



¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio

Ander Retolaza

Psiquiatra. CSM de Basauri, Bizkaia

Bastantes psiquiatras consideran que una buena parte de los casos que tratan, en su mayor parte procedentes de derivaciones de Atención Primaria, son inadecuados o demasiado inespecíficos para ser atendidas en Servicios de Salud Mental. En relación con este hecho opinan que el trabajo sobre los denominados “trastornos menores” es en la actualidad excesivo y, a causa de ello, los profesionales que trabajan en los Centros de Salud Mental están abandonando su auténtica función que sería la de atender a los “verdaderos” pacientes de la psiquiatría. Por tales se entiende, *grosso modo* a las personas diagnosticadas de Trastornos esquizofrénicos, Trastornos afectivos graves, Psicosis en general, Trastornos severos de personalidad y Dependencia de drogas, incluyendo alcohol. Además debería dedicarse más esfuerzo del que actualmente se dedica a los pacientes graves con características de cronicidad, mediante programas de rehabilitación, visitas a domicilio y otros enfoques comunitarios, muy poco desarrollados en la actualidad en nuestro entorno. Según esa opinión el hecho de “*estar de los nervios*”, entendido esto como padecer alguna forma leve de problema psicológico, no debiera ser objeto de tanta atención especializada como lo es en la actualidad y está contribuyendo a la saturación de los servicios de una forma preocupante.

Desde la perspectiva de la Atención Primaria la sensación más frecuente, en la actualidad, es la de estar ocupándose de un gran número de casos de “salud mental”, desbordados por problemas y trastornos de difícil eti-

quetaje y que, en gran medida, superan las capacidades y disponibilidad de tiempo de los profesionales del primer nivel asistencial. También hay quien insiste en la escasa efectividad de los tratamientos y el largo tiempo de seguimiento que requieren los trastornos *comunes* (con este nombre los han denominado D. Goldberg y P. Huxley), por lo que parece más adecuado el “hacer la vista gorda” y ni siquiera detectar aquello que no se va a poder tratar. Desde esta óptica los Centros de Salud Mental, en su mayoría, cooperan de manera insuficiente y presentan demoras en la atención que desaniman a la hora de remitir a muchos pacientes que lo necesitarían.

Por su parte los profesionales de los Centros de Salud Mental se encuentran en una situación de perplejidad, en la que es muy fácil verse frustrado, debido a tantas expectativas difíciles de cumplir en la coyuntura actual; expectativas que no sólo proceden de dos instancias asistenciales (Atención Primaria y Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria), sino —sobre todo— de los usuarios y sus familiares que no acaban de entender cómo “lo suyo” no tiene más pronta solución o por qué no se les dedica más tiempo. Mientras tanto, apenas pueden moverse de sus consultas atestadas de pacientes y van observando cómo se deteriora la calidad de su trabajo y se saturan sus servicios.

Entender cómo hemos llegado a esta situación, cuáles son sus determinantes fundamentales y qué se puede hacer (si es que se puede hacer algo) para salir de ella está siendo moti-



vo de análisis y reflexión en muchos lugares (tanto en nuestro país como fuera de él) y, probablemente, va a dar lugar en los próximos años a un buen número de planes, cambios y reformas.

En este artículo intentaremos adentrarnos lo que podamos en la cuestión. Para ello habrá que aportar algunos datos y precisar diversas cuestiones. La primera de todas ellas, no por conocida debe ser obviada. La atención a los problemas de “salud mental”, en la actualidad, es sensiblemente mejor y más eficaz de lo que lo era hace unos años y ello a todos los niveles de la asistencia: ambulatorios y hospitalarios, especializados o no. La llamada *reforma psiquiátrica* (aunque incompleta aún en nuestro país y muy desigual entre diferentes zonas) ha alcanzado muchos logros. También ha descubierto territorios nuevos y, con ellos, ha destacado nuevos problemas, sin que algunos de los viejos hayan sido definitivamente superados.

LA PERSPECTIVA “LIGHT”

Parte del estigma atribuido por la sociedad a los trastornos mentales se ha superado. El término “salud mental”, algo confuso en sí mismo, ha contribuido —quizá precisamente por ello— a este avance. Los problemas y dificultades psicológicas son aceptados como “normales” entre gran parte de la población y la demanda de consultas relacionada con ellos es alta en la actualidad en los países desarrollados (entre un 3% y un 6% de cuyos ciudadanos están en contacto con servicios de salud mental). En nuestra Comunidad Autónoma, en el momento presente, esta cifra está entorno al 4% y está subiendo. Las previsiones de la OMS son que, sobre todo en el grupo de trastornos de menor severidad y en el de consumo de sustancias, el número de casos aumente en todo el mundo durante las próximas décadas.

Los problemas de ansiedad y depresión leves y moderados, los trastornos adaptativos, los síntomas somáticos sin explicación médica,

el abuso de alcohol y las dificultades psicosociales son los síndromes psiquiátricos de mayor presencia entre la población y, también, entre aquellas personas que acuden a consultas de medicina general. Muchos de estos síntomas vienen asociados a enfermedades médicas comunes (graves o no) y, en ocasiones no son sino la expresión de las preocupaciones, limitaciones e incertidumbres que la enfermedad (su pronóstico, su tratamiento, sus consecuencias etc...) presenta para el sujeto en cuestión o su entorno familiar. Por otro lado las dificultades de orden familiar o social están presentes en muchas personas de nuestro entorno y golpean a amplios sectores de población, pero con especial intensidad a aquél que presenta menos recursos culturales y económicos, es decir, a las clases sociales más desfavorecidas.

La mayoría de los estudios disponibles informan de que, como mínimo, un 20% de los pacientes que acuden a un médico general presentan algún tipo de trastorno psíquico, reconocible mediante entrevista psiquiátrica estructurada e identificable con las nosografías psiquiátricas actualmente aceptadas (ICD-10 o DSM-IV). A este grupo se podría añadir un 10% más que presenta síntomas inespecíficos, ligeramente por debajo del umbral que precisa un diagnóstico psiquiátrico definido, pero generando una demanda de atención importante. En la actualidad sabemos que no pocos de estos problemas “menores” tienden a la recidiva y manifiestan características de cronicidad. Aunque no suelen precisar de ingresos en unidades de psiquiatría, pueden tender a frecuentar las urgencias hospitalarias, sobre todo en el caso de que no sean debidamente atendidos por la red ambulatoria.

Rememorando el título de una importante publicación anglosajona (el conocido *Psychological Medicine*) en la que, en las últimas décadas, se han publicado gran cantidad de artículos centrados en los trastornos mentales *comunes* y en la Atención Primaria, podríamos decir que —en gran medida— lo anterior hace refe-



rencia a algo que, tal vez, podríamos ponernos de acuerdo en llamar “medicina psicológica” o atención bio–psico–social a la enfermedad médica general. También pertenecerían a esta área algunos programas desarrollados a partir de la interconsulta de psiquiatría en Hospital General y de gran demanda en la actualidad (como, por ejemplo, la psicología oncológica, el apoyo psicológico a programas de fecundación asistida, o la psicología aplicada en clínicas del dolor, entre otros posibles casos).

Cabe discutir si, en este campo, nos enfrentamos o no con un trabajo específico o hasta dónde deben implicarse en él los servicios especializados de salud mental y los del resto de la medicina (general o de otras especialidades). También es posible discutir e intentar precisar cuál debe de ser la tarea (asistencial, docente, de asesoría u otras) que cada nivel de atención (o cada grupo profesional) debe desarrollar al respecto en la coyuntura actual o en la que es previsible para un futuro inmediato. Este análisis, sus conclusiones y la organización asistencial de ellos derivada, están aún por hacer. De su adecuada resolución dependen muchas e importantes cuestiones referentes al futuro de los servicios sanitarios, de nuestros pacientes y de nosotros mismos como profesionales.

LA PERSPECTIVA “HARD”

Pero —mientras aparecen nuevas tareas— parece obvio que algunas de las viejas todavía quedan pendientes. Está claro que otra parte del estigma atribuido a los trastornos mentales no ha sido superado, o por lo menos no lo ha sido suficientemente. Hablo de los pacientes clásicos de la psiquiatría (los graves, los casos más severos), aquéllos para los que en la época ilustrada fue creado el asilo (luego llamado *manicomio*). Se trata de aquellos pacientes que precisan de hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes o de larga duración, de aquellos cuyo trastorno cursa con importantes niveles de deterioro personal y relacional, de aquellos que se muestran incapaces de trabajar, de vivir con

su familia o en sociedad de una manera aceptable. El reparo o temor que en muchos sectores de población (incluyo aquí a una buena parte de los actuales usuarios de Servicios de Salud Mental) todavía generan términos como “psiquiatra” o “trastorno psiquiátrico” trasluce algo de esta persistencia del estigma y del permanente riesgo de discriminación que supone. Muchos de estos pacientes —frente a los del grupo anterior— no tienen conciencia de enfermedad, ni exigen asistencia (más bien la suelen rechazar), ni tienen conciencia de sus derechos. Para evitar el riesgo de discriminación y para conseguir que este grupo de pacientes pudiera aprovechar los desarrollos de la farmacología y de la psicoterapia habidos en la primera mitad del siglo XX, fue implementada, en principio, la llamada *psiquiatría comunitaria*, que consiguió (allá donde lo hizo) sacar los pacientes a vivir en su comunidad y desarrollar, al menos parcialmente, los servicios ambulatorios de psiquiatría (luego llamados de Salud Mental). Si la *reforma psiquiátrica* de los años 80 está en algunos aspectos pendientes, es porque esta tarea sólo se ha cumplido parcialmente y el desarrollo de recursos y servicios para este grupo de enfermos y sus familias ha sido fragmentario e insuficiente. El factor clave de esta reforma inconclusa es el cierre (o transformación radical) de los hospitales psiquiátricos tradicionales y la reorganización de los servicios en la comunidad. Esta tarea sigue pendiente en muchos lugares. El País Vasco es uno de ellos.

La prevalencia de este tipo de trastornos graves es sensiblemente inferior a la del grupo anterior (los que hemos llamado *comunes*) y afecta, como mucho a un escaso 2% ó 3% de aquellos que son vistos en Servicios de Medicina General, pero son la inmensa mayoría de los tratados en Unidades de Psiquiatría de corta o larga estancia. Estos pacientes son, quizá por ello, más típicos y mejor aceptados por la psiquiatría especializada o, por lo menos, por aquella parte de los profesionales que presta sus servicios en Hospitales Psiquiátricos y Uni-



dades de Psiquiatría en Hospital General. Para completar los datos diremos que en los Centros de Salud Mental de nuestro entorno este grupo de pacientes representa, aproximadamente, un 30%, frente al 70% de los del grupo anterior.

Una tentativa, algo esquemática, que podría resumir diversos atributos diferenciales referidos a lo que hemos denominado “salud mental” por oposición a “psiquiatría” podría ser el referido en la Tabla I.

“SALUD MENTAL”	“PSIQUIATRÍA”
Imagen Positiva. Se define por salud	Imagen Negativa. Se define por enfermedad
Más aceptable por la opinión pública. Menor segregación social del paciente.	Menos aceptable por la opinión pública. Puede haber segregación social del paciente.
Más acorde con demandas sociales generales.	Más acorde con demandas de los casos más severos y necesitados.
Definición de caso imprecisa (mayor sensibilidad, menor especificidad).	Definición de caso más precisa (mayor especificidad, menor sensibilidad).
Contorno asistencial amplio (incluye Atención Primaria y otros)	Contorno asistencial más restringido y especializado
Dirigida a grandes masas poblacionales.	Población a atender mejor definida.
Afecta a trabajo en prevención.	Afecta a trabajo en rehabilitación.
Más centrada en Comunidad. Menos Hospitalaria.	Más centrada en Hospital. Menos Comunitaria.
Rol del psiquiatra más diluido.	Rol del psiquiatra más claro y definido.
Nuevos conflictos de interés: (ej. Psiquiatra vs psicológico).	Conflictos “clásicos” centrados en la institución Psiquiátrica
Nuevos roles. Nuevos profesionales	Roles profesionales más estables.
Organización de equipos más horizontal: genera problemas de jerarquía y funcionalidad.	Organización de equipos más vertical: genera problemas de participación y democratización en las decisiones.
Menos “bilógica”. Más Psico-social	Más “bilógica”. Menos Psico-social
Riesgo de abandonar pacientes graves, crónicos y marginales.	Riesgo de abandonar pacientes neuróticos, niños y jóvenes.

TABLA I: Algunas características diferenciales entre Psiquiatría y Salud Mental

PARA ENTENDER MEJOR: ALGUNOS DATOS

Según lo expuesto parece claro que el Sistema Sanitario debe hacerse cargo de todo el perfil de trastornos psiquiátricos que realmente existe, desde los casos más leves y sencillos hasta los más graves y complicados, dedican-

do a cada paciente una atención proporcionada a sus necesidades y al desarrollo tecnológico y asistencial disponible. Los psiquiatras, psicólogos y médicos de familia (entre otros profesionales) debiéramos ser capaces de reorganizar y reorientar nuestra actividad haciéndonos cargo, de una manera equitativa y costo-efectiva de los diversos aspectos de esta tarea, En lo



que a la misma respecta casi todo el mundo reconoce que la función a desarrollar por la Atención Primaria es fundamental y que los Centros de Salud Mental debieran ser el eje vertebrador de la asistencia. Ninguna de estas dos cosas ocurre en la actualidad.

Es necesario señalar que, si la llamada *reforma psiquiátrica* ha sido incompleta, el desarrollo de servicios de Atención Primaria también ha estado por debajo de las necesidades y demandas (siempre crecientes) de la población. Por referirnos sólo al País Vasco, según datos procedentes del EUSTAT, en el año 2001, había en la CAPV 1.353 médicos generales, con un cupo promedio de 1.539 pacientes por médico, que generaban algo más de 6.000 consultas anuales por médico. Estas cifras expresan que habría un promedio de 4 consultas por paciente (en realidad habitante) al año y que, para una jornada laboral activa (una vez eliminados días festivos y vacaciones) de 215 días anuales, el promedio diario de pacientes a recibir por cada médico general está alrededor de 30 pacientes. En estas condiciones resulta difícil el dedicar más de unos 5–7 minutos a cada consulta, frente a los 10, que según opiniones expertas sería el mínimo necesario. La primera pregunta es : ¿Qué se puede hacer en ese tiempo con el trabajo en Salud Mental?

También hay déficits estructurales. En España existe una importante desproporción entre el

número de médicos (abundante) y el de personal de enfermería. Este último es uno de los más bajos de Europa. Ello, probablemente, impide el desarrollo racional de muchos programas e incide (además de en una mayor tasa de paro) en una sobrecarga de trabajo inadecuado y frustración para muchos médicos. También, muy pronto, desaparecieron los trabajadores sociales de los Centros de Atención Primaria, después de haber estado incluidos en ellos en los tiempos iniciales de la reforma. Alguien ahorró dinero con ello y los profesionales no supimos defender su necesaria presencia. Hay que decir que nos encontramos en uno de los países de Europa con más bajo gasto social. Un reciente estudio de la Universidad Pompeu i Fabra de Barcelona refiere que el gasto social en España ha bajado, en una década, del 24% al 19% del PIB. La media europea está en el 27,6% en la actualidad. Esto quiere decir que, excluyendo el gasto sanitario (que también está por debajo del promedio de la Unión Europea), los capítulos dedicados a ayudas a la vejez, paro, invalidez, supervivencia, familia y otros se han visto reducidos en los últimos años, mientras que las necesidades han ido en aumento. Es más que probable que este conjunto de factores explique al menos una parte de la actual presión asistencial en la Atención Primaria y en los Centros de Salud Mental. La gente acaba acudiendo a plantear sus problemas y la angustia que le producen en los servicios que tiene más accesibles y cercanos.

INDICADOR	ESPAÑA	MEDIA UE
Gasto Sanitario (% PIB)	7,5	8,2
Gasto Sanitario (\$/Habitante)	1.556	2.027
Gasto Sanitario Público (% PIB)	5,4	5,9
%Gasto Sanitario Público /Total	71,4	74,4
% Provisión Sanitaria Pública	69,9	74,7
% Gasto Hospitalario/Gasto Sanit. Total	42,3	40,1
% Población mayor de 65 años	17,0	15,7

TABLA II: Informe OCDE. Panorama de la Salud 2003



En la actualidad, y a pesar de que ha habido un importante cambio de actitud desde que existe la especialidad de Medicina de Familia, el nivel medio en cuanto conocimientos y aptitudes para el trabajo en Salud Mental que presentan los médicos y DUE del primer nivel no resulta satisfactorio. Posiblemente influyan en ello tanto la formación de pre-grado y postgrado recibidas, como la dificultad de hacer una formación continuada teniendo en cuenta estos aspectos. El médico generalista medio está preparado para diagnosticar y tratar la mayor parte de las enfermedades, casi siempre según un mayor o menor reduccionismo biologicista. No es raro que se encuentre en dificultades ante los problemas psicosociales que, cada vez con mayor frecuencia, aparecen en su consulta, muchas veces como consecuencia de los propios procesos de enfermedad común, dadas las dificultades adaptativas que estos pueden generar a sujetos y familias vulnerables desde un punto de vista psiquiátrico. Además hay que trabajar con la perspectiva de la cronicidad de bastantes procesos (psiquiátricos o no) y esto puede generar una buena dosis de frustración en los equipos. Siempre los mismos pacientes con los mismos problemas. El “Bourn out” acecha.

LA OMS, EL DSM-IV y OSAKIDETZA

Hasta ahora no ha habido muchas oportunidades de cambiar las cosas, más allá de un cierto voluntarismo de algunos grupos profesionales. Según datos extraídos del Atlas de Recursos consagrados a la Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) hay tres características de nuestro contexto asistencial, que pueden ayudar a explicar mejor algo de lo que ocurre. A diferencia de muchos países de nuestro entor-

no, en España 1) No existe disponibilidad de medios materiales para tratar problemas mentales graves en el contexto de la Asistencia Primaria; 2) tampoco existen medios adecuados o programas bien implantados para formar al personal de Atención Primaria en cuestiones relacionadas con la Salud Mental y 3) los programas dirigidos a atender la Salud Mental de los ancianos (un sector social en aumento numérico) están muy poco o nada desarrollados. Por otro lado, y aquí la diferencia con los países de nuestra área es aún mayor, apenas hay investigación en estos temas. Por no hablar de la casi inexistente evaluación de los servicios, absolutamente necesaria para innovar y adaptarse a los rapidísimos cambios sociales a los que estamos asistiendo.

Otro problema importante, que aquí no discutiremos en detalle, es el de la continua ampliación de límites en el concepto de trastorno mental (así el DSM-IV contiene 297 categorías para los diferentes trastornos mentales, frente a las 265 del DSM-III y las exiguas 180 del humilde y olvidado DSM-II). Muchos autores solventes están hablando de que —tal y como predijera Freud en su obra *El Malestar en la Cultura*— asistimos a una especie de queja difusa presente en amplios sectores sociales, que condiciona una psiquiatrización de los problemas de la vida cotidiana. En esta situación se hace complicado (aunque no imposible) el decidir correctamente hacia dónde dirigir los recursos o el determinar qué grupos de usuarios (y cuáles son sus características) hacen un uso inadecuado de los servicios. Todo ello, claro está, debe entenderse de una forma relativa, referida a los usos y costumbres comunmente aceptados para un sistema sanitario público, europeo, de principios del Siglo XXI.

	Organizaciones Extrahospitalarias	Hospitales Monográficos	Unidades Psiq. H. General	TOTAL
Número	2	4	5	11
Presupuesto	18.900.000 €	36.770.000 €	15.860.000 €	71.530.000 €
Porcentaje	26%	51%	22%	100%
Facultativos en plantilla	191	42	54	287
DUE en plantilla	87	130	70	287

TABLA III: Organizaciones de Asistencia Psiquiátrica y Gasto (Osakidetza año 2001)



	OSAKIDETZA				HOSPITALES CONCERTADOS	TOTAL C.A.V.
	SSME	HG	HMP	TOTAL		
Psiquiatras	125	44	38	207	13	220
Psicólogos	66	10	4	80	13	93
Diplomados Enfermería	87	70	130	287	53	340
Técnicos/ Monitores	35	0	20	55	36	91
Trabajadores Sociales	47	4	13	64	12	76
Terapeutas Ocupacionales	6	3	12	21	3	24
Otros	120	90	472	682	419	1101
TOTAL	486	221	689	1396	549	1945

TABLA IV : Profesionales en la Red de Salud Mental. CAPV. 2003

(SSME: Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria; HG: Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales; HMP: Hospitales Monográficos de Psiquiatría)

Si observamos con cuidado las Tablas III y IV, veremos que, en nuestro medio los recursos de Salud Mental están aún muy centrados en los hospitales psiquiátricos tradicionales. Esto hace referencia sobre todo al presupuesto, que se lleva más de la mitad del total del gasto. También los diplomados en enfermería siguen una distribución más hospitalocéntrica. El 69,7% de los mismos trabajan en ámbito hospitalario, de los cuales la mayor parte, -el 45,5% del total- lo hacen en hospitales monográficos. Un porcentaje similar de personal auxiliar (el 69,2% del total) trabaja en los hospitales psiquiátricos. Por el contrario, el personal facultativo (psiquiatras y psicólogos) es el más escaso (sólo un 14,6% del total en los hospitales psiquiátricos y un 33,4% del total en el conjunto de los hospitales). Esta estructura de gasto y de plantilla es indicativa de que -a pesar de las apariencias- persiste la función asilar y custodial de la psiquiatría como forma dominante. También indica

que sólo en el caso de los facultativos y trabajadores sociales se ha producido una clara transición hacia los recursos ambulatorios. Esto es insuficiente (además de incongruente) para las necesidades de la asistencia psiquiátrica en la actualidad, que están cada vez más centradas en la comunidad. Es decir, fuera de los muros de cualquier hospital.

¿SE PUEDE HACER ALGO?

Dadas las políticas de contención y control del gasto sanitario que estamos presenciando desde hace algunos años y las que son previsibles para un futuro más bien largo, sabemos que el crecimiento de recursos en la coyuntura actual va a ser escaso. Por otra parte, el gasto en Salud Mental supone casi un 8% del total del gasto sanitario en la CAPV, y -puesto que comparativamente aparece como superior al de la mayor parte de Comunidades Autónomas- tam-



poco parece probable que ese porcentaje suba mucho en próximas fechas. Con estas premisas se impone una conclusión. La única posibilidad de desarrollar los servicios, y con ellos la asistencia psiquiátrica en la dirección adecuada, consiste en poner en marcha estrategias que tiendan a desplazar tanto personal, como presupuestos y programas de trabajo fuera de los hospitales (especialmente de los monográficos), manteniendo todo aquello que sea estrictamente necesario para garantizar una adecuada atención a los casos que precisen hospitalización. Esto supondría, ni más ni menos, que completar de una manera decidida aquello que se inició, sin concluir, con la reforma psiquiátrica de los años 80. Esta propuesta -aunque supone un gran desafío- no es utópica y en algunos países se ha visto realizada en fechas muy recientes.

El caso australiano constituye un buen ejemplo de reforma asistencial en Salud Mental ocurrido en los últimos años. En Australia la depresión constituía, ya hace tiempo, la cuarta causa, en el cómputo total de enfermedades, en cuanto a la carga social y sanitaria producida y es en la actualidad la causa más frecuente de discapacidad. En 1992 el Gobierno Federal y los responsables sanitarios de todos los estados del país adoptaron una nueva estrategia en el marco de una colaboración que perseguía acuerdos básicos en áreas prioritarias, dentro de un plan a cinco años, para el período 1993-1998.

Este programa demostró que importantes cambios pueden ser alcanzados dentro de una estrategia decidida y bien desarrollada. El gasto nacional en Salud Mental aumentó en un 30% en términos absolutos, mientras que el gasto en servicios comunitarios lo hizo en un 87%. Para 1998 el gasto en Salud Mental dedicado a cuidados comunitarios había pasado del 29% inicial al 46%. Los recursos liberados desde las instituciones psiquiátricas más tradicionales respondieron de un 48% del crecimiento habido en cuidados ambulatorios y servicios ubicados

en hospitales generales. Los recursos humanos dedicados a cuidados en la comunidad crecieron un 68%, en consonancia con el aumento habido en el gasto.

Las instituciones psiquiátricas de tipo "monográfico" que, hasta entonces respondían de un 49% del total de recursos, descendieron hasta un 29% de ese total y el número de camas en instituciones psiquiátricas cayó hasta el 42% del total. En el mismo período el número de camas psiquiátricas en hospitales generales subió un 34%. También se establecieron mecanismos formales de participación de los usuarios en el 61% de las instituciones de carácter público. El sector no gubernamental (ONGs) relacionado con la Salud Mental incrementó su actividad de un 2% a un 5% y las ayudas al mismo, específicamente dedicadas a mejorar el soporte de los cuidados en salud mental, crecieron un 200%.

En la misma dirección van las recomendaciones de la OMS para el desarrollo de los servicios psiquiátricos en todo el mundo.

1. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
3. Prestar asistencia en la comunidad
4. Educar al público
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional
7. Desarrollar los recursos humanos
8. Establecer vínculos con otros sectores
9. Vigilar la salud mental de las comunidades
10. Apoyar nuevas investigaciones

TABLA V: Recomendaciones de la OMS. 2001



CONCLUSIONES PROVISIONALES

En relación con lo expuesto señalaremos, dentro una miscelánea general y algo provisional por el momento, algunas alternativas cuya factibilidad debería ser puesta a prueba (o, en caso contrario, rechazada por quien corresponda con argumentos muy contundentes y claros) si es que queremos ver mejorada la situación de la asistencia psiquiátrica en nuestro medio. Las alternativas (se les puede llamar propuestas) son las siguientes: aumentar el gasto social y los servicios sociales; coordinar mejor los dispositivos entre sí; enfocar desde el pregrado la formación bio-psico-social y en problemas de Salud Mental de médicos y personal de enfermería de Atención Primaria; aumentar los recursos humanos en Atención Primaria y en Salud Mental (hasta alcanzar la media europea actual); desarrollar programas de Salud Mental dirigidos a médicos generales y personal de enfermería; desarrollar programas en Hospital General, dirigidos a otras especialidades médicas; potenciar los servicios de interconsulta psiquiátrica a nivel ambulatorio (frente a los de tratamiento directo por especialistas); movilizar recursos humanos (con su correspondiente presupuesto económico) desde los Hospitales Psi-

quiátricos hacia los servicios ambulatorios; crear nuevos Hospitales y Centros de Día; poner en marcha programas de atención domiciliaria para pacientes psiquiátricos graves; desarrollar programas de información y apoyo a las familias; implantar programas de rehabilitación psiquiátrica en la comunidad, especialmente aquellos que han probado su efectividad (como es el caso del Tratamiento Asertivo Comunitario); aumentar el gasto en investigación y favorecer la actividad de los grupos investigadores existentes; evaluar los servicios en base a resultados; implantar métodos de gestión más efectivos.

Con todo, lo anterior no sería suficiente si no somos capaces de orientar nuestro trabajo mediante algunos principios guía, entre los que bien podrían estar los siguientes: favorecer el desarrollo de toda terapéutica que haya demostrado eficacia mediante métodos rigurosos y medibles; conseguir que los tratamientos efectivos estén disponibles para todos aquellos que los necesiten; disminuir, dentro de lo posible, la duración de intervenciones y procedimientos; tratar a los pacientes en el lugar más efectivo (costo-efectivo); prevenir lo que sea posible prevenir.



BIBLIOGRAFÍA

- Üstün TB., Sartorius N. (Eds.): *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester / New York/ Brisbane / Toronto/ Singapore. Jhon Wiley & Sons Ltd. 1995.
- Whiteford H, Thompson I, Casey D : The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000. 23 (34): 403-417.
- OMS : Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo. Ginebra.2001.
- OMS: El camino hacia delante: Recomendaciones de la OMS. En The World Health Report, 2001. Mental Health : New Understanding, New Hope. Ginebra, 2001.
- Montilla F, González C; Retolaza A, Dueñas C; Alameda J: Uso de servicios ambulatorios de Salud Mental en España: Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 2002, 84, (21): 25-47.
- Guimón J, de la Sota E, Sartorius N (Eds.) *La Gestión de las Intervenciones Psiquiátricas*, 211-221. Universidad de Deusto. Bilbao, 2003.
- Editorial: España en el informe de la OCDE. *Salud 2000*; 2003, 94: 3-4.