



Monografías Salud Mental

URGENCIAS PSIQUIATRICAS

**Fernando Cañas de Paz
(Coordinador)**

COMUNIDAD DE
M DRID

Servicio de Salud Mental. S.R.S.
CONSEJERIA DE SALUD

INT

LIS

• Ca

• Ca
get

• Ca

• Ca

• Ca
tri

• Ca
me.

• Ca

Depósito Legal: M-9464-1995
ISBN: 84-451-0989-8
IMPRESA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN LA RED
DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

Alberto Fernández Liria

INTRODUCCIÓN: LA REFORMA EN MADRID

La red de atención a la salud mental de la Comunidad Autónoma de Madrid se estructura según el modelo propugnado por la Ley General de Sanidad y la recomendaciones contenidas en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que se define como parte de las prestaciones del sistema general de atención a la salud en el cual se integra a nivel de atención especializada, esto es, como apoyo y en segunda línea respecto a la Atención Primaria de Salud. Esta red emerge como algo nuevo, que resulta de un proceso de reforma, resituando, redefiniendo o transformando los recursos existentes antes del inicio de la misma, y creando el entramado necesario para dar sentido a la creación de otros enteramente nuevos.

Al inicio del proceso de reforma coexistían en Madrid 4 redes de atención a la salud mental que actuaban en paralelo, a menudo ofreciendo al mismo usuario el mismo tipo de atención y dejando sin cobertura una gran parte de las necesidades, que ninguna de ellas se consideraba responsable de cubrir. De ese modo existían:

1. Una red del INSALUD, que era la institución con responsabilidad en la atención sanitaria general de la población pero cuyos recursos se reducían a unas masificadísimas consultas de neuropsiquiatría, varios servicios de interconsulta hospitalaria y dos unidades de hospitalización (una de ellas en principio perteneciente al Hospital Clínico de San Carlos y dependiente por tanto del Ministerio de Educación) con muy escasa relación con la actividad extrahospitalaria, sin responsabilidad bien definida sobre una población circunscrita y con una actividad más conformada por las apetencias de los profesionales que las componían que por las necesidades de la población de la Comunidad de Madrid.

En los años 80 se pusieron en marcha las llamadas Unidades de Salud Mental, compuestas por un psiquiatra, un psicólogo y un enfermero, que se concibieron inicialmente como un apoyo a la atención primaria y cuya definición como recurso de atención primaria o especializada ha sido confuso hasta hoy mismo.

2. Una red heredada por la Comunidad de Madrid de la antigua Diputación, integrada por un Hospital Psiquiátrico, de hecho constituía el recurso público de atención psiquiátrica de referencia para los trastornos psiquiátricos graves y un servicio con mas de 100 camas en el Hospital Provincial con características muy semejantes al anterior, en el que, en los años 70, se habían iniciado algunos movimientos de reforma. Desde esta institución se pusieron en marcha a principios de los años 80 los primeros servicios de salud mental comunitario a través de equipos interprofesionales que pasaron a trabajar en paralelo a los neuropsiquiatras, desvinculados del aparato sanitario general y sin responsabilidad bien delimitada sobre la población.
3. La red de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (la beneficencia estatal) constituida por un hospital psiquiátrico ubicado en Leganés pero de ámbito nacional (en el que también había habido movimientos de reforma que se tradujeron entre otras cosas en la puesta en marcha con su plantilla de varios Centros de Salud Mental Comunitaria) y una red de Centros de salud Mental, Dispensarios Antialcoólicos y otros recursos con muy escasa dotación, sin responsabilidad asistencial definida y muy parca actividad. Esta red fue trasferida a la Comunidad de Madrid en el año 1986.
4. Los primeros ayuntamientos democráticos intentaron suplir, creando recursos propios, algunas deficiencias del aparato sanitario general como la planificación familiar o la atención a la salud mental. Los recursos de los ayuntamientos del área metropolitana se transfirieron a la Comunidad de Madrid en 1991. Los del Ayuntamiento de Madrid han oscilado sucesivamente (o por zonas) entre los intentos de integración funcional en la red general o la aplicación a menesteres no asistenciales.

El paso clave para la constitución de la red lo constituye la firma, en 1988, de un Acuerdo Marco por el que se crea un Comité de Enlace in-

tegrado por la Comunidad de Madrid, el INSALUD y el Ayuntamiento de Madrid que permite integrar funcionalmente los recursos de las tres administraciones en una red única, que se concibe como nivel de referencia obligada para la Atención Primaria de Salud dispensada desde el INSALUD (que por esas fechas pasa a proporcionar una cobertura prácticamente universal a la población).

La unidad de integración establecida por estos acuerdos es, como para el resto de la sanidad, el área sanitaria. Madrid está dividido en 11 áreas sanitarias que, a efectos de la atención a la salud mental, se subdividen a su vez en distritos (34 en total). La integración de los recursos de las diversas administraciones se garantiza a nivel de área por los Comités de Enlace de Área en los que participan representantes de la Comunidad, del INSALUD (los gerentes de atención primaria y de especializada) y de los ayuntamientos, que delegan en un Coordinador de Salud Mental la responsabilidad de organizar los servicios y velar por el desarrollo de los objetivos allí fijados. La organización de la atención y otras actividades se lleva a cabo en cada área a través de las comisiones de Asistencia, Rehabilitación y Docencia.

Esta integración se llevó a cabo de un modo desigual en el territorio de la Comunidad de Madrid, de tal forma que, hoy, es completa -los profesionales se integran en términos de igualdad y los usuarios no pueden percibir que administración paga al profesional que les atiende - en las 5 áreas del cinturón industrial, aunque sólo se ha llevado a cabo en alguno de los distritos del centro. En otras zonas existe asignación desigual de cargas. La existencia de redes paralelas es, hoy, excepcional, aunque aún persiste en algunos distritos del municipio de Madrid.

Algo semejante ha ocurrido con la transformación de los hospitales psiquiátricos y la redefinición de las unidades de hospitalización de los hospitales generales. El Hospital de Leganés se ha transformado en una red de servicios. El Hospital Psiquiátrico de Madrid ha reducido el número de camas y está en proceso de unificación con un antiguo antituberculoso reconvertido en hospital general. La integración de las antiguas unidades de hospital general con la red comunitaria ha sido desigual. Cuatro de los hospitales generales de área continúan sin disponer de unidades de hospitalización y dos más (de los de nueva creación) no tienen el suficiente número de camas para atender a toda su población de referencia por lo que alguno de sus distritos debe ingresar en otro centro.

Se han creado recursos antes inexistentes que se relacionan en la descripción general de la red.

LA RED DE ATENCIÓN: ESTRUCTURA

Los primeros intentos de reforma ensayados en el mundo anglosajón, basados en una idea ingenua sobre los efectos deletéreos del manicomio y la posibilidad de ejercer una acción preventiva sobre la salud mental de la población reduciendo la incidencia de los trastornos mentales, se proponían la sustitución de una estructura cuya inutilidad terapéutica estaba suficientemente probada (el manicomio), por otra en la que se consideraba suficiente la existencia de una estructura compuesta por servicios de hospitalización en los hospitales generales y centros de salud mental comunitaria (figura 1). Este intento encontró sus límites en el afloramiento de toda una amplia gama de problemas de salud mental, antes desatendidos, que colapsaron los Centros de Salud Mental y en la dificultad de los pacientes graves, desinstitucionalizados de manicomios o de nueva incorporación, que resultaron inesperadamente difíciles de atender en la nueva estructura y proporcionaron buena base de crítica a los detractores de la reforma.

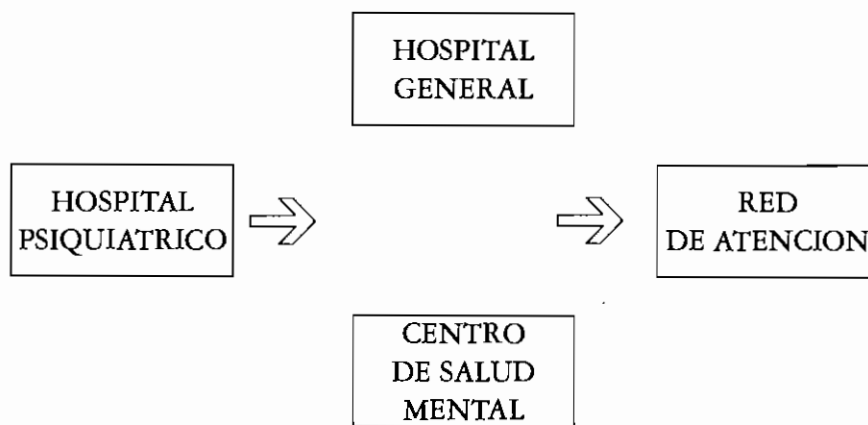


Figura 1. Tres estadios de la reforma psiquiátrica

Frente a esta situación se han desarrollado en distintos países redes complejas de atención integradas por una diversidad de dispositivos cuya naturaleza oscila entre los mas estrictamente sanitarios y los mas próximos a la acción social, que actúan de modo sinérgico sobre una

población geográficamente delimitada tratando de responder a las necesidades de la comunidad y, de modo individualizado, a las de cada una de las personas con problemas de salud mental. La figura 2 esquematiza la red vigente en una de las áreas sanitarias de Madrid (la 9, correspondiente al Instituto Psiquiátrico José Germain, resultante de la transformación del antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés).

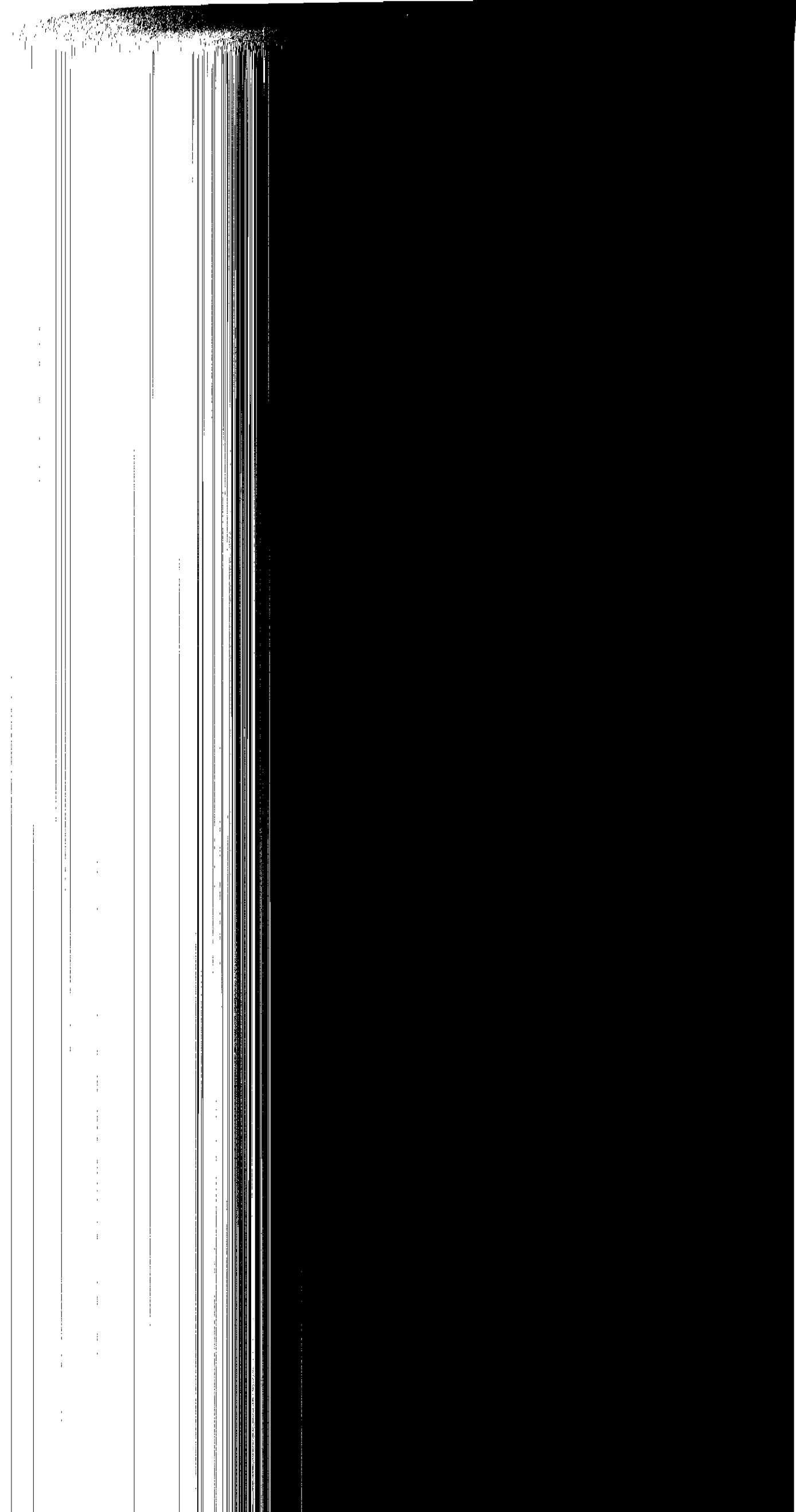
El polo sanitario de la red (puerta de entrada a la misma) incluye como elemento articulador los **Servicios de Salud Mental** de cada distrito sanitario. Estos servicios actúan en segunda línea respecto a los equipos de atención primaria de las zonas básicas que integran el distrito. En ellos se desarrollan una serie de programas que se recogen en el cuadro 1. Estos programas se llevan a cabo de un modo específico para cada uno de los grupos de riesgo que constituyen los **programas longitudinales** y que se especifican en el cuadro 2. Todo usuario de la red tiene asignado un facultativo responsable en los servicios de salud mental de su distrito.

Cuadro 1. Programas transversales desarrollados en los servicios de salud mental de distrito

Evaluación de problemas de salud mental
Atención ambulatoria
Atención domiciliaria
Rehabilitación
Atención urgente (en horario de apertura)
Coordinación y apoyo a la atención primaria
Coordinación y apoyo a servicios sociales

Cuadro 2. Programas longitudinales desarrollados en los servicios de salud mental de distrito

Infanto-juvenil
Adultos
Gerontopsiquiatría
Atención a los problemas relacionados con el uso del alcohol
Atención a pacientes graves y crónicos





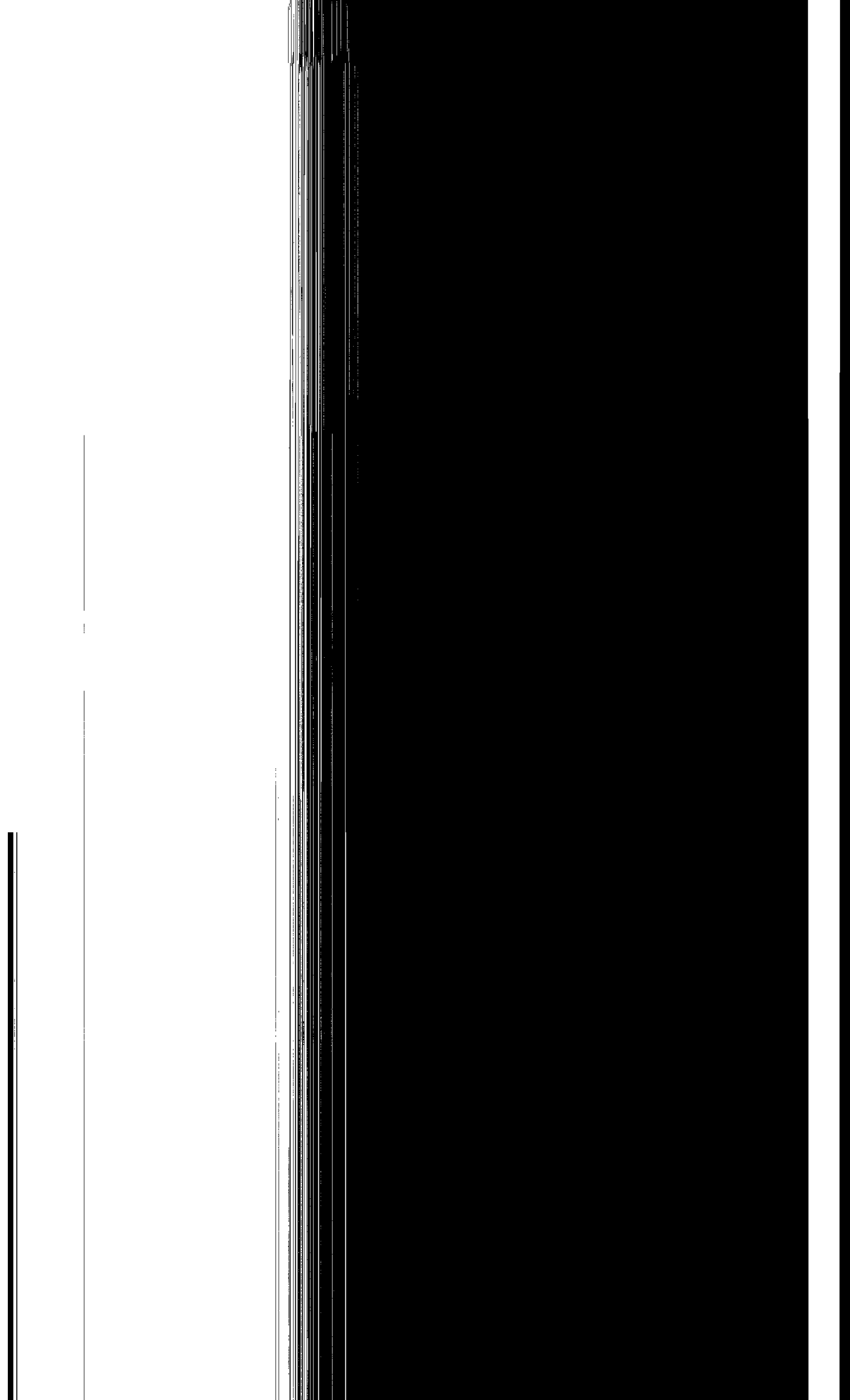
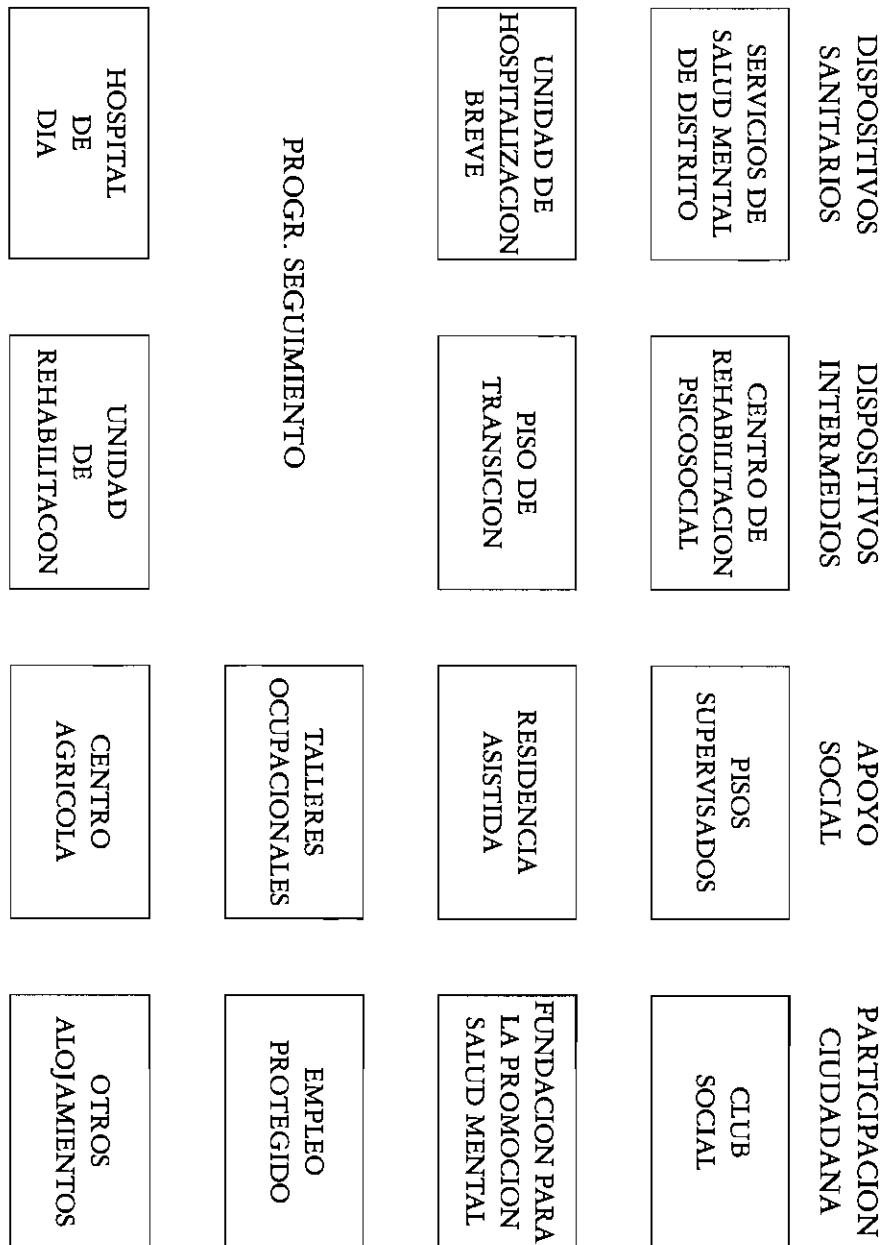


Figura 2. La red de atención a la salud mental de los servicios de salud mental del área 10 de Madrid (Instituto Psiquiátrico José Germain)



En este mismo polo *sanitario* se sitúan las unidades de hospitalización (que suelen llevar aparejadas los servicios de atención especializada urgente 24 horas al día y 7 días a la semana) y, en algún caso excepcional por ser un recurso no considerado prioritario, los hospitales de día, concebidos como unidades de tratamiento biopsicosocial intensivo alternativas a la hospitalización.

El capítulo de recursos clásicamente considerados *intermedios* incluye los centros de rehabilitación psicosocial (hoy existe un centro de referencia para cada área sanitaria) con la misión de desarrollar planes individualizados de rehabilitación para pacientes graves y crónicos que requieren intervenciones excesivamente sofisticadas para ser llevadas a cabo desde los programas de rehabilitación de distrito, diversas (y escasas) alternativas residenciales de transición o entrenamiento y unidades de rehabilitación concebidas como de residencia programada para personas incluidas en programas de rehabilitación.

La columna referente a los recursos de apoyo social se compone de una serie de pisos protegidos, dos residencias asistidas y algunos recursos ocupacionales.

El cuadro se complementa con una columna de *participación ciudadana* en la que se relacionan alternativas desarrolladas con la participación de familiares, usuarios o entidades sin ánimo de lucro e incluyen conceptos tan variados como clubs sociales, fundaciones de apoyo, trabajo protegido o alternativas de alojamiento.

Esta diversificación de las prestaciones en la extensión de la red ha creado, allí donde se ha producido, dos tipos de problemas. Por un lado no es fácil conseguir poner de acuerdo a la cantidad de profesionales que actúan, desde distintos lugares, sobre un mismo caso, para que lo hagan sinérgicamente y se corre el riesgo de que la acción de unos entorpezca, sea incoherente o simplemente se duplique con la de otros. Por otro, una red tan compleja no es fácil de usar y en ella no es difícil perderse. Para hacer frente a estos dos riesgos se ha desarrollado una suerte de versión española de los programas anglosajones de *case management*, llamados en Madrid programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos (o, abreviadamente programas de seguimiento) que están representados en la figura 2 por el área sombreada. Estos programas suponen la asignación a los casos que lo precisan de un tutor que *guía* su paso por los diversos *nudos* de la red y coordina la actuación

de los profesionales de cada uno de ellos a través de la puesta en marcha de un *plan individualizado* que establece pormenorizadamente la contribución de cada uno.

LA RED DE ATENCIÓN: FUNCIÓN

Según se desprende de la información proporcionada por los registros acumulativos de casos de las cinco áreas en las que estos incluyen la totalidad de las actuaciones prestadas desde el sector público, aproximadamente un 2% de la población se pone anualmente en contacto con los servicios de salud mental de su distrito (la mitad de ellos por primera vez). Esta cifra es semejante a la informada por países de nuestro entorno que comparten con nuestro modelo la característica de concebir la atención a la salud mental como de segunda línea respecto a la atención primaria (Inglaterra, Holanda, Alemania).

Estas personas presentan en una tercera parte problemas depresivos, en otro tercio otros problemas neuróticos o de adaptación y el tercio restante se distribuye aproximadamente por igual entre trastornos psicóticos funcionales y el resto de la patología psiquiátrica.

Aunque las prestaciones ofertadas varían notablemente de un distrito a otro, en términos generales una cuarta parte de la población adulta atendida recibe sólo atención farmacológica, otra cuarta parte intervenciones psicosociales y la mitad restante una combinación de ambas. En la población infanto-juvenil las intervenciones que conllevan el uso de fármacos son excepcionales.

Si el uso de los servicios de distrito sigue en nuestro país unas pautas semejantes a las de el resto de los europeos no puede decirse lo mismo respecto a los de hospitalización. De hecho el modelo de Madrid funciona hasta la fecha con una tasa de ingresos que está, por ejemplo, 10 veces por debajo de la inglesa. Si esto tiene que ver con la eficacia de los servicios comunitarios en contener las crisis, con una tradición de pésimo cuidado hospitalario que hace esta prestación poco deseable para el usuario y su familia o con la existencia de necesidades no cubiertas, es cosa que, hoy, sólo puede responderse con hipótesis. Pero es llamativo que con ese número de cama el índice de ocupación en algunas áreas sanitarias haya estado con frecuencia por debajo del 70%.

El resto de los dispositivos de la red tienen como característica el dedicarse a un grupo muy pequeño de la población (el de los pacientes graves y crónicos). Tal situación se justifica no sólo por el principio general de que es preciso atender primero a los más necesitados, sino porque la experiencia habida en otros países que nos precedieron en el camino de la reforma demuestra que el descuido de este grupo puede convertirlo en una auténtica carga de profundidad capaz de hacer estallar el sistema entero no sólo a través de la deslegitimación que obviamente producen, sino también de la distorsión que el mal uso de los servicios a que su inatención les empuja, puede producir.

ATENCIÓN URGENTE EN LA RED DE SERVICIOS

La primera nota distintiva del modelo de atención a la salud mental puesto en marcha en Madrid es que ésta es *parte de la atención a la salud en general*. Sería incoherente pensar que con la atención urgente ha de suceder algo distinto y por tanto la atención especializada a la urgencia debe ser considerada en primer lugar como **apoyo a la atención urgente en general**. La atención primaria ofrece desde los equipos de los centros de salud y desde el servicio especial de urgencias, una atención urgente, que incluye la atención domiciliaria urgente, y que debe ser contemplada desde los servicios de salud mental como parte de los programas de coordinación y apoyo con atención primaria.

Los Servicios de Salud Mental de Distrito ofertan atención especializada urgente durante las horas que están abiertos al público, para personas que han sido remitidas con ese carácter desde atención primaria o especializada (incluidos otros recursos de salud mental) o que están ya en contacto con los servicios de salud mental. Aunque la atención domiciliaria es uno de los programas básicos de los Servicios de Salud Mental de Distrito, ésta, por regla general, no se presta con carácter urgente. Una excepción a esa regla la constituyen los pacientes incluidos en programas de seguimiento cuyo plan individualizado incluye como opción la atención en crisis.

Las urgencias producidas por el abuso de sustancias tóxicas en general, son atendidas por los servicios de urgencia general. Estos remiten a continuación las debidas al abuso de alcohol a los Servicios de Salud

Alberto Fernández Liria

Mental de Distrito y los debidos al uso de otras sustancias a la red que, para la atención de estos trastornos, mantiene el **Plan Regional de Drogas** al margen del aparato sanitario general.