



Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España¹

Pilar Balanza
Psicóloga clínica

Resumen

Hace más de veinte años que se iniciaron los movimientos de reforma psiquiátrica en España, pero es desde los años 80, cuando esta Reforma posee una cobertura legislativa y asistencial que le ha permitido desarrollarse en gran medida y superar el modelo manicomial tradicional, creándose redes de Salud Mental en todo el ámbito nacional, que continúan su evolución hasta nuestros días. Sin embargo los problemas de estancamiento en su desarrollo que actualmente presentan dichos dispositivos de SM resulta preocupante, persisten hoy riesgos de exclusión social graves y la sobrecarga emocional y económica en estos pacientes y sus familias, así como grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas en el desarrollo de servicios y en el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos.

La reciente publicación del documento del Ministerio de Sanidad relativo al desarrollo de estrategias en salud mental, intenta superar estos y otros problemas y poner en el horizonte nuevas perspectivas en el desarrollo de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica, Salud mental comunitaria, Estrategias, AEN, exclusión social.

Estratto

Ci sono più di venti anni che i movimenti della riforma psichiatrica in Spagna hanno cominciato, ma proviene dagli anni 80, quando questa riforma ha una copertura di assistenza sociale e legislativa che ha concesso essere diventata grande e sorpassare il modello manicomial tradizionale, ci sono create reti generate di Salute Mentale in tutta lo Stato, che continuano il loro sviluppo al tempo attuale. Ma tuttavia i problemi di ristagno nel relativo sviluppo dal momento che, oggi persistono rischi seri di esclusione sociale e del sovraccarico emozionale ed economico in questi pazienti e nelle loro famiglie, così come le differenze grandi fra le Comunità Autonome e Provincie nella creazione de i servizi e lo smantellamento degli Ospedali Psichiatrici.

La pubblicazione recente del documento del ministero della sanità riguardante lo sviluppo delle Strategie nella Salute Mentale, prova per sorpassare questi ed altri problemi e da mettere dentro nuova prospettiva di orizzonte nel movimento della riforma psichiatrica.

¹ Ponencia presentada en el Congreso de Psiquiatría Democrática "L'Obbligo di non dimenticare. Non legare più in una Europa senza manicomi" Roma 13 y14 de Mayo 2008.



Summary

The psychiatric reform movement began in Spain more than 20 years ago, but this reform has come into legal effect with an appropriate care structure since 1980s. This has enabled it to develop and largely overcome the traditional asylum model. Mental Health measures present in its development nowadays, are worrying. Serious risk of social exclusion, economic and emotional overload for the patients and their families, as well as considerable differences among different Communities or Provinces in the Spanish State both in the development of services and dismantling of psychiatric hospitals, persist today.

The recent Health Ministry publication about the development of Mental Health Strategies, is trying to overcome these and other problems and have new schemes on the horizon for the psychiatric reform.

El proceso de reforma psiquiátrica en España dura ya casi 30 años, pues ya en los 70 y bajo la dictadura de Franco comenzaron las primeras denuncias y protestas contra las instituciones manicomiales, pero es tras la muerte de Franco y la llegada de la democracia a nuestro país, cuando se inicia en firme y con una amplia cobertura legislativa la Reforma Psiquiátrica. Hay dos fechas clave: La primera, en 1985 cuando se publica el Informe de la Comisión Ministerial “Documento general y recomendaciones para la Reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental” y la segunda, la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986 que estableció un Sistema Nacional de Salud, que permitiera la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos.

Los postulados del Informe de la Comisión Ministerial de 1985 se distinguieron según las estructuras sanitarias, el modelo y la atención de grupos de riesgo:

1. En cuanto a las estructuras sanitarias

- La coordinación de la estructura especializada en salud mental con los equipos de atención primaria, que han de llevar a cabo el contacto inicial del paciente con el sistema sanitario. Dichos equipos han de estar capacitados para una valoración inicial de la patología psiquiátrica, procediendo a la remisión del paciente a las estructuras especializadas de salud mental cuando el tratamiento excede sus posibilidades.

- La configuración de los equipos de SM como el primer eslabón dentro de la asistencia especializada. Los distritos deben de disponer de estos equipos que han de tener una composición multidisciplinar. Estos equipos han de ser el centro de la atención, desde ellos se derivará a otros dispositivos.
- Ubicación de las unidades de hospitalización de corta estancia en Hospitales generales. Las áreas sanitarias deben de disponer de una unidad de hospitalización breve.
- Se tenderá a una paulatina superación de los hospitales psiquiátricos en su configuración tradicional con una reducción progresiva del número de camas y, simultáneamente transformación de los mismos en instituciones de carácter básicamente rehabilitador.
- La potenciación de recursos intermedios que posibiliten la desinstitucionalización de los pacientes y la integración de los mismos en el ámbito comunitario.

2. En cuanto al modelo propuesto, debía garantizar una asistencia integral y estar integrado en la estructura sanitaria.
3. En cuanto a la atención de grupos de riesgo, hubo especial atención a la salud mental infante-juvenil, drogodependencias y pacientes geriátricos, mediante el establecimiento de programas específicos.



Con estas líneas maestras se comenzaron a configurar las redes de asistencia a la salud mental en España. Han pasado los años y, en este momento, la situación ha evolucionado favorablemente, pero se está produciendo una preocupante parálisis en algunos ámbitos.

La **AEN**. En este contexto las aportaciones de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de Salud Mental) creada en 1926, ha supuesto un referente como asociación científica y profesional en el devenir de la reforma psiquiátrica española. Es casi imposible hablar de una sin hacer referencia a la otra, compuesta por diferentes modalidades profesionales, con una clara vocación multidisciplinar y con un fuerte compromiso con el desarrollo de los servicios públicos, e independiente de la industria farmacéutica.

La AEN realizó un crítico análisis de la situación en un informe dirigido al Ministerio de Sanidad en el año 2001 aun con plena vigencia. En dicho análisis se ponía de manifiesto:

1. Uno de los logros de la Reforma ha sido la integración de la atención a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud. Su efecto principal es el reconocimiento del derecho de los pacientes, por su condición de ciudadanos, a acceder a los servicios de Salud Mental de carácter público, universal y gratuito.
2. Otro aspecto, igualmente importante, es la emergencia de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/ manicomio a la comunidad.

La experiencia de estos años demuestra que allí donde se han desarrollado redes asistenciales —que incluyen desde los programas ambulatorios en los centros de salud mental hasta programas de hospitalización, total o parcial, programas de rehabilitación o de apoyo comunitario, por citar algunos de los más significativos— la evolución clínica de los pacientes y la calidad de vida propia y de los familiares, es muchísimo mejor que cuando eran atendidos en los antiguos manicomios.

Ante estas evidencias la lentitud de los cambios o el estancamiento en que se encuentra el desarrollo de los servicios de salud mental en muchas áreas sanitarias, resulta absolutamente inadmisibles.

Existen **temas pendientes** de gran importancia como serían:

- La gran desigualdad en el desarrollo y calidad de servicios de salud mental entre comunidades autónomas, e incluso entre áreas sanitarias de una misma comunidad o de una misma provincia.
- La gran precariedad en el desarrollo de redes de cuidados intermedios, especialmente en cuanto se refiere las alternativas residenciales y laborales para pacientes mentales crónicos con cierto grado de discapacidad o de minusvalía.
- La dotación también muy precaria, de programas de salud mental para niños y adolescentes tanto en cuanto a dispositivos ambulatorios como a hospitales de día o posibilidades de tratamiento hospitalario, de los casos que lo requieran. La puesta en marcha de la Ley de Responsabilidad Penal del Menor que cuenta con recursos insuficientes, pensamos que vendrá a mostrar aun más estas insuficiencias.
- Respuesta asistencial insuficiente, salvo excepciones, a los pacientes que padecen simultáneamente trastornos mentales y dependencia a sustancias. E inadecuada respuesta asistencial también para los problemas psicogerítricos, cada vez más prevalentes.
- Otro grupo poblacional que padece los efectos de la insuficiencia de la red asistencial es el de los pacientes mentales en prisiones, cuya recuperación e inserción social está enormemente dificultada por diversos factores entre otros, también por la mala gestión asistencial.

Hoy persisten los **riesgos** de exclusión social para muchos pacientes graves, para quienes no se hace efectivo el derecho a la vivien-



da ni al trabajo. También persiste la sobrecarga emocional y material que significa para muchas familias el cuidado de su familiar enfermo, sin apenas opciones de atención domiciliaria. Y también hoy con más intensidad que antes, los servicios de salud mental se muestran insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades que demanda la población (las necesidades de atención a problemas de salud mental en nuestra sociedad competitiva, mercantilista y poco solidaria están creciendo más deprisa que la capacidad de los servicios públicos para responder adecuadamente a las mismas). El resultado es que los pacientes con menos recursos (económicos y psicosociales) corren el riesgo de no ser atendidos, de cronicación, o de pasar a engrosar las bolsas de marginación o de franca exclusión, de las que les resultará prácticamente imposible salir.

En este contexto el pasado día 21 de Marzo se presentó la **Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad**. Se trata de un documento complejo que resulta de un casi milagroso acuerdo entre el Gobierno Central, los de las diecisiete comunidades autónomas, las sociedades científicas entre ellas la AEN y los familiares y usuarios de los servicios de salud mental.

La Estrategia española sigue las directrices de los documentos europeos que, como la Declaración de Helsinki, firmada por los veinticinco ministros de sanidad de la Unión, hacen hincapié en la magnitud de los problemas de salud mental (se calcula que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos) y en la necesidad de tomar medidas para prevenirlos y para darles una atención que permita aminorar la carga que suponen en términos económicos y de sufrimiento.

El documento presentado, de algún modo sucede al que desde 1985 sirvió de base al proceso que se llamó reforma psiquiátrica y que supuso la pérdida de la centralidad de los hos-

pitales psiquiátricos en la atención a los trastornos mentales graves (hay comunidades autónomas en las que estas instituciones han desaparecido), y su sustitución por redes complejas de dispositivos y programas que integran unidades o centros de salud mental, unidades de hospitalización en hospitales generales, hospitales de día, unidades o centros de rehabilitación psicosocial, alternativas de alojamiento supervisado o protegido o de rehabilitación laboral y otros.

Los **problemas que la nueva estrategia** ha debido de enfrentar son de dos tipos:

El primero se refiere al hecho, mencionado anteriormente, de que estas redes han sido desarrolladas, a diversos ritmos y con diferentes modelos de referencia en las distintas comunidades autónomas. A fecha de hoy, ni siquiera existe un mínimo de datos común que permita comparar los sistemas desarrollados por las distintas comunidades autónomas. Asistimos a una quiebra de la equidad entre las poblaciones de los distintos territorios del Estado.

Por otro lado, aunque en estos veinte años de reforma se han producido importantes desarrollos y un aumento sin precedentes de los recursos asignados a la atención a la salud y los trastornos mentales, éstos están aún muy lejos de haber alcanzado la magnitud relativa que le correspondería en función de la carga de enfermedad atribuible a los trastornos mentales. Se calcula que a la atención a estos trastornos responsables de un tercio de la discapacidad dedicamos menos de un diez por ciento de nuestros presupuestos sanitarios.

Hay áreas en las que se ha producido avances importantes al menos en una buena parte de los territorios, como sucede con la atención a los trastornos tradicionalmente considerados graves (como la esquizofrenia y el trastorno bipolar) donde la tarea hoy es generalizar modelos de atención de calidad ya existentes



en buena parte del país y aliviar la carga que estos trastornos siguen suponiendo para las familias.

Hay áreas en las que es necesario sentar nuevas bases sobre las que buscar nuevos desarrollos, como la salud mental de los niños y adolescentes, para cuya atención España es uno de los 3 países europeos que no cuentan con una titulación específica.

Hay grupos que requieren mucha atención como es el caso de los trastornos de la personalidad, los estados de ansiedad y las depresiones y cuyas necesidades sólo se pueden asumir muy deficitariamente desde un sistema que está pensado sobre todo para atender a los trastornos mentales más graves. En esta área hay prestaciones, como la psicoterapia, cuya generalización requeriría importantes aumentos de recursos y mejoras en la formación de los profesionales.

La promoción de conductas saludables, la prevención de los trastornos mentales y la erradicación del estigma y la discriminación son aspectos prácticamente ignorados hasta ahora y que plantean dificultades de gestión porque su abordaje requiere, más que en otros casos, la contribución de sectores institucionales y sociales muy diversos. La no discriminación de los enfermos mentales supondría pongamos

por ejemplo, la inclusión de criterios que permitieran que pudieran accederse, en los mismos términos que los discapacitados por otras causas, a los beneficios previstos en la ley de discapacidad y otras medidas de protección social.

Y hay, por fin, una necesidad urgente de definir los límites de malestar ordinario y el que puede legítimamente ser atribuido a un trastorno mental y, por tanto, objeto de una intervención del sistema sanitario público.

El documento aprobado aborda en profundidad estos y otros temas y aunque es un documento de mínimos, como todo documento que ha de resultar de un acuerdo unánime de tantos agentes con ideas e intereses no siempre convergentes, es también un acuerdo sólido que pretende sustentarse en una revisión rigurosa de las pruebas disponibles sobre la efectividad de las medidas propuestas. Marca, pues, un punto de partida y una dirección para el futuro en un momento en el que eso parece estar llamado a convertirlo en algo más que una declaración de intenciones.

Contacto:

Pilar Balanza

Plaza Santa Gertrudis, 2 5ºD. 30001 MURCIA.

e-mail: pilars.balanza@carm.es



BIBLIOGRAFÍA

- Fermín Pérez (Coord.). *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN. 2003. En formato electrónico
- Alberto Fernández Liria. *Una nueva Estrategia para la atención a la Salud Mental*. Accesible en www.aen.es. Asociación Española de Neuropsiquiatría. AEN. 2008.