cuidados.

-La coordinación intersectorial, implicando al propio Sistema de Salud a través de la Atención Primaria de Salud, por un lado; y con los Servicios Sociales comunitarios comunes y especializados, por otro.

-El desarrollo pleno y efectivo de la atención Primaria de Salud, que debe ser la única puerta de acceso a la red de atención a la salud mental, o lo que es lo mismo, a los servicios especializados de salud mental.

Para finalizar, y a pesar de todo, queremos expresar que hemos avanzado mucho y particularmente en ciertas CC. AA., como por ejemplo en Andalucía donde, a pesar de la diversidad existente entre cada una de las ocho provincias, hemos alcanzado un alto nivel de desarrollo en el proceso de Reforma Psiquiátrica, que se concreta en el alto número de dispositivos de atención a la salud mental en funcionamiento, la multiplicación del número de recursos humanos, la integración de la atención a la salud mental en el Sistema General de Atención a la Salud, los programas de D. -que han posibilitado, por ejemplo, el cierre del H.P. de Málaga o el inminente cierre del H.P. de Cádiz-, el programa de atención a la Psicosis, el cual se recoge específicamente en el Plan Andaluz de Salud, etc...; y todo ello en contraposición a lo que teníamos antaño: manicomio, contención y custodia. No obstante, aún queda mucho por hacer y los profesionales de la salud mental tenemos mucho por decir.

Permítannos concluir con una cita de Bofarull Álvarez que compartimos plenamente:

"El enfermo mental no es ese individuo indigente, al que nos tienen acostumbrados los circuitos ideológicos oficiales. Su personalidad está enferma, ciertas actitudes son antisociales, pero ello no quiere decir que la totalidad de su ser sea patológica. Más bien al contrario, es capaz de asumir responsabilidades y actuar en relación con unas normas. Sólo espera de nosotros que seamos capaces de comprenderlo".

Muchas Gracias, por su atención.

Jerez-Málaga, Mayo de 1.994

BIBLIOGRAFIA:

(1) Pacheco Borrella, G. (1991): *Desinstitucionalización Psiquiátrica y recursos Intermedios*. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública en Extremadura. Organizadas por la Asociación de Estudios Sanitarios de Cáceres y la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Badajoz, en Jarandilla (Cáceres), 14-16 de junio. No publicada.

(2) Rotelli, F.M.; y cols.. (1987): *Desinstitucionalización: otra vía (La Reforma Psiquiátrica en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados")*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. VII, núm. 21, Madrid.

(3) Grupo de Trabajo Provincial (1993): *Hospital Psiquiátrico Provincial: Proceso de Desmantelamiento. Dispositivos Intermedios*. Documento elaborado por un grupo de profesionales de la provincia de Cádiz, constituidos en Comisión Técnica Asesora, para orientar técnicamente sobre el desmantelamiento del H.P. de El Puerto de Santa María (Cádiz). Documento no publicado.