

# Modelos asistenciales y relación entre atención primaria y atención especializada

61

Mariano Hernández Monsalve,  
Alberto Fernández Liria y José Carmona Calvo

## 1. INTRODUCCIÓN: LA SALUD MENTAL EN LA SALUD GENERAL, EN DOS NIVELES, Y COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En la organización sanitaria se conciben dos grandes niveles asistenciales: atención primaria (AP) y especializada (servicios de salud mental (SSM)-psiquiatría, en nuestro caso). La atención a la salud mental de la población puede ser proporcionada tanto por la atención primaria (acceso directo, atención clínica a los problemas más frecuentes relativamente menos graves, participar en el seguimiento de los más graves, funciones de filtro para el acceso a especializada-SSM), como por los servicios de salud mental (acceso mediante derivación, atención a patologías más graves y que requieren intervenciones más complejas mediante red de dispositivos de SSM). Lo que genéricamente llamamos atención a la salud mental incluye actividades de promoción de la salud mental, prevención (de la enfermedad, los trastornos...), y la actividad clínica (evaluación-diagnóstico, tratamientos, rehabilitación), de acuerdo a las demandas que hace la población.

La mayor parte de los problemas de salud mental y de la morbilidad psiquiátrica son atendidos sólo en atención primaria<sup>1-7</sup>. Se reconoce que aún en los países muy desarrollados, con servicios de salud mental muy bien dotados, la atención primaria seguirá siendo donde se realice el grueso de la atención a la salud mental y es previsible que la atención especializada

en ningún caso vaya a atender más del 10% de la población con problemas de salud mental<sup>4</sup>. En Europa, de acuerdo con estudio ESEMeD, los médicos generales intervienen entre 55 y 75%, y los psiquiatras entre 5 y 10% (salvo en Holanda, 15%) de casos de problemas de salud mental<sup>8</sup>.

Por tanto, se hace imprescindible establecer fórmulas de coordinación o de colaboración efectiva entre los dos niveles, pues de esto va a depender en gran medida la calidad de la atención a la salud mental.

## 2. CONTEXTO ASISTENCIAL. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS SERVICIOS, Y RELACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

La Ley General de Sanidad (1986) definió un nuevo modelo de atención primaria de salud (y un nuevo modelo también de atención psiquiátrica) de salud mental. Estas dos transformaciones fueron dos de las aportaciones más relevantes de la ley. En la práctica esto significó que:

- a. Del médico general “de cupo” se pasó a equipos de atención primaria con responsabilidad sobre un territorio (unidad básica de salud).
- b. De una atención psiquiátrica excluida de las prestaciones del antiguo “seguro obligatorio

de enfermedad" y cuyo peso reposaba en los hospitales psiquiátricos, se pasó a una atención integrada en la red general (primaria, especializada) como cualquier otra especialidad sanitaria, donde el centro de la atención especializada pasaba a ser el equipo/centro /servicios de salud mental comunitaria.

El proceso de transformación de la antigua a la nueva situación se conoce como desinstitucionalización psiquiátrica<sup>9-13</sup>.

Después de la LGS se han promulgado otras leyes y normativas de ámbito estatal (como la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Autonomía del Paciente, el Decreto Ley de Prestaciones Sanitarias) y autonómico (planes de salud autonómicos) que constituyen el referente institucional para el despliegue de los servicios.

## 2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS

- **La atención primaria**, se caracteriza por máxima accesibilidad, continuidad (longitudinal, en el tiempo; y transversal entre niveles y dispositivos) e integralidad (atender de forma conjunta, integrada, los diversos tipos de problemas por los que consulta la población, evitando la "fragmentación" en la respuesta asistencial). Las demandas se presentan frecuentemente de forma inespecífica, a menudo mal definidas y mezclando problemas de referencia somática y emocional-conductual. Otra característica particular de la clínica en atención primaria es que los cuadros clínicos se presentan de forma poco estructurada, de modo que los límites entre salud y enfermedad aparecen más difusos que en atención especializada. En atención primaria se atienden muchos síntomas que no constituyen entidades/categorías clínicas: es la patología subumbral, subsindrómica y prodrómica<sup>1-3,5,14,15</sup>. Se entiende así que una de las dificultades más importantes en la práctica sea precisar cuando un problema es "caso clínico", es decir, dónde está el umbral, el punto de corte para definir el inicio de la morbilidad, que es necesariamente "acordado" en virtud de aspectos cualitativos o

de normalidad estadística<sup>1-3</sup>. Por esto, cuanto más próximo se trabaje con los momentos iniciales de la formación de los síntomas, y más cerca de primaria, más interesa concebir la clínica y la nosología en sus aspectos dimensionales, no tanto como en los tradicionalmente categoriales. En atención primaria es muy importante orientar la evaluación y la intervención centradas en los problemas, pues con una misma categoría diagnóstica, los pacientes pueden diferir mucho en cuanto a la naturaleza de los problemas que presentan y que requieren tratamiento, y en sus expectativas, y en conducta de enfermedad<sup>16,17</sup>.

- **En el nuevo modelo** que emana de la LGS la atención primaria y los SSM comunitarios comparten algunas referencias importantes, en torno a la dimensión comunitaria, como es el considerar el entorno y contexto en que vive el individuo, lo que incluye, contar con la familia, y otros cuidadores informales, e intervenciones domiciliarias. Como efectos derivados de la Ley de Autonomía del Paciente, son servicios en los que debe hacerse efectiva de forma particularmente importante la participación (de usuarios, pacientes, familiares y asociaciones ciudadanas implicadas en cuestiones de salud).

Por su particular relevancia para el tema que nos ocupa, resumimos a continuación los **principios e ingredientes básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental**.

El modelo comunitario es el modo de organización de servicios que concilia eficacia, calidad, seguridad y respeto a la dignidad y derechos de las personas implicadas; a la vez que da gran relevancia a la accesibilidad y participación (de usuarios, pacientes, familiares) evitando cualquier tipo de segregación y/o estigma. Además, numerosos estudios muestran que, a igualdad de gasto, el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en los pacientes y sus familiares, que los modelos tradicionales de asistencia centrada en el hospital psiquiátrico monográfico<sup>17,18</sup>. En nuestro país, el modelo de psiquiatría comunitaria está respaldado por la Ley General de Sanidad (1986), el informe de la Comisión Ministerial para la

Reforma Psiquiátrica (1985) y por el documento de Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud (2007)<sup>19</sup> y en el conjunto de Europa ha sido recientemente respaldado por documentos como “La declaración de Helsinki” (2005), el “Libro verde de la salud mental en Europa ” (2006) y el “Pacto europeo por la salud mental” (2008). Resumimos a continuación los principios básicos y algunos de los ingredientes característicos del modelo de servicios de salud mental comunitarios, concordantes con esos principios. \*

**- Accesibilidad.** Es la capacidad de un servicio para atender al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten. La accesibilidad se puede fomentar:

- a. Acercando los recursos a los lugares de residencia, con especial consideración a los núcleos rurales.
- b. Ampliando los horarios de atención, proporcionando atención a domicilio, y facilitando las consultas telefónicas y/o las relacionadas con las nuevas tecnologías.
- c. Reduciendo los tiempos de espera.
- d. Reduciendo las barreras de acceso selectivas, las económicas y otras como el idioma, la cultura o la edad.

**- Autonomía.** Es la capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas. La autonomía se puede fomentar priorizando:

- a. Las intervenciones y ámbitos asistenciales menos restrictivos.
- b. Las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad.
- c. Las que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales del paciente.

**- Integralidad y comprensividad.** Se trata de incorporar, simultánea o sucesivamente, las distintas modalidades, formatos y dimensiones de los tratamientos dentro de un proyecto terapéutico global pensada para cada individuo particular. Se trata de incorporar dentro de una misma estrategia los tratamientos farmacológicos, los psicológicos y las intervenciones sociales; lo rehabilitador y lo preventivo; de focalizar la intervención en el sujeto, en la familia y en el entorno, con la intensidad y tiempo requeridos para cada caso.

La comprensividad de los servicios se hace posible mediante:

- a. La implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria.
- b. La organización de programas y tareas asistenciales centrados en las necesidades de los pacientes (que cambian con el tiempo; y que se refieren a otros ámbitos, sociales -de convivencia, formación, vida diaria-, además de los estrictamente sanitarios). Implica distinguir demandas y necesidades, evitando la desviación de la atención hacia quienes son capaces de formular y articular las demandas con más precisión y exigencia hacia los servicios.
- c. La definición de prioridades, de acuerdo a la gravedad y magnitud de las necesidades detectadas.
- d. El reconocimiento de la rehabilitación como actividad terapéutica sanitaria.

**- Continuidad.** Es la secuencia de atenciones prestadas entre los distintos dispositivos de una red, sin hiatos, a lo largo del tiempo. Exige que cada dispositivo prevea sus intervenciones como un elemento de un proceso secuencial, en la que ha de asegurarse la coherencia con las intervenciones previas (continuidad en el sentido, en los objetivos, en la estrategia general de tratamiento), y facilitar las posteriores. No dar por finalizada una intervención hasta que no esté accesible la siguiente... y así hasta que

\*Algunas definiciones están tomadas literalmente del documento de “Estrategia en Salud Mental del sistema Nacional de Salud”, cuya consulta recomendamos.

se considere finalizado el plan de tratamiento.

La continuidad se puede fomentar:

- a. Potenciando el equipo y la atención multidisciplinarios.
- b. Implantando "Planes Individuales de Atención".
- c. Implantando procedimientos de seguimiento comunitario asertivo.
- d. Gestionando la asistencia por "Procesos de Atención".
- e. Creando comisiones de coordinación entre los dispositivos del área y entre los diferentes sectores institucionales implicados.

**- Trabajar con el entorno.** ("salir a la comunidad"), lo que significa:

- a. Ocuparse de la red social del paciente. Se ha comprobado que tanto la extensión como la calidad de las relaciones tienen gran valor pronóstico, y se correlacionan con la calidad de vida tanto o más que los parámetros clínicos. Lo deseable es posibilitar nuevos vínculos en la red social normalizada, lo que sólo será posible en la medida en que el sujeto vaya estando inmerso en los elementos socializadores habituales en su entorno (trabajo, ocio, amistades, familia).
- b. Ocuparse de los cuidadores (en nuestro medio, habitualmente la familia), proporcionando información, propiciando su implicación en actividades de psicoeducación y en los tratamientos cuando sea necesario; y haciendo del alivio de la carga, objetiva y subjetiva, objeto de tratamiento.

**- Incorporar junto a la clínica, la perspectiva preventiva, rehabilitadora y orientada a la recuperación.** Incorporar la perspectiva preventiva, con criterios de salud pública e intervención comunitaria, intervención temprana, prevención de recaídas y de cronicidad. El tratamiento a largo plazo con los pacientes con problemas persistentes exige que los profesionales y los servicios asuman un cambio de

perspectiva: desde la perspectiva centrada en la curación, habitualmente limitada en el tiempo y focalizada en los síntomas, hacia otra centrada en la recuperación (de la subjetividad, de la función social, de la calidad de vida) que se establece inicialmente sin limitación temporal, es multifocal (según necesidades) e incluye, junto a la tradicional rehabilitación, proporcionar apoyo y cuidados.

La orientación de los servicios hacia la recuperación requiere poner en práctica medidas como:

- a. Reconocer en el presupuesto de salud mental, una partida específicamente destinada a apoyar a las asociaciones de enfermos y enfermas y sus familiares.
- b. Garantizar la participación de representantes de los pacientes y sus familiares en los procesos de mejora continua de la calidad, en pie de igualdad con los y las profesionales.
- c. Desarrollar y aplicar medidas de resultado, que incorporen indicadores de recuperación personal.
- d. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad velando que no conlleve riesgos evitables tanto para la propia persona, como para su entorno.
- e. Modificar las actitudes del personal sanitario para adaptarlas al principio de la recuperación.

**- Equidad.** Es la distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales. Este principio puede ponerse en práctica aplicando medidas como las siguientes:

- a. Aumentando la cantidad y adecuando la clase de recursos en las áreas geográficas o sectores de la población, en los que exista una mayor prevalencia de trastornos

graves o una acumulación de factores de riesgo para su desarrollo o mantenimiento, tales como la pobreza o la desigualdad percibida de ingresos, el consumo abusivo de sustancias, un elevado nivel de desempleo, etc.

- b. Vigilando/controlando que no existan desigualdades en la calidad del diagnóstico, la atención y tratamiento de las enfermedades mentales entre mujeres y hombres y entre grupos de edad.

Otras características de los servicios de salud mental comunitarios, como son el pretender máxima calidad en todas las áreas de intervención (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, apoyo y cuidados) así como en los distintos ámbitos (ambulatorio, domiciliario, hospitalario o residencial), la responsabilización (transparencia de la gestión, de la cartera de servicios y prestaciones), la participación, los programas de coordinación interinstitucional, el trabajo en red, el trabajo en equipos multidisciplinares, son compartidas sin diferencias esenciales con el conjunto de servicios de salud comunitarios, por lo que evitamos su referencia más detallada en este momento.

- **Una de las consecuencias más importantes de la desinstitucionalización**, que antes hemos mencionado es que el eje de la atención especializada es el mismo dispositivo (equipo/centro de salud mental) común para todo tipo de problemas y patologías, desde los más frecuentes y de leve/moderada gravedad, los “trastornos mentales comunes” (TMC) hasta los más graves (TMG), que requieren intervenciones complejas. En ambos casos el acceso será desde atención primaria<sup>18,19</sup>. Esto ha significado ventajas importantes, como contribuir a disminuir el estigma que afecta a los pacientes más graves, pero también desventajas, como el que ambos tipos de pacientes (graves y leves) compiten por los mismos recursos. Una de las dificultades en la organización es el priorizar y distribuir recursos (los recursos principales en

atención primaria y en salud mental son el tiempo y los propios profesionales (su formación, experiencia, actitudes). De ahí la importancia de acreditar tiempos y actividades/programas según características de la “necesidad” implicadas en las demandas y de eficiencia de la intervención<sup>20</sup>.

- **En ambos niveles el trabajo de colaboración-coordinación** con otros equipos, dispositivos, instituciones, sanitarias o no sanitarias, es una tarea central. Los equipos de atención primaria se tienen que coordinar con los servicios especializados, y con servicios sociales. Los equipos de salud mental han de coordinarse con atención primaria y con otros servicios e instituciones (servicios sociales, judiciales, educativos; residencias, centros penitenciarios, u otros)<sup>19,21,22</sup>.
- **La organización sanitaria** ofrece también algunos factores limitantes comunes a ambos niveles, como por ejemplo el que la salud laboral queda fuera del ámbito de actuación directo (excepto para otorgar bajas laborales y propuestas de incapacidad).
- **En los últimos años**, asistimos en España y en países occidentales a una creciente morbilidad y consiguiente demanda de atención por problemas de salud mental:
  - **Creciente morbilidad**, por aumento de incidencia y prevalencia de ansiedad, depresión, suicidio. Por parte de los expertos y de las autoridades sanitarias se reconoce que, en relación con la enorme carga social económica que representa (bajas e incapacidades laborales, merma en calidad de vida)<sup>8,19,23</sup>, y el consumo de servicios y de fármacos<sup>24</sup> de que se acompaña, los problemas de salud mental constituyen un importante problema de salud pública. Inicialmente, las demandas suponen una presión para atención primaria pero, al sentirse desbordados los equipos de AP por la intensidad y complejidad de la demandas, se transfiere esa presión a la atención especializada, con la consiguiente sobrecarga y riesgo de colapso en ambos servicios. Esa alta

morbilidad y demanda de servicios puede ser entendida en dos dimensiones, totalmente complementarias:

**a. Clínica:** muchos de los problemas que requieren atención se presentan como quejas con pocos síntomas, que no motivan un diagnóstico (son situaciones clínicas “subumbral”). En muchas ocasiones estas demandas son una oportunidad para intervenciones preventivas antes de que se configuren entidades más consolidadas, si bien esto requiere competencia profesional *ad hoc*, suponen riesgo de yatrogenia y contribuyen a la sobrecarga de los servicios<sup>20,25-27</sup>.

**b. Socio-cultural:** una parte de esta creciente demanda formulada como quejas de malestar psico(pato)lógico es emergente del consumismo de “productos médicos” (medicalización y psicologización de los aspectos problemáticos del vivir cotidiano), fenómeno de creciente extensión, cuya solución sobrepasa el contexto de los servicios de “primaria” o de “especializada”, aunque compromete seriamente su eficiencia e incluso su viabilidad<sup>25,28-31</sup>. A su vez, el antiguo “paciente” está pasando a considerarse y ser considerado como un “usuario de servicios psico”, que a menudo formula solicitudes específicas del tipo de profesional (psiquiatra o psicólogo) por quien quiere ser atendido, o el tipo de prestación que prefiere (alguna modalidad específica de psicoterapia, o alguno de los nuevos fármacos, de bondades proclamadas por los medios de comunicación). Esta nueva perspectiva (expresión del reconocimiento de los derechos del paciente-consumidor) orienta a nuevos modos de relación médico-paciente, más simétricas que las tradicionales, en las que el intercambio de información, e consentimiento informado, y el clima de búsqueda constante de negociación y búsqueda de acuerdos sean la norma<sup>25,32,33</sup>. Exige también nuevas actitudes y formación de los profesionales.

• **Una cuestión crucial** en la organización de servicios es cómo se define **la relación entre los dos niveles**, AP y SSM. Clásicamente se ha hablado de tres modalidades básicas de relación:

a. De reemplazo (los profesionales de salud mental se ubican en atención primaria para atender directamente los problemas que se presentan en primera línea).

b. De consultoría-estrecha cooperación (se mantienen la diferenciación de competencias en cada nivel, pero existe un acuerdo de cooperación para un trabajo en común entre los dos equipos, centrado en la “interconsulta”, actividades de formación continua e investigación compartida).

c. Relación centrada en la derivación, mediante documento escrito, con opción a programas de coordinación. En España, este ha sido el modelo predominante, con un desarrollo muy desigual de actividades de coordinación o apoyo. Así, correspondería a la atención primaria el tratamiento de la mayoría de los “trastornos mentales comunes” (TMC), y colaboración en trastornos mentales graves (TMG) (captación-derivación, colaboración en seguimiento, atención a problemas somáticos del TMG).

• **Los aspectos más problemáticos son**<sup>5,21,34,35</sup>:

a. El reconocimiento de los problemas no siempre se corresponde con mejores intervenciones (demasiado a menudo el reconocimiento de morbilidad se acompaña de un mero aumento de la prescripción de psicofármacos).

b. Falta una definición precisa de la intensidad y la calidad de atención que los servicios públicos pueden proporcionar, partiendo de la universalidad de las prestaciones. El documento de “Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud”<sup>21</sup> recientemente aprobado por el Consejo Interterritorial de SNS supone una oportunidad para establecer esas referencias y seguir su evolución y resultados mediante los indicadores previstos.

### 3. MARCO INSTITUCIONAL

La importancia de la salud mental en la atención primaria es una referencia constante en la perspectiva internacional (“no hay salud sin salud mental”); y así por ejemplo, el libro verde de la salud mental en Europa identifica, entre las “acciones eficaces” más importantes a tener en cuenta, la “formación para los profesionales de la asistencia sanitaria en prevención, reconocimiento y tratamiento de la depresión”<sup>23</sup>, y en la Declaración y en el Plan de acción de Helsinki<sup>36</sup> se dice textualmente (en *Acciones. 7. VI*) “aumentar la capacitación y habilidad de los médicos generales y servicios de atención primaria, su interrelación con la atención especializada, tanto médica como no médica, para ofrecer acceso efectivo, diagnóstico y tratamiento a las personas con problemas de salud mental”, y (en *Responsabilidades. VII*) “reconocer y reforzar el papel central que desempeñan la atención primaria y los médicos generales, reforzando su capacidad en materia de salud mental”, a la vez que se insiste en que hay que cuidar más los contenidos de salud mental en los currículos de formación de todos los profesionales sanitarios. Igualmente, también el documento de “Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud”, señala los aspectos de salud mental que deben ser considerados y atendidos en atención primaria y la relación a establecer entre ambos niveles asistenciales.

### 4. ¿QUÉ RELACIÓN ENTRE PRIMARIA Y SSM PREDOMINA ACTUALMENTE? ¿QUÉ TENEMOS? ¿CÓMO FUNCIONA?

Tanto en la experiencia internacional como entre nosotros, encontramos áreas de preocupación muy similares en lo que se refiere al rendimiento de la atención a la salud mental en el nivel primario y en cuanto a la relación entre servicios de atención primaria y los servicios especializados, de salud mental, etc.

† Documento suscrito por todos los ministros de Sanidad de la Unión Europea en la Conferencia europea de la salud mental, promovida por la OMS y la UE en enero de 2005.

### 4.1. DIFICULTADES EN LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS, DIAGNÓSTICO Y FUNCIÓN DE FILTRO Y DERIVACIÓN

- En múltiples evaluaciones se encuentran resultados similares que indican que los médicos de atención primaria reconocen y diagnostican adecuadamente en torno al 50-60% de ocasiones. Este bajo porcentaje de identificación / diagnóstico de morbilidad psiquiátrica debe matizarse con el hallazgo complementario de que los casos no diagnosticados suelen ser los más leves, y que muy a menudo proporcionan tratamiento aunque no se registre el diagnóstico. La prescripción de fármacos aumenta cuando el médico incorpora a sus rutinas diagnósticas criterios diagnósticos estandarizados<sup>37</sup>.
- También encontramos problemas en el polo opuesto: se diagnostican y se derivan al nivel especializado demandas que no reúnen criterios para diagnóstico de trastorno (“códigos Z” identificados como trastorno). En estudio reciente en España, Ortiz encuentra cifras similares a otros países (en torno a 24%)<sup>6</sup>. Este grupo de “falsos positivos” incluye situaciones clínicas distintas: patología subumbral, posibles pródromos de patologías más graves, y males-tares de la vida cotidiana. Suponen una carga asistencial importante por su tendencia a la cronicidad, merma en calidad de vida y cierto grado de discapacidad y son difíciles de tratar, y suponen riesgo de yatrogenia.
- Escasa capacidad para intervenciones específicas. Las principales herramientas de intervención de los médicos generales en patología psiquiátrica son el manejo de la comunicación y la relación terapéutica, y los psicofármacos. Salvo excepciones, ni médicos generales ni enfermeros ni trabajadores sociales tiene formación para aplicar técnicas de intervención psicoterapéutica, aunque se haya demostrado su eficacia en atención primaria (tales como terapia interpersonal de la depresión, terapia cognitivo-conductual, terapia de solución de problemas, intervenciones familiares, técnicas de intervención en crisis, etc.)<sup>38-40</sup>. A este res-

pecto, merece la pena señalar que se ha venido dando un gran equívoco, al suponer que la patología menor requiere escasa competencia técnica por parte de los profesionales, y que la mayoría de los médicos generales disponen de esa competencia. En la práctica esto no es así, y en realidad es un punto crucial en la atención: la llamada patología “menor”, trastornos mentales comunes (trastornos depresivos poco sintomáticos pero muy cronificados, distimias; trastornos de ansiedad, somatizaciones, trastornos adaptativos) no siempre son de fácil abordaje terapéutico, requieren formación específica<sup>41,42</sup>, de la que no suelen disponer médicos ni enfermeros, y son problemas clínicos sobre los que es fácil ejercer yatrogenia

- Escasa implicación en pacientes graves. Es otro área de preocupación creciente: la transformación de la asistencia psiquiátrica hacia el modelo de salud mental comunitaria requiere la implicación de la atención primaria en los cuidados a largo plazo de pacientes con problemas complejos (TMG), ocupándose de la salud general de esta población y colaborando en los programas de seguimiento (recuperación a largo plazo) con los equipos de salud mental comunitaria.
  - A pesar de la alta morbilidad psiquiátrica en población general y en las consultas de atención primaria, y de la alta prescripción de psicofármacos en primaria, en muchas áreas sanitarias, la atención primaria no ha incluido en su cartera de servicios ningún contenido específico de salud mental.
  - Desigual actitud por parte de los médicos y personal de enfermería ante la salud mental (entre interés y el estrés-rechazo/queme), aunque en las encuestas más recientes los médicos parecen estar cada vez más proclives a considerar las intervenciones sobre problemas de salud mental como propias de su competencia profesional, y reconocen la necesidad de ampliar aspectos de su formación en salud mental<sup>43,44</sup>.
  - La relación actual entre la atención primaria y los equipos de salud mental es poco consistente, tanto a nivel organizativo (dependencia de dos gerencias y equipos directivos distintos en la mayor parte de los casos), como en el trabajo clínico, y es muy variable según el momento y el lugar; depende principalmente de las iniciativas personales, del interés y de la experiencia de personas y equipos concretos (en un proceso que hemos denominado en otro momento: “de la ignorancia mutua a la colaboración”).
- El modelo de relación predominante en las distintas comunidades autónomas es de “derivación”, con una relación mediada por los informes de interconsulta-derivación (PIC), contactos telefónicos muy esporádicos, y muy escaso trabajo continuado de coordinación a través de reuniones de trabajo conjuntas de los equipos, estimándose en menos del 10% la proporción global de equipos que mantienen trabajo de coordinación-cooperación continuado, más allá de los PIC.
- a. Los informes de derivación y de respuesta, a través de los que se concreta la relación entre ambos equipos, son de baja calidad y son, eso sí, sensibles a los cambios (de miembros de los equipos y de novedades en la organización de la coordinación), con lo que adquieren valor de indicador de calidad y como tal ha sido usado al menos en algunas evaluaciones<sup>45,46</sup>.
  - b. Existen algunos ejemplos de buenas prácticas, como las actividades de salud mental dentro del programa de actividades preventivas en atención primaria de salud, promovido por la Sociedad española de medicina familiar y comunitaria, en el que participan más de 640 equipos y se está desarrollando desde 1998 y está avalado por el Ministerio de Sanidad<sup>47-49</sup>.
  - c. En la misma línea de experiencias positivas, hay que considerar un conjunto de trabajos de colaboración: p. ej. grupos tipo Balint, formación continua, investigación conjunta<sup>20,25,35,39</sup>.

## 5. ¿QUÉ HACER? PERSPECTIVA Y POSIBLES ALTERNATIVAS EN ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

El modelo de relación centrado meramente en derivaciones y precaria coordinación entre niveles, es insuficiente. En casi todos los países se están buscando fórmulas de organización de servicios que faciliten un trabajo más eficaz. En primera instancia, se insiste en la necesidad de mejorar la formación, desde el pregrado hasta la formación continua. Y en el terreno de la organización de la atención clínica y asistencial disponemos de resultados de diversas experiencias, entre las que destacamos las siguientes:

### a. Guías clínicas primaria-especializada

(instrumentos técnicos para propiciar mejora de la calidad, disminuir la variabilidad no justificada, establecer niveles de compromiso asistencial manteniendo el hilo conductor de los procesos clínico-asistenciales), tales como la guía NICE u otras (p. ej.: intervención precoz en psicosis) o programas de tratamiento de la depresión (p. ej.: programa prevención depresión-suicidio de la Alianza frente a la depresión).

### b. Incorporar salud mental a actividades de promoción (afrentamiento de estrés, etc.),

prevención y de atención precoz, sobre todo a través de programas dirigidos a grupos de población cuya atención ya está incluida en la cartera de servicios de la atención primaria, como son: los programas del niño sano (atención a los padres, escuelas de padres), programas dirigidos a prevención de embarazos en adolescentes (atender tanto a esta población como a los desinformados padres, una oportunidad para la colaboración salud-educación), los programas dirigidos a la tercera edad (patologías crónicas e invalidantes, incluyendo la atención a sus cuidadores, etc. (de lo que se informa con más detalle en el capítulo correspondiente de este manual<sup>‡</sup>).

**c. Algunas medidas organizativas**, relativamente sencillas, pueden redundar en mejora de calidad de prestaciones de salud mental, tales como:

Programas de mejora de calidad de atención a patología depresiva<sup>50,51</sup> en atención primaria y otras perspectivas a favor de la calidad del trabajo en salud mental<sup>52</sup>.

Programas de “gestión de casos” o de “cuidado de casos”, que han tomado como referencia los programas análogos de seguimiento y tratamiento comunitario asertivo, aplicados con bastante éxito a poblaciones de pacientes graves (con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis y mala evolución en la comunidad). Estos programas reposan sobre todo en los profesionales de enfermería de atención primaria, y su impacto terapéutico parece derivar principalmente de la calidad de la relación terapéutica y, también, aunque al parece en mucha menor medida, de la adherencia a los tratamientos. Disponemos de estudios de evaluación de resultados y meta-análisis recientes que muestran su pertinencia y relevancia en atención primaria para seguimiento/tratamiento a largo plazo de pacientes con depresión<sup>53,54</sup>. Otra ventaja importante de estos programas es que los profesionales de enfermería pueden adquirir competencia importante para los mismos con formación relativamente breve.

Autoayuda “guiada” con apoyo. Es una de las propuestas más interesantes: en las guías clínicas más recientes sobre manejo de depresión y otros problemas de salud mental en atención primaria, consideran que muchos síntomas menos graves, así como alguno de los más persistentes son susceptibles de ser manejados por el propio paciente, si se les facilita entrenamiento en la autoayuda; y se ha comprobado que la capacidad de los pacientes para este manejo puede aumentarse mucho si disponen de una orientación externa, de muy baja intensidad, proporcionada por un profesional<sup>55</sup>.

<sup>‡</sup> Fernández Liria et al. Promoción y prevención en salud mental.

#### d. Otro grupo de medidas requieren modificaciones sustanciales en la organización,

bien porque requieren ampliación del equipo, incorporando otros profesionales “especialistas” en la aplicación de algunas técnicas específicas, o bien porque plantean concertar programas con otros equipos anexos al equipo tradicional y básico de atención primaria (indudablemente cualquiera de estas dos opciones significa romper referentes y “esencias” tradicionales de la atención primaria de ser “especialistas en lo general–integral”, y no fragmentar la clínica). Algunas de las opciones más relevantes al respecto en los últimos años son las siguientes:

- Contratar psicólogos clínicos para atender las demandas de salud mental en primaria, como sucede en EE.UU y otros lugares<sup>56</sup>.
- Contratar profesionales de salud mental vinculados a equipos de primaria. En el Reino Unido se han propuesto varias modalidades, tales como la conocida “*Personal Medical Services*”, o el consistente en contratar profesionales cuya continuidad dependa de los resultados (según cumplimiento de objetivos tales como evitar hospitalizaciones o derivaciones a la atención especializada) o mediante “*Practice Based Commissioning*”, de acuerdo a la perspectiva de vincular otros profesionales o equipos a atención primaria, con criterios de flexibilidad y oportunidad del “mercado” (oferta y demanda de cuidados de salud mental)<sup>57</sup>.
- Otras, como las que propone un grupo de expertos de la Escuela de economía de Londres, parten de una lectura atenta de la guía NICE, que efectivamente reconoce que muchos pacientes no responden, o lo hacen de modo insuficiente, a los antidepresivos, y que son necesarias otras intervenciones (concretamente, terapia cognitivo-conductual, TCC) Pero advierten que no hay suficientes terapeutas disponibles para proporcionar esas terapias a la ingente cantidad de gente que lo necesita, con listas de espera para terapia de nueve meses, o sin listas de espera porque no cuentan con terapeutas para estos fines (por carencia de terapeutas), con lo que el pronósti-

co es que seguirá aumentando la población de pacientes depresivos cronificados, con la consiguiente ruina de las empresas, los seguros, incluyendo los seguros públicos de baja laboral / incapacidad (Seguridad Social). De ahí que lancen su estudio propuesta de que debe procederse a formar unos 10.000 terapeutas, en un plan a siete años, para aplicar TCC, lo que según sus cálculos, sería, económica y sanitariamente rentable<sup>58</sup>.

- Contratar servicios tipo ICT (*intermediate care team*), equipos interprofesionales que dan respuesta a alojamiento, trabajo y cuidado en salud mental a población “con tendencia a cronicación” (a lo largo de un año, y tras al menos dos intentos de tratamiento, no mejoran)<sup>57</sup>.

**e. Propuestas en España.** En el documento “Estrategia en salud mental del Sistema nacional de Salud”, ya citado se determinan una serie de parámetros para el trabajo conjunto, como son el incluir actividades de salud mental en la cartera de servicios de atención primaria en cada área de salud, el incluir a médicos u otros profesionales de atención primaria, conjuntamente con el o los facultativos del equipo de salud mental, y el propio paciente interesado, en el “acuerdo terapéutico”, que es el documento que refleja el tratamiento a seguir para los llamados trastornos mentales comunes; u otra modalidad equivalente, cuando sea necesario, en el tratamiento de “trastornos mentales graves”.

Por otra parte, entre las nuevas modalidades de organización y gestión que se están iniciando en diversos lugares, una de las iniciativas más consistentes es la implantación de los sistemas de “gestión por procesos”, como fórmula que centra su foco de atención en los problemas más frecuentes de demanda y de derivación.

Así, en algunas áreas de Andalucía se va a implantar una forma de trabajo por Procesos asistenciales integrados<sup>59</sup>, cuyas características principales son: estar centrados en las necesidades del paciente y su familia, contando con la participación activa de ambos, estar basados en

buenas prácticas (medicina basada en la evidencia), contando con los profesionales y con la intención de favorecer la continuidad de atención entre atención primaria y atención especializada. En salud mental, el primer proceso elaborado y puesto en funcionamiento ha sido el dirigido a los problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones<sup>60</sup>, y actualmente están elaborados los dirigidos a la atención de los trastornos de la conducta alimentaria y el del trastorno mental grave. De la experiencia de una de esas unidades, la del área de Jerez, podemos extraer los siguientes aspectos como los más relevantes de esa experiencia:

- Se formulan modelos de cooperación, más allá de la derivación, y se designa un profesional “referente” del equipo de salud mental para cada equipo de atención primaria, y se desarrollan actividades como:
  - Consultoría: la interconsulta y la entrevista clínica compartida por profesionales de ambos equipos pasa a formar parte de las rutinas de la cooperación entre los dos equipos. Las reuniones de consultoría, sobre casos clínicos concretos, están también abiertas a la participación de enfermeras y trabajadores sociales.
  - Construcción y aplicación de protocolos de uso común (transversales) para los problemas en los que la intersección Ap-SSM es más frecuente, tales como episodios depresivos, intervención en crisis, duelos, conflicto-estrés laboral, etc.
  - Desarrollo del “programa de atención psicosocial”, que incluye actividades como los grupos de encuentro de mujeres, o el programa de orientación familiar.
  - Coordinación con “enfermería de enlace” para atención a pacientes con TMG de mayor riesgo.
  - Programa de atención a cuidadores.
  - Programa de psicoeducación a pacientes con patología crónica.
  - Los resultados hasta el momento apuntan ha-

cia una merma/casi desaparición de la lista de espera en las derivaciones, aumento de la competencia clínico-terapéutica de los profesionales de atención primaria para atender problemas de salud mental y patología psiquiátrica, incluyendo la colaboración de primaria en los TMG, mayor disponibilidad del equipo de salud mental para atender los problemas clínicos más complejos, clima de trabajo más estimulante y satisfactorio para los profesionales.

En otras muchas áreas sanitarias se han desarrollado, en los últimos 20 años, distintas experiencias con perspectiva similar a la que hemos resumido. La particularidad en este caso es el compromiso institucional (acuerdo de gestión sobre la previa constitución, con objetivos bien definidos para un “proceso asistencial transversal” (depresión-ansiedad, somatización en este caso), más allá de iniciativas más o menos voluntaristas y efímeras.

En otras comunidades autónomas, en consonancia con intentos de mejorar la conexión entre atención primaria y especializada, en general, se están poniendo en marcha iniciativas de objetivos más discretos, en la línea de garantizar la conexión a través de la identificación del “especialista consultor” que remeda un poco la experiencia antes descrita, pero con objetivos mucho menos ambiciosos, y que están empezando a generar los primeros resultados<sup>62</sup>.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Goldberg D, Huxley P. Salud mental en la comunidad. Madrid: Nieva; 1990.
2. Markez Alonso I. Detección de la moralidad psiquiátrica en la atención primaria de salud. Leioa, Bizcaia: Universidad País Vasco; 1993.
3. Retolaza A, Markez I, Ballesteros J. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en atención primaria. Atención Primaria 1995; 15 (55): 593-608.
4. Jenkins R. Mental health and primary care-implications for policy. International Review of Psychiatry 1998; 10: 158-60.
5. Canadian collaborative mental health initiative. Better practices in collaborative mental health care. An analysis of the evidence base. Can J Psychiatry 2006; 51(sup I).

- 6.** Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental. [Tesis doctoral]. Madrid: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
- 7.** Watson DE, Heppner P, Roos NP, et al. Population-Based use of mental health services and patterns of delivery among family physicians, 1992 to 2001. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 398-406.
- 8.** Health and Consumer Protection Directorate General. The state of mental health in the European Union. European Communities; 2004. URL disponible en: <http://europa.eu.int>.
- 9.** González de Chávez M. (comp). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- 10.** Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.
- 11.** García J, Espino A, Lara. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- 12.** Hernández Monsalve M. Psiquiatría comunitaria. En López-Ibor JJ, Leal C, Carbonell C. (comp). Perfiles de la psiquiatría española. Madrid: Glosa; 2000. p. 585-602.
- 13.** Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, et al. La salud mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas? Cabasés JM, Villalba JR, Aibar C. Editores. Informe SESPAS: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Generalitat Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002.
- 14.** Üstun Tb, Sartorius N. Mental disorders in general health care. Chichester: John Wiley; 1995.
- 15.** Vázquez-Barquero JL, Herrán Gómez A. Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad. Barcelona: Masson; 2007.
- 16.** González Vázquez AI. Conducta de enfermedad e psiquiatría en Atención Primaria. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela; 2000.
- 17.** Hernández LJ. Evaluation of results and impact of the first phase of a community based mental health model in localities in Bogota DC. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2003; 5(3): 272-83
- 18.** Hernández Monsalve M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización, ¿y algo más? En: Rivas F. La psicosis en la comunidad. Madrid: AEN; 2000; p. 131-90.
- 19.** Estrategia del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 20.** Hernández Monsalve M. La salud mental. Mitos y realidades. *Archivo de Neurobiología* 1997; 60(3). p. 201-6.
- 21.** Salvador I. Coordinador. Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2005; 93 (monográfico).
- 22.** Leal Rubio J, Escudero Nafs A. Coordinador. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006.
- 23.** Libro Verde. Mejorar la salud de la población: Hacia una estrategia en salud mental de la Unión Europea. Bruselas: European Communities, Health and Consumer Protection Directorate-General [en línea] 2005; URL disponible en: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm) (también versión en español en: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_es.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_es.htm)).
- 24.** Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento de la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria* 2005; 25: 152-5.
- 25.** Tizón García JL. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Barcelona: Doyma; 1992.
- 26.** Tres décadas de evolución de la atención primaria en España (1976-2006). *Eidón* 2006; 22: 31-7.
- 27.** Hernández Monsalve M, Gervas JJ, Rodríguez A. El estrés de los profesionales sanitarios. En: Gestal J. Riesgos del trabajo del personal sanitario. Madrid: Interamericana; 2002.
- 28.** Illich I. Mnémesis médica. Barcelona: Barral; 1975.
- 29.** Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. La colonización psiquiátrica de la vida. *Archipiélago* 2007; 76: 39-50.
- 30.** Fromm E. La patología de la normalidad. Barcelona: Paidós Ibérica; 1992.
- 31.** Álvarez Uribe F, Varela J. ¿Miserias sociales o malestares íntimos? Entrevista con Guillermo Rendueles. *Archipiélago* 2007; 76: 9-27.
- 32.** Hernández Monsalve. La entrevista clínica. En: Fernández Liria A, Romero Hidalgo AI. Salud mental en atención primaria. Madrid: IDEPSA; 1989.
- 33.** Hernández Monsalve. La comunicación médico-enfermo en la consulta ambulatoria. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares; 1990.
- 34.** Salvador Sánchez I. Salud mental comunitaria atención primaria de salud. En: Leal Rubio E, Escudero Nafs A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006. p. 145-60.
- 35.** Tizón JL. Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental. *Atención Primaria* 1995; 16: 105-13.
- 36.** WHO Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. WHO Regional Office for Europe [en línea]. Copenhagen 2005. URL disponible en: <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>.
- 37.** Gardner W, Lelleher KJ, Pajer KA, et al. Primary care clinician's use of standardized psychiatric diagnoses. *Child Care Health Dev* 2004; 30(5): 401-12.
- 38.** National Institute for Clinical Excellence. Clinical guideline 23. Depression; management of depression in primary and secondary care. London: NICE; 2004.
- 39.** Fernández A, Rodríguez B, Dieguez M, et al. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1997; 17 (64): 627-48.
- 40.** Gibbard I. Person-centered care in Chorley and South Ribble. *Healthcare Counseling & Psychotherapy Journal* 2007; 7(3).
- 41.** Issakidis C. Who treats whom? An application of the pathways to care model in Australia.
- 42.** Harrison CM, Brito H. The rates and management of psychological problems in Australian general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 781-8.
- 43.** Gualtero R, Turek L. Encuesta a los médicos de atención primaria. *AEN* 1999; 19(70): 225-34.

- 44.** Camps García C, Penasa B, Montilla García F. Los médicos de atención primaria ante la salud mental. *Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1995; 15(53): 217-22.
- 45.** Penasa B, Camps C, Montilla JF. La calidad de los informes de derivación de atención primaria a los servicios de salud mental como indicador del desarrollo de los programas de coordinación. *Psiquiatría Pública* 1995; 7: 89-93.
- 46.** Risco Venegas MP. Estudio de la calidad de la información de los partes de interconsulta (PIC) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental. *Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2003; 22(85): 125-35.
- 47.** Guía de salud mental en atención primaria. Programa de actividades preventivas y promoción de la salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2001.
- 48.** Fernández-Alonso C, Buitrago-Ramírez F, Ciurana Misol R, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. *Atención Primaria* 2005; 36 (sup 2): 85-96.
- 49.** Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales de la atención primaria a la salud mental. Vol 1. Barcelona: Herder; 1997.
- 50.** Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial.
- 51.** Wells K, Sherbourne C, Scoenbaum M, et al. Five-year impact of quality improvement for depression. Results of a group-level randomized controlled trial. *Arc Gen Psychiatry* 2004; 61: 378-86.
- 52.** Izbijaro GO, Kolkiewicz LA, Palazidou EP, et al. Look, listen and test: mental health assessment – the WONCA Culturally Sensitive Depression Guideline. *Primary Care Mental Health* 2005; 3: 145-7.
- 53.** Genshichen J, Beyer M, Muth C, et al. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol med* 2006; 36: 7-14.
- 54.** Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K. Disease management programs for depression. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42: 1211-21.
- 55.** James LC. Integrating clinical psychology in primary care settings. *J Clin Psychol* 2006; 62: 1207-12.
- 56.** Khan M, Bower P, Rogers A. Guided self help. Metaanalysis of guideline studies of patients experiences. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 206-11.
- 57.** Cohen A. Drivers for change: the impetus for innovation in primary healthcare. *Healthcare Counseling & Psychotherapy Journal*; 2005; 5(1).
- 58.** The Centre for Economic Performance's Mental health Policy Group. The depression report. A new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics; 2006. URL disponible en: <http://cep.lse.ac.uk>.
- 59.** Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.
- 60.** Proceso asistencial integrado, ansiedad, depresión y somatizaciones. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.

