

La reforma psiquiátrica en Madrid. Dificultades y perspectivas. Una reflexión desde la zona sur

Fernández Liria, Alberto (*)
Mas Hesse, Josefina (**)

RESUMEN

Se analizan algunos problemas detectados y propuestas para la planificación efectuadas por compañeros de Madrid a la luz de los resultados obtenidos en la zona sur de la CAM, que opera con un modelo comunitario y una integración funcional. Se agrupan en tres grandes bloques: demanda y necesidad de camas y servicios de urgencia, dotación de recursos y problemas relacionados con los pacientes crónicos. Se revisan las dificultades prácticas del proceso de reforma debidas a resistencias del personal, resistencias de la población y, sobre todo, falta de decisión política en el terreno sanitario y en el de otra prestaciones sociales. Se concluye que lo que hoy se enfrenta en la comunidad profesional no es una diferencia en la detección de problemas sino dos modelos de atención en base a los que articular las soluciones a los mismos, que muchos de los problemas atribuidos a la falta de recursos son debidos a la falta de coordinación de las redes en que éstas se enmarcan y que el principal límite al proceso de desinstitucionalización se encuentra en la renuncia de los servicios sociales a asumir la demanda que les es propia. Se proponen medidas políticas para garantizar una reforma progresista.

SUMMARY

We analyse some of the problems and planification proposals pointed out by some colleagues of Madrid. We compare it with the results obtained in the South-Madrid where a communitary and full-integrated mental health system is going on. We group this problems and proposals in three groups: demand and

need of beds and emergency services; quantity of resources and chronic patients related problems. We review practical difficulties of the reform process by staff resistences, community resistences or —last but not least— lack of political will of health and Social Services responsables. We conclude that we are not dealing with a different detection of problems but with two different models of care to solve that problems. Many of the problems attributed to the lack of resources are due, actually, to the lack of coordination between the different networks of care. The biggest obstacle to the deinstitutionalization process lais in social services renounce to assume their own demand. We propose political steps to warrant a radical reform.

PALABRAS CLAVE

Planificación, demanda en salud mental, necesidades, dotación de recursos.

0. INTRODUCCION

El objetivo de este artículo es proyectar sobre la problemática del conjunto de la CAM algunos de los resultados obtenidos en el proceso de reforma de los SSM-HPL y de la zona sur de Madrid en general, en orden a establecer conclusiones que pudieran ser útiles para la planificación. Para ello nos referiremos a alguno de los problemas que han sido señalados por ciertos profesionales de la C.A.M.

Hay que decir que esta tarea resulta difícil ya que dichos problemas, si bien han saltado últimamente a las páginas de la prensa general, no han producido ni una sola línea de literatura

(*) *Psiquiatra, Coordinador de Programas Asistenciales de los Servicios de Salud Mental - Hospital Psiquiátrico de Leganés.*

(**) *Psiquiatra, Coordinadora de Programas de los Servicios de Salud Mental de Fuenlabrada.*

científica que facilite una discusión documentada y propia de una comunidad profesional. Este trabajo pretende ser un primer paso en esa línea.

Los datos asistenciales utilizados sobre la zona sur provienen de las memorias de los servicios y de la explotación del registro acumulativo de pacientes, en marcha en la misma desde el 1.º de enero de 1986 (ya descrito en otros trabajos 1,2,3). Los del resto de la CAM han sido amablemente facilitados por el Servicio de Salud Mental. Datos de otro orden —sociodemográfico, etc.— han sido extraídos de fuentes que se citan en el texto.

1. ALGUNOS PROBLEMAS ENFRENTADOS POR LA REFORMA EN LA CAM

Mientras este trabajo estaba en proceso de elaboración, la prensa general se ha hecho eco de algunas preocupaciones de ciertos profesionales (4,5,6) que para la exposición dividiremos en dos grandes bloques:

1.1. *Demanda, necesidad, dotación de camas de hospitalización breve y servicios de urgencias*

Uno de los ejes alrededor de los que se organiza el actual malestar de un número importante de profesionales, es el colapso de los servicios de urgencia y hospitalización breve de Madrid. De él se ha querido deducir inmediatamente la necesidad de incrementar el número de camas de agudos y servicios de urgencias. Creemos que se trata de una falsa respuesta y que el correcto abordaje del problema supone un análisis previo.

A falta de estudios serios sobre prevalencia de trastornos mentales en nuestra comunidad, creemos que la planificación puede y debe fundamentarse en extrapolaciones sobre los realizados en otros lugares y en su relación —bien sentada en la literatura internacional (7, 8, 9, 10, 11, 12)— con los datos que, sobre demanda a diferente nivel, ofrecen los registros acumulativos. En este sentido nos parece particularmente operativo el modelo propuesto por Goldberg, al que aquí haremos referencia (13).

Hay que señalar que este tipo de estimaciones de demanda esperable no permite tampoco establecer directamente necesidades de recursos, sino que obliga a plantear y elegir entre diferentes alternativas correspondientes a distintos modelos de atención a la salud mental. Así, mientras el volumen de demanda de atención por motivos

de salud mental es semejante entre Dinamarca, Italia y el Reino Unido, las alternativas desde las que esto se cubre y la dotación de recursos son sustancialmente diferentes (14, 15, 16).

Respecto a la CAM cabe decir que, en la zona sur, una vez establecido un dispositivo único y universal de atención a los problemas de salud mental a través de la unificación de las tres redes con responsabilidad sobre la misma, a los dos años en funcionamiento, la demanda atendida se encuentra en el rango de lo esperable en los países avanzados de nuestro ámbito político, económico y cultural si consideramos el conjunto de los usuarios de los servicios de salud mental en los niveles 4 (atención ambulatoria) y 5 (hospitalización) del modelo de Golberg (13). (CUADRO 1).

Estas cifras de 18,52 usuarios y 11,8 usuarios nuevos por mil habitantes en los que se ha detectado una distribución por diagnóstico también semejante a las de los países de referencia (17) demuestran que en este distrito *están en contacto con los servicios de salud mental todos los ciudadanos que cabe esperar que acudan a ellos en una sociedad con cultura semejante a la nuestra*. Es decir, en los servicios de salud mental de Lérganes, como en los de los otros distritos de la zona sur, se atienden *todos los trastornos mentales* de la población de referencia en la medida en la que esto está siendo posible en los países de capitalismo avanzado.

El modelo encarnado en estos servicios parte de la idea de que, en general, los trastornos mentales pueden y deben ser tratados en la comunidad donde deben situarse el grueso de los recursos, proveyendo las técnicas necesarias para ello (en el grupo de adultos del CSM Leganés durante 1987 la modalidad asistencial más frecuente fue la de «psicoterapia individual + farmacoterapia» que supone un 65 % de los actos asistenciales y se aplicó a un 72 % de los pacientes, seguido de la «psicoterapia individual» que consumió un 16 % de los actos asistenciales sobre un 16,6 % de los pacientes; el 3.º y 4.º lugar lo ocupan las psicoterapias de grupo y familia).

Consecuencia de esta política es que los recursos de hospitalización han sido utilizados sólo excepcionalmente cuando los profesionales de los 6 SSM del área de referencia (844 691 en el censo de 1986), ya en su trabajo habitual o en su función de médicos de guardia, lo consideran imprescindible y, entonces, sólo por el tiempo necesario (la estancia media fue de 15,01 día en 1986 y de 16,96 en 1987) (3). Ello se traduce en que durante los años 1986 y 1987 cuando la unidad funcionó con 30 camas, los índices de ocupación han sido respectivamente del 69,84 y del 93 % y en primer trimestre de 1988, con 40 camas en funcionamiento, del 60 % sin que nunca haya habido que rechazar un ingreso

CUADRO I					
MORBILIDAD ADMINISTRATIVA EN LEGANES Y EN LA LITERATURA INTERNACIONAL (en casos por 1.000 habitantes)					
	LEGANES	REINO UNIDO		USA	
		Salford	Camberwell	De Facto	Monroe Country
Prevalencia anual (niveles 4 + 5)	18,52	14,6	20,1	29,0	27,0
Incidencia administrativa (niveles 4 + 5)	11,8	9,0	12,5	—	10,0

Prevalencia puntual = Prevalencia anual — incidencia anual = 18,52 — 11,8 = 7,72 casos 1.000 habitantes.

por falta de camas. La media de urgencias ha sido durante 1987 de 3,9 al día (1,7 por mil habitantes al año).

Durante este año no se ha realizado ningún ingreso en la unidad de Larga Estancia. En 1987 se han realizado 8 ingresos de pacientes que no estaban anteriormente asilados, en régimen de residencia programa en la Unidad de Rehabilitación (40 camas). El resto de camas de residencia programada y las 16 de otros alojamientos con diferente grado de supervisión (piso de transición, pisos protegidos) han sido utilizados para desinstitucionalizar personas anteriormente asiladas en el viejo manicomio.

Esto supone que el conjunto de los trastornos mentales de los 844.691 habitantes de la zona han podido ser correctamente atendidos con *0,047 camas de agudos por mil habitantes* cifra al menos 10 veces inferior a la informada por otros países (18). Esta hallazgo creemos que merece una explicación y, aunque la que más nos preocupa la desarrollaremos en el apartado siguiente, no podríamos terminar éste sin hacer algunas consideraciones.

En primer lugar la población de la zona de referencia es muy joven. El 42,20 % (356.498 habitantes) de la misma tiene menos de 19 años y por tanto, no puede ser considerada población en riesgo de ser hospitalizada. Si utilizamos en lugar del de camas/habitante el indicador más aquilatado de camas/persona en riesgo, estaríamos en un número de 0,081 camas/1.000 personas en riesgo, o sea, 1 por cada 12.346 personas en riesgo.

En segundo lugar, hay que señalar que en la cultura española el ingreso por motivos de trastorno mental es altamente estigmatizante,

el papel de la estructura familiar como soporte, aún importante y la tolerancia de la población en la zona a los trastornos mentales, más aún en Leganés con la presencia secular del manicomio, es muy alta.

En el resto de Madrid el número de camas de agudos es de 388, o sea, 0,097 por mil habitantes, doble al de Leganés y superior incluso al índice de camas *por personas en riesgo* en la zona sur.

En base a todo lo anterior, cabe deducir como primera conclusión, que la *apreciación de que en Madrid faltan camas de agudos (4,5) no sólo es aventurada, sino que soslaya la verdadera discusión de fondo.*

1.2. Dotación de recursos y modelos de atención

De ser extrapolables —que, como queda señalado, no pretendemos que lo sean automáticamente— los datos de la zona sur, para atender la población total de Madrid bastarían 235 camas. No se trata de proponer estas ni otras cifras, sino de suscitar una reflexión sobre qué tipo de alternativas permiten el correcto funcionamiento de los dispositivos de atención a la salud mental con el mínimo uso de las prestaciones de hospitalización. Y esto no en base a consideraciones de orden económico-administrativo, sino a la constatación del hecho de que el abuso de estas prestaciones resulta lesivo para las personas que padecen trastornos mentales (3).

La primera reflexión que pudiera venirnos a la cabeza es que la dotación total de recursos de atención especializada a la salud mental es

mejor indicador de la calidad de la misma que el mero recuento de camas. La construcción de dicho indicador es complicada, dado que en este campo de atención la prestan grupos interdisciplinarios integrados por profesionales, cuyas tareas son, a veces, difíciles de tipificar, cuantificar y comparar (18). Por ello, aunque no nos resulte satisfactorio, utilizaremos sobre todo, datos referentes a la dotación de psiquiatras y psicólogos.

En la zona sur de Madrid el número de psiquiatras, incluidos los médicos residentes, se sitúa en los 6,5 por cien mil habitantes, la mayor parte de los cuales están ubicados en los centros de salud mental.

Esta tasa está comprendida entre la del Reino Unido (6,4 psiquiatras por 100.000 habitantes) y Dinamarca (8,9 psiquiatras por 100.000 habitantes, cifra que comparte con Grecia) y por encima de la de países como Austria (5,6 psiquiatras por cien mil habitantes) o Italia (4,4 psiquiatras/100.000 habitantes) (18).

Las cifras de psicólogos en la zona sur están en los 2,6 por cien mil habitantes y son sustancialmente superiores, por ejemplo, a la de Inglaterra y Gales (1,5 psicólogos/100.000 habitantes).

Con ello el monto de facultativos (9,1 por cien mil habitantes estaría también en la zona sur de Madrid, en rango comprendido entre el inglés (7,9) y el danés (10).

En el resto de Madrid al no estar integradas las tres redes de atención (Insalud, Comunidad Autónoma y Ayuntamiento) los recursos no sólo no actúan sinérgicamente, sino que operan en condiciones de dedicación y atribuciones que hacen difícil su comparación.

Si prescindieramos de esta consideración, el número de psiquiatras contratados por el sector público en el resto de Madrid es de 289 contando los MIR. Ello supone tasas de 6,55 psiquiatras por 100.000 habitantes, como se ve semejante a las de la zona sur. La primera corrección que podría plantearse es la de la consideración de que las 12 hs. semanales de los neuropsiquiatras deberían contabilizarse como 1/3 de los psiquiatras que trabajan 35. Con esta corrección la tasa resultante sería de 6,15. Ni que decir tiene que, dado que precisamente estos psiquiatras atienden una parte desproporcionadamente alta de la demanda —como pueden— este significado de la cifra resultante es más que dudoso. El número de psicólogos contratados en Madrid, excluida la zona sur, por la sanidad pública, es de 67 (1,67 por cien mil habitantes).

A pesar de las salvedades señaladas, creemos que estos datos nos permiten sustentar una hipótesis: *Lo que diferencia a los distritos con o sin problemas de colapso de camas y urgencias no es la superior dotación de recursos de los segundos, sino la*

inexistencia de una integración de las redes y de un trabajo comunitario digno de tal nombre en los primeros. Y así lo planteamos, brindándola para su refutación, como 2.ª conclusión de este trabajo.

Como caricatura de esta situación cabe señalar que para la población de beneficencia (aproximadamente 55.000 personas en el Ayuntamiento de Madrid) se dispone en el ámbito ambulatorio de 28 psiquiatras y 16 psicólogos, o sea, 50 psiquiatras o 78 facultativos por cien mil habitantes, sin contar los hospitalarios que actúan descoordinados, con el consiguiente caos.

1.3. *La larga estancia y los pacientes crónicos*

El problema de la larga estancia en la CAM está oscurecido por la realidad de que en 1981 la mayor de los pacientes (2.527 frente a 871) estaban ingresados mediante conciertos en instituciones que no dependen orgánicamente de la CAM. El número total de pacientes asilados era de 3.398. Hay que considerar que, como en otras instituciones españolas (19), el porcentaje de estos pacientes que son propiamente psiquiátricos es menguado.

La revisión de los conciertos, llevada a cabo entre 1981 y 1988 supuso la reubicación de 1.567 pacientes con un ahorro de 1.346.430.083 pesetas anuales (lo que significaría más de nueve mil millones en un período de siete años como el referido).

Para ordenar este tipo de acciones, la CAM puso en marcha un plan conjunto entre las, primero, Direcciones Generales y luego Consejerías de Salud y Bienestar o Integración Social que preveía un gasto en 4 años de 352.009.000 pesetas, cifra muy inferior a la ahorrada por el procedimiento citado en el párrafo precedente y que debía servir para «prevenir la hospitalización psiquiátrica y potenciar la salida de personas residentes en hospitales psiquiátricos mediante la creación o utilización de servicios sociocomunitarios». Como puede verse en el CUADRO 2, en 1987 de esta cantidad, ya exigua, sólo se habían gastado 57 millones.

A la vista de estos datos creemos que el *peligro de que el dinero ahorrado por la desinstitucionalización no se reinvierta en el cuidado comunitario*, como ha sucedido en otros países (2) y que fue previsto por la Ley 180 italiana, *es más que una posibilidad en nuestro medio.* Se trata de un problema de *falta de voluntad política que habrá de ser denunciado como necesidad prioritaria desde los servicios de salud mental.*

A este respecto la experiencia de dos años y medio de desarrollo de los programas de los SSM-HPL, arroja una serie de datos que

CUADRO II					
PRESUPUESTO DEL PROGRAMA DE SERVICIOS SOCIALES ALTERNATIVOS A LA INSTITUCIONALIZACION PSIQUIATRICA					
Concepto		1985	1986	1987	1988
Gastos de personal	P.	19.715.000	68.397.000	145.782.000	212.689.000
	R.	0	30.000.000	0	
Gastos de bienes corrientes y servicios	P.	6.750.000	34.140.000	52.117.000	69.948.000
	R.	0	0		
Gastos en inversiones	P.	23.535.000	27.463.000	52.041.000	44.363.000
	R.	0	27.000.000	0	
Transferencias corrientes		—	—	—	25.000.000

NOTA: P. Presupuesto en el plan cuatrienal
R. Gasto Autorizado.

creemos alceccionadores. En primer lugar durante este periodo, y como queda dicho, *no se ha producido ningún ingreso nuevo en las Unidades de Larga Estancia*. Ello, en las condiciones anteriormente señaladas, significa que, dado que los pacientes están siendo atendidos, los profesionales de estos servicios no han detectado necesidades de hospitalización psiquiátrica de larga estancia. Así la hipótesis, sustentada por otros autores (21) de que la llamada «nueva larga estancia» responde más a necesidades de los profesionales de los psiquiátricos que de la población a atender, concordaría con nuestros hallazgos.

Por otro lado desde el inicio del plan cuatrienal hasta junio de 1988 el número de pacientes de larga estancia ha disminuido de 255 a 143 a pesar de que sólo 12 (de 70) han sido acogidos por los servicios sociales destinados a ancianos, sólo 1 (de 51) por los destinados a deficientes mentales y sólo se ha dispuesto de 44 camas de residencia programada en régimen de cuidados mínimos de enfermería (40 en el propio edificio del manicomio) y 4 en el piso de transición) y sólo se dispone de 12 plazas de alojamiento protegido. Nuestra experiencia abunda, pues, también, en el sentido de señalar que *el principal obstáculo para el correcto manejo de los problemas de los pacientes crónicos con vínculos sociales deteriorados sea por la larga institucionalización o por la carencia en el pasado de intervenciones que hayan impedido la destrucción de los vínculos con el entorno, es la renuncia de los servicios sociales a hacerse cargo de la demanda que les es propia*.

Ello no ha sido óbice para que desde los SSM se hayan puesto en marcha sofisticados programas de rehabilitación (17) incorporando técnicas avanzadas y cuya aplicación a la población institucionalizada sólo ha encontrado límite en la falta de disponibilidad de recursos sociales de apoyo que se señalaba en el párrafo precedente. *Con el suficiente apoyo de los servicios sociales, el cierre del hospital psiquiátrico podría haber sido un proceso terminado actualmente*.

2. DIFICULTADES PRACTICAS EN EL PROCESO DE REFORMA

Los procesos de reforma puestos en marcha en la zona sur de Madrid y tímidamente esbozados en el resto de la CAM ha suscitado numerosos temores que, en ocasiones, se han convertido en verdaderos lastres u obstáculos. En nuestra exposición los dividiremos artificialmente en tres bloques.

2.1. Resistencias del personal

El anuncio del plan cuatrienal de los SSM-HPL supuso una oleada de temor entre los trabajadores —sostenida desde alguna de las fuerzas sindicales que se han dividido entre el apoyo a la reforma y su reticencia a la misma— por la posibilidad de que el cierre del manicomio hiciera peligrar sus puestos de trabajo. Desde la gerencia del Hospital se realizó un improbable esfuerzo en el sentido de

garantizar el volumen de empleo y negociar la futura plantilla orgánica. Aunque estos temores están hoy matizados por la realidad de que en la plantilla orgánica pactada para el desarrollo del plan, el volumen de empleo crece —aunque si bien por dificultades

administrativas hasta el momento lo ha hecho a base de empleo eventual (el 157,5 %)— en un 7 %, lo cierto es que por encima de la voluntad de la citada gerencia no existen disposiciones legales que garanticen fehacientemente la estabilidad del volumen de empleo. Ello no ha sido obstáculo para que, como decíamos, algunas de las fuerzas sindicales mayoritarias hayan apoyado el proceso de reforma. Pero esta falta sigue pendiendo como una espada de Damocles a merced de posibles cambios políticos o de personal en los responsables políticos de más alto nivel.

Otro capítulo es el representado por la reticencia de profesionales cualificados a abandonar modos de trabajo y de pensamiento conformados por la inercia hospitalaria, que ha llevado a espectáculos tan lamentables como el ofrecido recientemente por psiquiatras otrora promotores de los primeros intentos de reforma (4) (5). No se trata de un fenómeno aislado. También en la Coordinadora de médicos de hospitales se integraron viejos luchadores de la C-MIR. Hay que entender esto como una lógica resistencia al cambio. Pero es de notar que de los profesionales que, en la zona sur, trabajan desde hace años en el nuevo modelo, lo difícil es reclutar profesionales para atender los dispositivos hospitalarios. Por algo será.

2.2. Resistencia de la población

Uno de los capítulos informados desde otros intentos de reforma como dificultades de la misma, ha sido el de la reticencia de los pacientes y sus familiares a asumir en la comunidad sus problemas. Quizá porque en la zona sur se haya cuidado la garantía de que el manejo no institucional no supusiera la desatención, a través de la disponibilidad de una gama de prestaciones que incluye desde la inexistencia de lista de espera para la atención ambulatoria hasta la hospitalización domiciliaria, pasando por la atención urgente y unido a la vivencia de la hospitalización psiquiátrica como altamente estigmatizante en nuestra cultura, lo cierto es que este tipo de problema no se nos ha planteado.

En opinión pública, creemos que hay que atribuir al inicio de la reforma el recrudescimiento de procedimientos sensacionalistas de tratamiento de ciertos sucesos aislados ocurridos en otros puntos del país y el relanzamiento de la idea de la peligrosidad del paciente psiquiátrico. En general, en nuestro trabajo no hemos sufrido la

repercusión de este movimiento y si en algún caso excepcional ha habido alguna reticencia, por ejemplo al desarrollo de recursos de alojamiento en alguna comunidad, ha sido promovida por trabajadores del hospital —que son a la vez vecinos— y más en relación con el tipo de temores referidos en el apartado anterior que con lo aquí tratado. Valga como ilustración el ejemplo de que alguno de los usuarios desinstitucionalizados en piso protegido, ostenta el cargo de presidente de su comunidad.

2.3. Falta de decisión política

Es opinión de los autores que, si bien la Ley General de Sanidad, tras el lamentable proceso de negociación de la misma con diversos poderes fácticos a que fue sometida por el ministerio Lluch, no supone una garantía de la articulación de un razonable sistema público de salud, sí *abre la posibilidad* de desarrollarlo. Lo que hay que decir es que, en la CAM, si este desarrollo se ha dado en algún lugar en el sentido deseado ha sido por iniciativa de los profesionales —incluido algún técnico de los servicios centrales— y ante la suspicacia cuando no la reticencia de responsables políticos de más alto nivel.

El documento de la Comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica recolecta recomendaciones enteramente suscribibles, pero carece de entidad normativa.

El primer paso serio en este sentido viene dado por los convenios CAM - INSALUD - Ayuntamientos, incluido el siempre muy reticente de Madrid capital, que posibilita la integración funcional de las tres redes. Se trata de una iniciativa sumamente esperanzadora a la que la única objeción posible sería la de su inexplicable tardanza.

En el interludio, y con la excepción de la zona sur, redes claramente insuficientes —el INSALUD— han atendido malamente la mayor parte de la demanda, mientras otras— la de la CAM con la AISN incorporada— seleccionaban sus pacientes y alguna, como la —del Ayuntamiento de Madrid— con índices de facultativo por beneficiario de 1/100, seguían el camino trazado décadas antes por la AISN de desresponsabilización y organización de sus actividades al gusto de los profesionales.

Lo concerniente al impresentable seguimiento de los ya exiguos «recursos alternativos a la hospitalización» y al desentendimiento de sus responsabilidades por parte de los servicios sociales, ha sido ya referido antes en este trabajo.

Hay que añadir finalmente una referencia a la desastrosa política de personal que ha inflado las plantillas de eventuales, ha hecho coexistir sueldos sustancialmente diferentes y

ha logrado situaciones como la adscripción a la misma empresa de profesionales que realizan jornada continuada sin que les haya sido ofertada la posibilidad de cobrarla y profesionales que la cobran sin realizarla.

En un tan conciso capítulo de lamentos, no cabría ni la mera enumeración de los que podría suscitar un análisis detallado del delirante Plan Regional de Drogas al que, dadas las novedades con las que amenaza profundizar en el caos que generó, pensamos que es mejor dedicar un trabajo aparte.

3. CONCLUSIONES

A la vista de lo expuesto, creemos que puede sustentarse en nuestra experiencia una lectura de la situación de la atención a la salud mental de la CAM sustancialmente diferente a la que ha motivado recientemente polémicas en la prensa general (4, 5, 6). Así en primer lugar hay que decir que lo que se enfrenta en la comunidad profesional *no es una diferente valoración de los problemas, sino dos modelos de atención en base a los cuales articular las soluciones a los mismos*. En nuestra opinión el modelo que subyace en la nueva demanda de camas para solucionar colapsos producidos en los existentes por deficientes políticas asistenciales, es el de una alternativa, que hay que calificar de reaccionaria, y que supone una forma de abordaje de los trastornos mentales (la basada en la hospitalización) que es socialmente conservadora, técnicamente desfasada y virtualmente perpetuadora —por exclusión— de la escisión que separa la psiquiatría de pobres de la atención de élite proporcionada —en otro lugar y con otros planteamientos— por la medicina privada, así como de la marginación de los pacientes mentales. Una alternativa progresista supondría el mantenimiento —o en su caso el incremento— del gasto hoy efectuado en hospitalizaciones de breve y larga estancia innecesarias, para la articulación de alternativas dignas desde recursos que deberán ser en ocasiones de salud mental y en ocasiones de otro orden (servicios sociales). Como señalábamos, la administración no se ha caracterizado precisamente por el interés ni por la prontitud en su desarrollo. Por desgracia la oposición cuando esporádicamente se ha ocupado del tema, tampoco lo ha hecho en esta línea (ni siquiera a la hora de seguir los pasos a presupuestos ya aprobados).

En segundo lugar —y en la situación creada por las LGS que hemos caracterizado como de insuficiente para *garantizar*, pero capaz de *posibilitar* la reforma— el primer y fundamental paso hacia la articulación de unos servicios de atención a la salud mental digna de tal nombre

en la CAM es la integración de los recursos que operan en paralelo desde el INSALUD, la CAM y el Ayuntamiento de la capital, en una sola red. Lo que ha permitido los resultados comentados en la zona sur, no ha sido la mayor dotación de recursos (que son incluso más escasos) sino, precisamente, el que allí tal integración, que la falta de voluntad de los responsables políticos y de motivación de los profesionales han impedido en el resto de Madrid, se ha dado hace años.

Por fin creemos que los límites a la desinstitucionalización vienen marcados aquí y ahora sobre todo, por la falta de voluntad de los responsables de los servicios sociales de hacerse cargo de las responsabilidades que les son propias. Dicha carencia se ha traducido en la zona sur en una ralentización de estos procesos. El que en otros lugares esta dejación se haya traducido en desatenciones a ciudadanos no justifica en ningún modo la añoranza de la monstruosidad del manicomio como medio de ocultar sus problemas, sino, en su lugar, la reivindicación de recursos de otro tipo para solucionarlos.

Sobre estas bases creemos que una alternativa progresista a la atención a la salud mental de Madrid supone:

- 1.ª La exigencia de un desarrollo progresista de la Ley General de Sanidad y de la aplicación de las recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Por parte de los profesionales creemos más útil velar por este desarrollo, que hoy nos parece que nada garantiza, que lamentar sus posibles deficiencias. Por parte de la Administración creemos exigible el que los pasos en este sentido se plasmen en disposiciones legales claras y no en meros acuerdos o declaraciones de intención.
- 2.ª Una concreción de la voluntad desinstitucionalizadora que debe efectuarse también en base a disposiciones legales. Nos parece imprescindible el que se plasme también en disposiciones legales, la decisión de mantener o incrementar el gasto ahorrado por la desinstitucionalización, reinvirtiéndolo en recursos alternativos a la misma. El futuro de los manicomios debe ser establecido también en este tipo de disposiciones.
- 3.ª La inmediata integración funcional de los recursos de las diferentes redes a través de la aplicación del convenio recientemente firmado entre INSALUD, CAM y Ayuntamiento de Madrid.
- 4.ª Una política de personal coherente que impida la instrumentación de las

flagrantes injusticias que hoy existen por las fuerzas que se apoyan en la inercia del funcionamiento de los dispositivos más tradicionales.

Madrid, junio de 1988

BIBLIOGRAFIA

1. FERNANDEZ LIRIA, A; DELGADO, M; RICO, P. et al: «Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la salud mental» en ESPINOSA, J (coord.): **Cronicidad en Psiquiatría** AEN. Madrid, 1986.
2. DESVIAT, M; FERNANDEZ LIRIA, A; RODRIGUEZ DORADO, L.: «Consideraciones de un año de trabajo por programas en los SSM del distrito sanitario de Leganés» **Psiquiatría Pública**, 1, 1, 13-22. Mayo-agosto, 1987.
3. FERNANDEZ LIRIA, A; BUITRAGO, C; ARRIBAS, A; GONZALEZ JUAREZ, C; RICO, P.: «Estancia media y número de reingresos: evaluación de la eficacia de dos modelos de intervención en hospitalización breve» **Psiquiatría Pública** 1, 2, 66-73, septiembre-diciembre 1987.
4. HUELVES, E.: «Faltan 800 camas de agudos en centros psiquiátricos de Madrid» **El Independiente**, 9 de abril de 1988.
5. SAINZ CORTON, E. et al: «Psiquiatras insisten en sus críticas» **El Independiente**, 22 de abril de 1988.
6. ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL: «Informe de la Asociación Madrileña de Salud Mental sobre la atención en salud mental en la Comunidad Autónoma de Madrid» **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría** 8, 24, 101-111, enero-marzo 1988.
7. WING, L; BRAMLEY, C; HAILEY, A; WING, JK.: «Camberwell Cumulative Psychiatric Case Register. Part I: aims and methods» **Social Psychiatry** 3, 3, 116-123, marzo 1968.
8. HAILEY, A; WING, L; WING, J. K.: «Camberwell Psychiatric Case Register. Part II: basic data required for planning» **Social Psychiatry** 5, 4, 195-202.
9. WING, JK.: «Epidemiological research using care registers» en Ten Horn, GHMM; GIEL, R; GULBINAT, WH; HENDERSON, JH: **Psychiatric care registers in public health. A worldwide inventory 1960-1985**. Elsevier, Amsterdam 1986.
10. GIEL, R.: «The use of a case register in administrative and operational research: introduction» en Ten Horn, GHMM; GIEL, R; GULBINAT, WH; HENDERSON, JH: **Psychiatric care registers in public health. A worldwide inventory. 1960-1985**. Elsevier, Amsterdam 1986.
11. DE VRIES, HM; HAMERS, H; STURMANS, F.: «Use of psychiatric care register in making epidemiological research more cost-efficient» en Ten Horn, GHMM; GIEL, R; GULBINAT, WH; HENDERSON, JH: **Psychiatric care registers in public health. A Worldwide inventory 1960-1985**. Elsevier, Amsterdam 1986.
12. KRAMER, M.: «Use of psychiatric case registers in planning health for all in the year 2000» en Ten Horn, GHMM; GIEL, R; GULBINAT, WH; HENDERSON, JH: **Psychiatric care registers in public health. A worldwide inventory 1960-1985**. Elsevier, Amsterdam 1986.
13. GOLDBERG, D; HUXLEY, P.: **Mental illness in the Community**. Tavistock Publications, London, 1980.
14. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: **Mental health Services in pilot study areas. Report of an European Study** World Health Organization, Copenhagen, 1987.
15. TANSELLA, M; DE SALVIA, D.: «Care registers in comprehensive community psychiatric service areas in Italy» en Ten Horn, GHMM; GIEL, R; GULBINAT, WH; HENDERSON, JH: **Psychiatric care registers in public health. A Worldwide inventory 1960-1985**, Elsevier, Amsterdam, 1986.
16. JENNINGS, C.: «Results of the comparative study of the United Kingdom registers» en Ten Horn, GHMM; GIEL, R, GULBINAT, WH: **Psychiatric care registers in public health. A Worldwide inventory 1960-1985**. Elsevier, Amsterdam 1986.
17. Memoria de los Servicios de Salud Mental - Hospital Psiquiátrico de Leganés 1987 (en prensa).
18. FREEMAN, HL; FRYERS, T; HENDERSON, JH: **Mental Health Services in Europe: 10 years on**. OMS, Copenhagen 1985.
19. ESPINOSA, J (coord.): **Cronicidad en Psiquiatría** A.E.N. Madrid 1986.
20. TALBOTT, J.: «The fate of the Public psychiatric system» **Hosp. Community Psychiatry**, 36, 1, 46-50, January 1985.
21. REED, J.: «The elements of an ideal service: The clinical view» en REED, J; LOMAS, G.: **Psychiatric services in the community. Developments and innovations** Croom Helm. London 1984.