

Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental.

J. Agustín Ozamiz, Iñaki Markez, Agurtzane Ortiz.

El llamado Estado de bienestar no está preparado para subsistir en una sociedad donde las necesidades y preferencias individuales no se armonicen con el deber social y la responsabilidad personal. La insistencia en los derechos individuales a la protección del Estado, sin apelar a la vez a la responsabilidad personal y a las obligaciones correspondientes, se ha convertido en una trampa que erosiona el Estado de bienestar, industrializa y medicaliza el tratamiento de la enfermedad y, aunque la combate con eficacia, deja con demasiada frecuencia en una extrema soledad a la persona enferma.

Sistema de Recuperación

La atención a la salud a través de un servicio con alto nivel de cobertura pública, junto con la educación, las pensiones y la ayuda social, constituye hoy una experiencia ya consolidada a la que las sociedades europeas no quieren renunciar. Un eficiente sistema de Salud Pública es el factor de seguridad y de redistribución que produce una mayor satisfacción y cohesión social en las sociedades modernas.

Sin embargo este sistema, con las estructuras y servicios que se han ido conformando en función de los conocimientos médicos y de las técnicas organizativas de cada momento, es hoy difícilmente financiable (representa el 8% del PIB y va a casi doblarse en próximos años). Con las estructuras actuales, el equilibrio de las cuentas públicas es y será insostenible, debido precisamente a las exigencias sanitarias del alargamiento de la vida junto con el envejecimiento de la población, sobre todo, por el elevado coste de los tratamientos médicos por la enorme cuantía de los medicamentos y los procedimientos diagnósticos.

La estructura sanitaria pública, universal y gratuita en nuestro entorno, se soporta hoy en Hospitales, Residencias y ayudas económicas a la dependencia. Este sistema ha ido mostrando algunas debilidades: i) coste inasumible, ii) ineficiente asignación de recursos humanos y económicos,

iii) incertidumbre y soledad creciente de los enfermos y sus familias, y iv) falta de equidad.

Ante estos problemas, diferentes países Norteamericanos y Europeos han desarrollado un sistema, en colaboración de entes públicos y privados, basado en el concepto de recuperación, con el que desde hace 40 años vienen tratando de subsanar las debilidades antes señaladas. El método se basa en una concepción holística de la "persona en sociedad", centrando la atención en el enfermo y no sólo en la enfermedad, y tratando de aprovechar mejor los recursos conjuntos de los profesionales sanitarios, de las familias y del entorno social comunitario. Esto se concreta en:

1. Aceptación de que no se trata de luchar con enfermedades sino de cuidar personas enfermas y por lo tanto es preciso afrontar vivencias diferentes de las mismas enfermedades, las cuales, a su vez, son únicas e irrepetibles.
2. Integración de la persona en sus círculos y redes sociales, sin apartarla (aparcarla) espacial y socialmente.
3. Dedicación mayor del tiempo del personal sanitario a las tareas específicas para las que están cualificados.
4. Utilización masiva de los nuevos sistemas de información y comunicación.

Tradicionalmente los servicios de salud mental se han focalizado en la provisión de servicios de alto nivel por profesionales bien cualificados. La mayoría de estos servicios se brindaban principalmente en el hospital por psiquiatras y sus equipos, con una minoría de servicios basados en la comunidad. Estos servicios eran principalmente para pacientes graves, pacientes en rehabilitación o pacientes externos con problemas de salud mental de larga evolución.

En la década de los 80 se cuestionó seriamente si este sistema respondía adecuadamente en la atención a los pacientes en las siguientes áreas:



- *Derechos humanos* – las personas con problemas de salud mental asistidos por muchos profesionales y sus familias, cuestionaron la falta de servicios disponibles en la comunidad, que les permitiera vivir una vida “normal”. Se cuestionaba el poder de los médicos sobre sus vidas.
- *Coste* – los costes crecientes para proveer estos servicios estaban volviéndose insostenibles. En algunas áreas la gente era incapaz de acceder a los servicios.
- *Efectividad* – Muchos profesionales reconocieron que sus intervenciones estaban sufriendo de una falta de soporte en el seguimiento e intervenciones de menor nivel. El resultado fue el a menudo citado “síndrome de la puerta giratoria”.

En muchos países, particularmente los más desarrollados se tomaron decisiones en los 80 para vaciar las enormes instituciones creadas por una política de hospitalización, e invertir en el cuidado en la comunidad. En países del sur de Europa la necesidad de cambio fue reconocida pero lograrlo ha tenido un proceso más lento.

Cuidados gestionados en la comunidad

La clave para el éxito en la nueva aproximación fue el desarrollo dentro de la atención primaria de los servicios socio-sanitarios para personas con problemas mentales y el desplazar recursos de atención especializada, para lograrlo.

El cuidado en la comunidad como era llamado en UK o la gestión del cuidado en U.S. eran gestionados por los gobiernos con el interés de disminuir el coste del cuidado de la salud mental al tiempo que mejorar su efectividad. Muchos de los cuidados suministrados previamente por organizaciones sanitarias fueron redefinidos y asignados como servicios de atención social.

La financiación del cuidado de la salud se combinó con el de los servicios sociales a partir de su ubicación en los servicios comunitarios.

Los servicios del ámbito de la sanidad incluían:

- Medicamentos e intervenciones como psicoterapias.

- Intervenciones de atención en crisis en la comunidad.
- Acceso a profesionales y soporte de salud mental.
- Servicios de prevención y salud pública que ayudan a la gente a cuidar y prevenir problemas de salud mental.

La atención social normalmente cubre asuntos como:

- Gestión monetaria y elaboración de presupuestos.
- Trabajo de casa – cocina, limpieza, etc.
- Cuidado personal.
- Gestión de las relaciones.
- Uso de servicios existentes -empleo, autoayuda, de viaje, uso de tecnologías y servicios telefónicos, actividades en grupos, etc.-
- Acceso y estancia en el trabajo, formación, etc.
- Ayuda a establecer citas para la organización de las subvenciones, de la seguridad social,... etc.

La gestión de la ayuda trajo consigo la necesidad de gestionar e informar a las organizaciones de financiación en el suministro de servicios dentro de estas áreas. Los estándares de cuidados y los indicadores del desempeño de estas funciones, fueron fijados y el suministro de servicios fue evaluado a partir de estos estándares.

Esto inspiró el desarrollo del paquete software Carista, que la Fundación UZTAI está desarrollando con ayuda de la Diputación Foral de Bizkaia. Estas áreas son monitorizadas dentro del sistema de la gestión de cuidados e implementadas dentro de planes individualizados (también contenidos en el paquete software).

La des-institucionalización en salud mental planteó implementar diversos asuntos para esos planes.

- La necesidad de servicios de calidad en la comunidad, requiriendo no solo nuevos modelos de provisión de servicios sino la creación de vías de cuidado para asegurar la continuidad de cuidados incluyendo intervenciones

de profesionales de alto nivel y redes de organizaciones que trabajarían en colaboración para suministrarlos. Los pacientes tienen una amplia variedad de necesidades, desde aquellos que han sido hospitalizados durante muchos años o que tienen unos más altos niveles de necesidad de ayuda, a aquellos que necesitan ayuda limitada. Gran número de personas fueron trasladadas de las salas de rehabilitación a la comunidad. Los sistemas de gestión de cuidados fueron implementados para coordinar programas individuales.

- En la actualidad el gobierno de Bizkaia (cubre 1,2 millones de personas) planea mover varios cientos de personas de las salas de rehabilitación a la comunidad.
- **Necesidad de crear un sistema para gestionar los contratos.** Necesitaban asegurar la calidad del servicio, la eficacia del coste y que los servicios suministrados continuaran dando respuesta a las distintas y cambiantes necesidades.
- **Gestionar el cambio de los recursos** (humanos e infraestructuras) de la asistencia hospitalaria. Esto no solo concierne a la creación de nuevos flujos de financiación sino el volver a dotar de nuevas habilidades y cometidos a las plantillas de profesionales, el cambio de uso de las propiedades e infraestructuras, la investigación en nuevas tecnologías, etc.
- Coordinación de financiación entre departamentos. Por ejemplo la vivienda y el empleo son tan importantes para la gente con problemas mentales de larga duración como lo son para los demás, en la sociedad. Era importante que la financiación para servicios de esas áreas fueran lo suficientemente flexibles para encontrar respuestas a nuevas demandas. Había la necesidad de coordinar una economía mixta de la asistencia.

Todas estas áreas impactaron significativamente en las organizaciones de salud mental, tanto gubernamentales como dentro de la comunidad. Para algunas, los servicios que suministraban tendrían menos demanda, particularmente los servicios orientados a la salud como rehabilitación y enfermería donde la necesidad de finan-

ciación y modernización era grande y creciente. Para otros, que estaban acostumbrado/as a recibir subvenciones sin necesidad de suministrar informes para los financiadores, los requerimientos de ganar y mantener contratos en un mercado competitivo, pondrían en cuestión distintos aspectos de su organización.

Partiendo de las nuevas necesidades para una diferente aproximación a la provisión de servicios de salud mental, se consideró la adopción de un “modelo de recuperación” en la asistencia.

Modelo de recuperación

No hay una única definición del concepto de **recuperación** para gente con problemas de salud mental. Se centra en las vías de adaptación de las personas con problemas mentales y les ayuda a tener el control de sus vidas, a pesar de tener una seria enfermedad mental. La recuperación aporta una visión holística del individuo y se centra en la persona, no solo en sus síntomas. Es visto como un trayecto, no un destino y para lograrlo una persona con problemas mentales necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales, usando nuevas e innovadoras estrategias. Promueve el que la gente avance en sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido. Las personas enfermas pueden no tener un control total de sus síntomas, pero pueden tener un control de sus vidas. Así se trata de mantener por ejemplo:

- Buenas relaciones.
- Seguridad financiera.
- Trabajo satisfactorio.
- Crecimiento personal.
- Un buen ambiente en la vida.
- Desarrollar las perspectivas personales culturales y espirituales.
- Desarrollar resistencia a la adversidad o estrés ante el futuro inmediato.

La tarea asistencial clave en el modelo de recuperación, es ayudar a la gente a recobrar su sitio en las comunidades donde viven y tomar parte en actividades convencionales junto al respeto del mundo que les rodea. Hay una creciente evidencia de que el tomar parte en oportunidades sociales, educativas, formación, de voluntariado y el empleo, pueden contribuir al proceso de recuperación. Para



algunas personas esas intervenciones tienen grandes limitaciones, pero una mayoría de aquellos que habían sido hospitalizados estuvieron exitosamente integrados en la comunidad con el uso de modelos de acomodación y disposiciones transitorias.

Los retos

Los retos de las personas con problemas mentales y los profesionales trabajando con ellos en España, reflejan cuestiones similares a las confrontadas por similar población internacionalmente. En nuestro entorno ya se ha comenzado a abordar estas cuestiones, liderados por Uztai, una organización de salud mental sin ánimo de lucro, colaborando con la Universidad de Deusto y diversas organizaciones, y proponiendo una aproximación innovadora, aprendiendo de la experiencia internacional así como de la nuestra propia, que desarrolla la recuperación basada en este tipo de intervenciones (ejemplo del Club House). Su foco es el bienestar y ayuda a la integración de personas con problemas mentales en la comunidad en la que viven. Los principales retos identificados han sido:

- La falta de servicios para personas con problemas mentales de larga evolución, en sus comunidades.
- Los servicios, en su mayoría, no están centrados en la persona. La provisión está determinada por las necesidades del servicio y no por la gente con necesidad. Los servicios efectivos deben de estar centrados en la persona. La gente necesita el buen servicio, en el lugar adecuado y en el momento adecuado.
- Los servicios son aleatorios y no están encaminados al cuidado, lo que permitiría a la gente un mayor control de sus vidas y el promover una aproximación integrada al bienestar.
- Los servicios no son accesibles para todo el mundo. En áreas que no sean de grandes capitales, la accesibilidad a las unidades locales de salud mental es más limitada, y muchas personas con problemas mentales duraderos, no disponen de servicios de atención basados en la comunidad.
- La asistencia generalmente, solo puede ser obtenida por el mucho menos efectivo y más costoso camino de la hospitalización.

- Los hospitales tienen muy pocas plazas para derivar a la gente, lo que crea largas listas de espera. Al mismo tiempo según las circunstancias económicas actuales los gobiernos están reduciendo su soporte financiero, creando una significativa presión económica para los hospitales.

Sistema del cuello de botella

- Es ampliamente reconocido que los pacientes mentales hospitalizados, que están listos para vivir en la comunidad tienen que esperar una media de dos años hasta tener un sitio disponible.
- Esto lleva al bloqueo de camas en las salas de recuperación con el contratiempo obvio que ello supone en la disponibilidad de camas de crisis.
- La gente sin una ayuda bien organizada en la comunidad tendrá más necesidad de ser admitida en situaciones de crisis en un hospital y hará más uso de las instalaciones psiquiátricas.
- Esto significa que deberíamos planear la provisión de servicios que hagan decrecer el índice de pacientes derivados a instalaciones psiquiátricas, y también diseñar estrategias de hospitalización que sean sólidas y rápidas.
- Además, no todas las crisis requieren hospitalización pero con la falta de otras instalaciones en la comunidad los internamientos serán admitidos en todos los casos. En US y UK por ejemplo, hay servicios de crisis en la comunidad proporcionando intervenciones, soporte y ayuda profesional dentro de las comunidades.

El coste del sistema actual es insostenible.

- En el País Vasco habrá cerca de 22.000 personas con problemas mentales severos y duraderos y muchos más con necesidad de ayuda psiquiátrica.
- La hospitalización de personas con problemas mentales en algunos hospitales psiquiátricos públicos, cuesta entre 300-500 euros por día. La asistencia y reintegración de gente en la comunidad, usando un pro-

grama de recuperación planeado y responsable costará alrededor de 80 Euros para una plaza íntegramente financiada en un hotel de recuperación.

- El coste del cuidado de crisis en espacios de camas en hospitales en UK es alrededor de £13.000 por año. El coste del cuidado de crisis en la comunidad es de un promedio de menos de £3.000. No todo el mundo en crisis necesita hospitalización.
- La ayuda a la gente en sus casas ofreciendo intervenciones centradas en el uso de nuevas tecnologías y nuevas formas de trabajar ayudarán a la gente a mantener el control de sus vidas y supone mayor eficiencia que la dependencia de profesionales de la salud sobrecualificados. Reducir la demanda de este tipo de profesionales en hospitales permite usar sus habilidades de forma más apropiada.

Cuidado centrado en la persona

El modelo de recuperación y cuidado de la salud en casa se focaliza en proveer servicios centrados en la persona que ayudarán a los individuos a alcanzar las meta de un mejor control de sus propias vidas. Es ampliamente reconocido que no solo es la hospitalización, siempre, una cara e inapropiada intervención, sino que también aparta al individuo de su ambiente. Muchos usuarios del servicio lo consideran el reto más difícil. Adicionalmente algunos usuarios del servicio que han sido hospitalizados por un período prolongado de tiempo, no tienen un lugar apropiado para volver y cuentan con pocas habilidades que les ayuden a salir adelante.

El modelo de Recuperación reconoce que el viaje al que se enfrentan los usuarios de servicios, para volver a integrarse en la comunidad, es diferente para cada persona.

En momentos particulares de la vida, algunas personas necesitan mayor ayuda y asistencia. Algunas personas pueden necesitar este apoyo y ayuda durante más tiempo que otros, principalmente por las siguientes razones:

- Han sido hospitalizados durante largos periodos de tiempo y la institucionalización les deja con una falta de habilidades personales, sociales y vitales.

- No han desarrollado las habilidades para salir adelante con las exigencias de una vida independiente y tienen crisis regulares en sus hogares (si pueden conservar su hogar).
- Una situación de crisis requiere ayuda e intervenciones que pueden ser mejor suministradas desde sus domicilios o a través de residencia para estancias de corto plazo, o intervenciones de cuidado diario.
- Después de una admisión hospitalaria necesitan un período de ayuda incrementada y estabilidad mientras planean su futuro y desarrollan sus habilidades, así como la confianza necesaria para vivir tan independientemente como sean capaces.
- Han sido aislados y están preocupados porque su situación mental se está deteriorando.
- Algunos cuidadores necesitan ayuda a través del acceso a instalaciones de descanso, que alivian la dependencia de los pacientes de ellos.

Hay necesidad de mover a gente de los hospitales de forma más eficiente y rápida. Esto significa que debe haber más instalaciones apropiadas en la comunidad si los hospitales van a trabajar de forma más eficaz. No siempre es apropiado mover personas a pisos si no han desarrollado aún las habilidades necesarias con lo que conlleva sus problemas de salud mental. La gente necesita que se le ofrezca un plan de ayuda personalizada, que sea organizado en conjunto con ellos y no solo ofrecerles la única opción disponible. Ello conlleva un periodo de aumento de ayuda.

También hay una necesidad de asegurar que la comunidad tiene las instalaciones para ofrecer una mayor ayuda y entrenamiento para gente cuya salud mental pueda estar en peligro de llegar a una situación crítica.

Aunque la meta última es suministrar un plan de ayuda personalizado socio-sanitario para gente en el hogar, reconocemos que esto solo puede ser logrado si hay un camino del cuidado que sea holístico y entendido por el individuo. En el meollo de esto está la necesidad de ofrecer un mayor soporte sin hospitalización (está claro que algunos casos necesitarán hospitalización pero no todos).

Hemos propuesto un modelo global que se sostiene en los siguientes puntos: El clubhouse, el



hotel de recuperación, la asistencia domiciliar monitorizada, y la organización de un voluntariado estructurado. En todo el sistema se establece un modelo de evaluación continua, que pretende el aprendizaje y la formación continua en base a la monitorización de los resultados y su evaluación, con información computarizada.

El Clubhouse: Un modelo para la inclusión de personas con problemas mentales. Nuestra actividad con el mismo se enmarca dentro del Proyecto EMPAD (*) cuyo principal objetivo es la promoción de la metodología Clubhouse. Esta metodología, promovida por la Unión Europea, se centra en que las personas con problemas mentales de larga evolución y que sufren en mayor o menor medida exclusión social aprendan a manejar su enfermedad y a reinserirse en el mundo laboral, educacional, familiar y social.

El Modelo Clubhouse se fundamenta en la Rehabilitación Basada en la Comunidad (CBR) y hace hincapié en la orientación hacia la recuperación, las oportunidades de aprendizaje y la integración en el mercado laboral de personas con alguna enfermedad mental. Para ello integra en sus centros, también denominados Clubhouses, una filosofía que los hace sentirse integrados y útiles, fomenta el aprendizaje gradual de herramientas sociales y laborales, así como la incorporación paulatina al ámbito laboral. Este modelo tiene como eje una organización internacional que establece los estándares de calidad y vela por su cumplimiento con una comisión auditora que emite informes periódicos sobre cada club house.

Sobre el hotel de recuperación hemos presentado diversos documentos a municipios, Diputación, Osakidetza y otras instituciones públicas o privadas. Pensamos que es un modelo que incluyendo una estrategia basada en la evidencia para la recuperación de personas con trastornos mentales de larga evolución, resulta eficaz y ostensiblemente más eficiente que las estrategias

que se están desarrollando con las residencias de ancianos. Al tiempo, se desarrolla la discusión de documentos diversos sobre la organización de los cuidados domiciliarios, con más de una decena de organizaciones en Bizkaia.

La Resistencia al Cambio

En cualquier cambio de organizaciones de cierta envergadura como lo pueden ser nuestros sistemas de salud y servicios sociales, todas las actividades que no sean meramente incrementalistas, sufren de importantes resistencias por parte de diferentes componentes del sistema que a veces se convierten en grupos de presión o simplemente en una especie de clubs de autoayuda.

Es frecuente, en todo caso, que propuestas innovadoras cobren incluso visibilidad por su introducción en programas públicos, pero al no ser operativizados en estrategias con objetivos y acciones con presupuesto, quedan en papel mojado. En los años sesenta, fue un claro ejemplo, casi caricaturesco de lo que estamos diciendo, el programa de salud mental que el Doctor Metresanz desarrolló en el ministerio de Sanidad (entonces subsecretaría que dependía del ministerio de Interior. Pero esto mismo está sucediendo con frecuencia en la actualidad y nos tememos que suceda con lo que al respecto dice el recientemente presentado plan de salud del gobierno vasco. Anhelamos que nuestros temores sean convertidos en esperanzas, pero no son infundados.

Se necesita de una visión clara, programas explícitos, apoyo de profesionales y agentes implicados, además de liderazgo, para que los cambios se den. Más que un problema de presupuestos es un problema de dinámica social. La falta de organización adecuada, y de previsión es lo más caro que existe. Cuestiones clave de lo que se ha venido en denominar capital social como son la confianza en las instituciones y entre las personas, el diálogo, la información, los datos, la discusión técnica, son cuestiones esenciales para que se den estos cambios. Este proyecto pretende ser una contribución en este sentido.

(*) Proyecto EMPAD, Proyecto europeo para capacitar a personas adultas con enfermedad mental para el aprendizaje y la inclusión social.