
Atención sociosanitaria y atención mental

Isauro Gómez Tato

Psiquiatra. Servicio Galego de Saúde (SERGAS)

Concepto del término sociosanitario/a

Si iniciamos una búsqueda en internet de la palabra sociosanitaria/o, lo más seguro es que encontremos muchas más entradas de las que realmente podamos leer. En ellas podemos encontrar desde definiciones legislativas (la Ley de Cohesión y Calidad de 2003 es quizás la más importante y la más reciente de alcance nacional) hasta el anuncio de *software* con el marketing “de interés sociosanitario”. Y la verdad es que cuando una palabra, o dos, según se quiera escribir, separadas o no por un guión, se pone de moda, muchas personas o entidades se suman al carro de la “oferta de servicios sociosanitarios o gestión de lo sociosanitario”, cuando no de la docencia relacionada con la salud y/o social, que hoy es toda de interés sociosanitaria, con el fin de dar un mayor énfasis al evento o un estilo de modernidad a sus planes. Y no es que esto esté mal, sino que cuando

algo se usa para demasiadas cosas acaba perdiendo la verdadera utilidad para la que fue creado y desvirtúa el buen quehacer de los verdaderos profesionales, y si no, pensemos si hay verdaderamente muchos políticos o personas que se dedican a la política. Pero lo cierto es que cuanto más tiempo lleva uno en esto de lo “sociosanitario” que ya son 10 años en la gestión, 19 si añadimos la asistencia al enfermo mental, observa como denominador común de lo sociosanitario, todas las actuaciones que se realizan en sujetos pasivos en los que la medicina no ha resuelto sus expectativas de cura, al menos a corto plazo, por lo que se le añade la etiqueta de “caso o problema sociosanitario” y de ahí el cajón de sastre, o de desastre, y digo esto porque la inmensidad de la palabra asusta tanto que ningún gestor público se atreve a afrontarlo, quedando año tras año en el olvido, día tras día en el comentario publicitario y programa de actuación prioritaria.

Pero más allá de la certeza o no de la etiqueta “sociosanitaria”, no discuto que la mayoría lo sean; creo que es necesario establecer un orden en este amplio campo o espacio, virtual o no, ya que la no acotación del mismo, en especial la prestación sanitaria, corre el riesgo de perderse en la inmensidad de lo social, y por tanto que se equipare sociosanitario a dependencia, y viceversa, cuando ambos términos son diferentes en su significado y al mismo tiempo complementarios, y con ello que la prestación sea graciable esté servida, cuando al menos una parte no lo es, la sanitaria, ya que éste es un derecho del ciudadano.

Partiendo de que una palabra define la acción que desarrolla y puesto que la Real Academia Española aún no ha admitido la palabra sociosanitario/a en su diccionario, deberíamos utilizar las raíces de la misma para tratar de explicar lo que realmente es la prestación sociosanitaria, entendiendo como tal aquella que debería prestarse u otorgarse para atender situaciones de necesidad social relacionadas con la sanidad. Ya que, “prestación social” f. (definición de la RAE): ‘Es la que la seguridad social u otras entidades otorgan en favor de sus beneficiarios, en dinero o en especie, para atender situaciones de necesidad’ y “sanitaria” adj. ‘Pertenciente o relativo a la sanidad’. El

significado literal de la acción implicaría que una persona que recibe una pensión y que acude al médico por un catarro englobaría el ámbito de lo sociosanitario; claro que a nadie se le puede ocurrir esto, por mucho envejecimiento que tengamos.

La prestación sociosanitaria es tan amplia y variada como todos y cada uno de nosotros queramos, pero aquí si se cumple lo tan parafraseado: “no son todos los que están, ni están todos los que son”, y tanto es así que fue necesario acotar el término legislativamente como “conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características puedan beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social” (Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Artículo 14. Junio de 2003).

Por lo tanto, estar enfermo y generalmente crónico, y necesitar una actuación simultánea sanitaria y social, son las condiciones que tiene que tener una persona para poder recibir una atención sociosanitaria, que además debe estar dirigida a aumentar su autonomía y paliar sus limitaciones –por lo tanto es dependiente– o sufrimientos –paliativos frente

al dolor físico o psíquico— y facilitar su reinserción social. Crónico, autonomía, sufrimiento y reinserción social son el “abcd” que suele caracterizar al enfermo mental y su tratamiento.

Enfermo mental y atención sociosanitaria

Desde los tiempos de Philippe Pinel (1745-1826), considerado el padre de la psiquiatría francesa, pragmático antes que nada, que ejerció una influencia considerable sobre la organización del tratamiento de los “alienados” (así se referían al enfermo mental aunque hoy todavía se conserva este adjetivo como equivalente a loco, demente, en el diccionario de la RAE, muy a pesar nuestro), la asistencia al enfermo mental llevó siempre el factor social añadido. Pinel se interesó sobre todo en la reglamentación de la institución hospitalaria psiquiátrica a la que se llamaría “asilo” y demostró la importancia de las relaciones con el ambiente familiar, el medio y los otros enfermos, en el desencadenamiento, la persistencia o el agravamiento de la enfermedad mental, ¿fue Pinel el primer ideólogo de la atención sociosanitaria?

Sin embargo a pesar de estas ideas avanzadas en cuanto al tratamiento y reinserción social del alienado, no fue

hasta 1951, escasos 6 años después de finalizada la Segunda Guerra Mundial, en que por casualidad se descubrió una nueva fórmula química, la clorpromacina, que inicialmente se utilizó como antihistamínico en la prolongación del efecto de la anestesia y que además de este efecto esperado producía en los pacientes al despertar cierto “desinterés”, efecto que se decidió explorar en los pacientes psiquiátricos.

Tras su ensayo durante los primeros meses de 1952 sobre un paciente maniaco del hospital militar parisino de Val-de-Grâce, en marzo de ese mismo año los psiquiatras J. Delay y P. Deniker comienzan a utilizarla ampliamente en sus pacientes del hospital Sante Anne, descubriendo que la molécula era mucho menos peligrosa y más eficaz que las terapias físicas utilizadas hasta entonces (electroshock, curas de insulina, etc.). En 1953 el ambiente de las salas psiquiátricas cambia completamente, y de una manera tan inesperada que los pacientes podían ser dados de alta tras pocos meses de internamiento, consiguiéndose así un progresivo vaciamiento de los hospitales psiquiátricos, que se hará masivo en la década siguiente. Sin embargo, este efecto de vaciamiento de los hospitales nunca se acompañó de una alternativa al cuidado y la atención de la enfermedad

mental, aumentando el porcentaje de enfermos mentales en las prisiones (llegó a ser 25 % en los EE.UU.) y en los servicios sociales en los años siguientes, cuando no en la típica imagen neoyorkina, y de alguna de nuestras grandes ciudades, del *homeless* o los “sin techo”, situaciones que provocaron un programa especial liderado por el psiquiatra español Rojas Marcos, y que aquí se ha implantado en la ciudad de Madrid recientemente.

Pero volvamos de nuevo a la definición literal de atención sociosanitaria. Hemos visto que la primera condición es ser enfermo. El devenir de los años en la psiquiatría y la evolución de las distintas clasificaciones, cuando aun todavía no conocemos bien el DSM-IV, ya se habla del DSM-V, y de la CIE 10, más aún, cuando a veces se discute de tal o cual causa de la enfermedad mental, se sustituye el término “enfermedad” por el de “trastorno”, sustitución cuyo alcance se intuye si recurrimos al término inglés que se ha traducido por trastorno, *disorder*, aunque literalmente y legítimamente sería “desorden”. Y es esta acepción de trastorno la que el capítulo IV del *Libro Blanco sobre la “Atención a las personas en situación de dependencia en España”*, presentada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, admite e incluye en su enunciado de la manera siguiente. *Capi-*

tulo IV. 3. Problemática específica de las personas con trastorno mental grave y de los menores de 6 años con limitaciones graves. Y transcribo literalmente el primer párrafo: “En este apartado se aborda la situación de dos colectivos, enfermos mentales graves y menores con graves problemas de desarrollo, que, si bien presentan una problemática similar a la de las personas con dependencia, por sus características especiales nos demandan soluciones en parte diferenciadas. La justificación de tratar de manera especial la situación de estos dos colectivos es obvia. Por lo que respecta a las personas con trastornos mentales graves, conviene enfatizar que, tras la reforma legislativa de 1986 que dio lugar a la desinstitutionalización, pese a los esfuerzos que se vienen haciendo falta un modelo de atención sociosanitaria, y faltan recursos, gravitando en consecuencia sobre las familias el peso de la atención a estas personas. De ahí las grandes expectativas que este colectivo, y de modo especial sus familias cuidadoras, tiene depositadas en el establecimiento en el Estado español de un sistema de atención a la dependencia con los recursos pertinentes”.

El *Libro Blanco* tiene 288.344 palabras, y 26 veces aparece la palabra problemática en el texto, 5 de ellas haciendo referencia a la “problemática específica de los

trastornos mentales”. No puedo dejar de resaltar la tan poco afortunada expresión de este término para referirse a la situación que padece el enfermo mental, así como la unificación en un mismo punto de las personas con trastorno mental grave y los menores de 6 años con limitaciones graves, o la expresión “gravitación” del enfermo en la familia, y para finalizar, el aserto “falta un modelo de atención sociosanitaria”. No es mi intención entrar en la polémica sobre el contenido del *Libro*; habrá tiempo para ello, pero sí quiero llamar la atención de la estigma que puede suponer, y no sólo para los enfermos mentales, sino para los menores de 6 años con limitaciones, que sean considerados como “problemáticos”. Desde aquí solicito que sea subsanado este error, al menos en cuanto al título del apartado, y lo que se define como problemática específica sea tratado con respeto, no alienando al enfermo para volver a la época de Pinel. ¿Qué cuesta decir: “La atención a las personas con trastorno mental grave” y “la atención a las personas menores de 6 años con grandes limitaciones físicas y psíquicas” como dos puntos separados y distintos ya que la “problemática” no es la misma?

Sin embargo, creo que es un acierto en el contexto de la atención sociosanitaria

recoger la definición del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. en 1987 (NIMH, 1987) de los trastornos mentales graves y persistentes en la que se recogen tres dimensiones:

1. Diagnóstico: se incluyen los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.

2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: el tiempo ha de ser superior a dos años.

3. Presencia de discapacidad: disfunción moderada o grave del funcionamiento global, medido a través del GAF (*Global Assessment of Functioning*, APA, 1987), que indica una afectación moderada a grave del funcionamiento laboral, social y familiar. Aunque puedo mantener una ligera discrepancia sobre qué diagnósticos pueden o no ser excluidos, ya que más allá de las corrientes ideológicas de la psiquiatría y de la psicología y de los modelos de afrontar la enfermedad, un trastorno mental tiene una base orgánica.

Un último apunte en referencia a la CIE 10 y la enfermedad mental crónica. La versión inglesa de la clasificación utiliza la palabra *persistent*, cuya traducción castellana podría ser “crónico”. Sin embargo, se ha preferido siempre que sea posible utilizar “persistente” por el ma-

tiz negativo de la cronicidad (“enfermos crónicos”), y también por soslayar la tendencia, o amenaza, que existe en muchos países de excluir la patología crónica y residual del ámbito de la sanidad, debido a la competencia de los diferentes ministerios, para pasarlos a las prestaciones sociales, tal como ha sucedido en alguna de nuestras CCAA con la esquizofrenia crónica, el retraso mental, las demencias o el propio sida. Con independencia del lugar donde reciban asistencia y de la entidad responsable de la misma, es cierto que la psiquiatría, y otras especialidades médicas o sanitarias, no pueden cerrar los ojos a estas patologías persistentes. Y digo esto porque lo correcto es que en la atención sociosanitaria a este colectivo de personas se debería de utilizar “trastorno mental persistente” en adaptación a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Pero volviendo a la definición de la atención sociosanitaria, y una vez que tenemos claro la parte sanitaria del enfermo mental, nos queda la parte social. El Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (Seepros), de la Agencia Eurostat, considera la protección social como todas las intervenciones de los diferentes organismos destinadas a aligerar las *cargas que representan, para los hogares e individuos*, una serie establecida de ries-

gos o necesidades. La protección social incluye por tanto todas las intervenciones públicas como las llevadas adelante por mutualidades de previsión social y excluye las transferencias directas entre hogares o individuos y los seguros privados. La protección social así entendida comprende las funciones de: enfermedad, invalidez, supervivencia, familia/ hijos, paro, vivienda, exclusión social y vejez.

En el libro *Atención comunitaria de la enfermedad mental sobre las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1)*, se refleja claramente todas y cada una de estas necesidades de protección social. Según este estudio, estas personas viven, en su mayoría, con su familia, en viviendas con un equipamiento similar al resto de la población general de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Sin embargo, una proporción importante de ellas viven sin relación familiar en alojamientos como pensiones, pisos, etc. Además presentan generalmente peores condiciones de vida que la población general: tienen tanto un bajo nivel de estudios, como de ingresos personales y ocupación laboral, peor salud y relaciones sociales cualitativamente deficientes relacionándose principalmente con gente de su condición. Esta es la parte social de la enfermedad mental.

La importancia del trastorno mental persistente en el mundo sanitario y social

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Más del 90% de los países carece de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes. Es frecuente, además, que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, hecho que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias.

La repercusión de los trastornos mentales en las comunidades es importante y diversa. Comprende el coste de la asistencia sanitaria, la pérdida de productividad y algunos problemas legales (incluida la violencia) asociados a determinados trastornos mentales, aunque los actos violentos son causados con mucha

mayor frecuencia por personas “normales” que por enfermos mentales. Una de las cargas soportadas es la carga de morbilidad. Se ha medido tradicionalmente –en estadísticas de salud nacionales e internacionales– sólo en términos de incidencia/prevalencia y de mortalidad. Estos índices son adecuados para las enfermedades agudas que bien resultan mortales, o bien evolucionan hacia la recuperación completa. Su aplicación a enfermedades crónicas y que generan discapacidad adolece, sin embargo, de importantes limitaciones, especialmente en el caso de los trastornos mentales y conductuales, que acarrearán más a menudo una discapacidad que la muerte prematura del paciente. En las estimaciones originales, desarrolladas para el año 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. Esta cifra demostró por vez primera la importancia de la carga debida a estos trastornos. La estimación para el año 2000 es del 12,3% para los AVAD. Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades figuran tres trastornos neuropsiquiátricos, que se convierten en 6 si se considera el grupo de edad de 15 a 44 años. En el cálculo de los AVAD, estimaciones recientes, procedentes de Australia y basadas en métodos minucio-

tos y datos de distintas fuentes, han confirmado que los trastornos mentales son la principal causa de carga de discapacidad. El análisis de las tendencias deja claro que esta carga aumentará rápidamente en el futuro. Según las previsiones, ascenderá al 15 % en el año 2020. Considerando únicamente el componente de discapacidad de la carga, las estimaciones del GBD 2000 muestran que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30,8 % de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (APD). En concreto, la depresión causa la mayor proporción de discapacidad: casi el 12 % del total. Entre las 20 primeras causas de discapacidad (APD) en el mundo figuraban 6 enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y la migraña. A pesar de todo ello y de que se reconozca como un gran problema de salud y de gasto de recursos sociales y sanitarios, la salud mental sigue siendo la cenicenta de la sanidad.

En nuestro país las prestaciones en salud mental, actualmente cubiertas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) se recogen en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de pres-

taciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, en cuyo Anexo I, apartado 3.1.º d) figura en atención especializada: “La atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización”. Así mismo, en el Anexo III, punto 6 se excluyen como prestaciones el psicoanálisis y la hipnosis. Aunque la rehabilitación funcional no está incluida, entendemos que la promulgación de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, la contempla a la espera de un desarrollo del catálogo de prestaciones. Además esta rehabilitación funcional potencialmente recuperable está incluida de manera genérica en una de las prestaciones que debe proveerse desde la atención especializada y la prestación sociosanitaria. Y esto es bien cierto, pues uno siempre se pregunta dónde empieza y termina la rehabilitación del trastorno mental persistente, y siempre nos encontramos con la misma respuesta: empieza desde el primer momento en que el enfermo debe aceptar su enfermedad y termina (bueno, eso es más difícil de decir), pues lo característico es la evolución en brotes agudos, y si no se mantiene un mínimo de programas de atención a lo largo de muchos años ya más sociosanitarios,

el deterioro será importante. Y esta es la otra gran dificultad de definición, ¿qué entidad u organismo debe de realizar la atención sociosanitaria del trastorno mental persistente y dónde ha de llevarse a cabo?

La Ley General de Sanidad en su Capítulo Tercero de la Salud Mental, Artículo 20, referencia la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, y establece que las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los principios de atención en el ámbito comunitario, la hospitalización en unidades psiquiátricas de los hospitales generales y el desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales, entre otras. Sin embargo, el desarrollo ha sido muy desigual, y aunque prácticamente está finalizada esta integración, algunas áreas sanitarias o zonas de salud todavía realizan la atención de hospitalización breve en los centros psiquiátricos, que dicho sea de paso se han ido adaptando a los nuevos tiempos, especialmente en la formación y categorización del personal.

Por lo que se refiere a los enfermos psiquiátricos crónicos, trastorno mental persistente, según el Informe de Situación de Salud Mental realizado por el

Observatorio Nacional de Salud (2002), la atención de mantenimiento o rehabilitación de estos pacientes, en régimen de hospitalización de larga estancia o alternativas residenciales a la hospitalización, está organizada en 4 Comunidades: Valencia, Castilla y León, Murcia y Navarra, en torno a los servicios sociales, por lo que no tiene ya la consideración de componente de la prestación sanitaria de salud mental, sino de prestación social o con amplios programas de coordinación sociosanitaria. Otras CCAA como Andalucía y Castilla la Mancha, en las que parte de la atención, centros de día y alojamientos alternativos, se organizan en torno a Fundaciones Públicas de las que participan varias Consejerías: de salud, de asuntos sociales, trabajo y asociaciones de familiares. En Extremadura el desarrollo de los programas sociosanitarios, sean o no de salud mental, dependen de este departamento sanitario. En Cataluña el desarrollo de recursos lo realizan entidades sin ánimo de lucro o fundaciones, dependiendo de concertos o subvenciones de la Administración Pública. El País Vasco ha creado un consejo asesor sociosanitario integrado por las diputaciones y el servicio de salud. Finalmente, en Galicia el desarrollo de recursos depende del Programa Sociosanitario, aunque participado en la aportación económica

por Servicios Sociales y la consejería de Familia, mientras que la gestión de recursos no hospitalarios es de las asociaciones de familiares.

Existen, además, otra serie de imperfecciones en el sistema, por decirlo de alguna manera, en las que las Diputaciones Provinciales mantienen aún los servicios residenciales psiquiátricos (en mi Comunidad es el caso de Lugo), como recuerdo de una política social y centros de acogida para marginados, aunque transformados en centros rehabilitadores, o centros que dependen de entidades de iniciativa social y órdenes religiosas que aún mantienen una gran cantidad de camas, no sin gran acierto en el tratamiento residencial, pero con escaso desarrollo en el rehabilitador.

Dentro de este contexto de confusión de las responsabilidades, no podemos de dejar de mencionar el documento presentado por el IMSERSO en el año 2003 titulado "Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Documento de consenso", o el Cuaderno técnico realizado por la Asociación Española de neuropsiquiatría en 2002, titulado "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones". Ambos documentos prácticamente dicen lo mismo y reflejan los recursos que las CCAA

están desarrollando para la atención a estos pacientes. Alguno de sus contenidos se han reflejado en el *Libro Blanco* de atención a la dependencia, pero, creo que sería bueno "desempolvarlos" y desde un punto de vista legislativo social y sanitario definir las prestaciones a las que cada usuario tiene derecho. De lo contrario, posiblemente volveremos a la diversidad de las competencias, al peregrinaje del paciente y al desarrollo de recursos dependiendo más de los impulsos políticos que de las necesidades asistenciales.

Sólo con una política integradora desde el mundo sanitario y social será posible hacer una realidad que, tal como dice el *Libro Blanco*, es ampliamente demandada por las familias, y por supuesto de los usuarios, teniendo en cuenta que más que una atención sociosanitaria del trastorno mental persistente es necesario un plan de salud mental en el que lo socio-sanitario sea una parte de él, y recordemos que un plan sólo lo es si lleva financiación económica. Cualquier otra intervención parcial, será solo eso, parcial, con discontinuidad en la atención, con perpetuidad en lo indefinido.

¿Son sociosanitarias las camas psiquiátricas de larga estancia?

No es posible cerrar este artículo sin una reflexión acerca de los centros psi-

quiátricos y su definición. Por lo general, cuando en salud mental se habla de inserción social, lo primero que se nos ocurre es que lo social son aquellos lugares que están fuera del hospital psiquiátrico. La inversa sería: al estar dentro del psiquiátrico el paciente estaría fuera de lo social. Tras años de experiencia de reforma psiquiátrica, a pesar de las contradicciones y de las carencias en las que aún nos movemos, de la variedad de situaciones asistenciales existentes y de la supervivencia de algunos de aquellos antiguos manicomios, travestidos ahora de hospitales psiquiátricos o centros de rehabilitación, podemos afirmar que el espacio privilegiado para el tratamiento del enfermo mental ha pasado a ser la propia Comunidad en la que la persona vive, quedando así superado el manicomio, por lo menos para la teoría y la práctica del movimiento asistencial dominante en el mundo, aunque en algunas ocasiones lo que ha ocurrido es una trans-institucionalización.

Muchas veces no dejo de preguntarme: ¿es cierto que cuanto menor número de camas psiquiátricas, mejor? ¿Tenemos datos de que prolongar las estancias hospitalarias puede ir en detrimento del estado mental y de la calidad de vida? Absolutamente sí. Se infiere de esto que ¿acortar de forma uniforme los tiempos

de estancia mejorará las evoluciones clínicas y la calidad de vida de los pacientes? Absolutamente, no. ¿Puede incluso decirse que si un individuo consume este año menor número de días de estancia hospitalaria que el pasado año, esto significa que ha estado mejor? No, no puede decirse. Las nuevas ideas de gestión y contratos programa nos han obligado a reducir la estancia y han penalizado nuestra "pereza" para dar de alta a los pacientes que llevan más de 15 días en nuestras unidades de hospitales generales. Es cierto que el tratamiento ha evolucionado en los últimos años de una manera espectacular, eso si no se sigue cerrando la puerta a los nuevos fármacos llamados atípicos. Pero la disminución del tiempo medio de estancia para un trastorno psicótico crónico, desde los 10 años que permanecían en el siglo XX, hasta uno o dos años, no es lo mismo que disminuir el tiempo de tratamiento hospitalario de un episodio agudo desde los 40 o 20 días a los 4 u 8 días. ¿No es cierto que la reducción de camas hospitalarias de larga estancia, no ha ido pareja a la creación de recursos alternativos y que las camas de estancia breve no dejan de ser insuficientes, de ahí la corta estancia de los trastornos mentales persistentes?

Esta búsqueda de estancias cada vez más cortas ha roto la filosofía asistencial

de base comunitaria, en la que no sólo se trataba de crear unidades de salud mental, sino de un acompañamiento del paciente a lo largo de su proceso, del conocimiento de los lugares donde vive, del entorno sociolaboral y de la realidad cultural, dejando paso a la historia clínica médica como hecho importante del proceso y olvidando la individualidad de la persona, la singularidad de su enfermedad, la patocronobiografía como desarrollo de la misma y la continuidad asistencial como garantía de éxito, a un comunicado, escrito o no, en el que se resume el diagnóstico y el tratamiento y la derivación a su unidad correspondiente. Y no con ello digo que esté mal, sino que todos decimos que lo hacemos mal, que es necesario volver al proceso de integración en la atención, al gestor de casos, a la interdisciplinariedad en la atención, al cuidado después de la “cura”, a lo sociocomunitario, y si no, ¿por qué nos inventamos esto de lo sociosanitario?

En 1997, Jeffrey L. Sélner, Profesor de Psiquiatría y Director de Psiquiatría de la Universidad de Massachussets, decía: “La verdad es que a finales del siglo XX, seguimos contando camas de la misma manera que lo hacíamos en el siglo XIX. Ahora, decimos que cuantas menos camas, mejor; entonces, decíamos que cuantas más camas, mejor. Pero básica-

mente nuestras cuentas siguen siendo primitivas. Todavía contamos camas”. Yo añadiría que lo peor es que éstas sirven para financiar la asistencia a la enfermedad mental desde el punto de vista sanitario; tantas camas, tanto ratio de personal, tantos días de estancia, tantos GRD, tantas UPH y así, cada vez hay menos financiación, y el enfermo, “gravitando alrededor de la familia” en búsqueda de su lugar social. Algunos van a dispositivos de características similares a hospitales, denominados con diferentes nombres, con menores cuidados profesionales y menor coste. Muchos van a residencias asistidas, algunas de ellas “remarcablemente” similares a hospitales estatales de tamaño reducido. Y otros van a los escasos dispositivos comunitarios que se han desarrollado por iniciativas sociales para cubrir sus necesidades, y en muchas ocasiones, reingresar de nuevo en las unidades de agudos por otro corto período, a las cuales frecuentemente no pueden acceder porque la unidad no tiene camas disponibles, pasando horas, cuando no días en las salas de urgencia, sedados y atados a una camilla. “Pero, ya hemos estado ahí, los pacientes ya estaban fuera de los hospitales. Entonces no había camas. En un tiempo, las personas con enfermedades mentales recibían atención a sus necesi-

dades en hospicios. Esto sucedía en el siglo XVII”.

En la otra parte sociosanitaria, no sólo desde el punto de vista “clínico”, sino también desde la financiación y organización de servicios comienza a correrse el riesgo de un excesivo peso de lo social y una minimización de lo bio- y lo psico-. Hoy día muchos pacientes languidecen en unidades psiquiátricas a la espera de recursos sociales, quedando abandonado a su suerte y a que algún/a trabajador/a social (cada vez son menos los/las que trabajan en este campo) o enfermero/a de atención comunitaria encuentre un recurso donde depositarlo, ya que ha dejado de ser interesante para la medicina, bajando de escalafón y siendo ahora un paciente social, en el que la medicina no reconoce su fracaso y las organizaciones lo ven como “problemática”.

Es hora de dejarnos de discursos vagos e imprecisos, entre espacios virtuales, términos divagatorios en donde la multi-disciplinariedad y la multi-entidad o multi-responsabilidad está gravitando continuamente entre el enfermo. Es hora de reconocer que el enfermo mental grave, el trastorno mental persistente o como quiera llamarse en cada Comuni-

dad, es una persona con sus derechos sociales, es un ciudadano al que se le debe respeto y es de obligada atención, y tanto él como su familia tienen que saber lo que ocurrirá cuando el cuidador principal no esté, más allá de cualquier factor político. No reinventemos la rueda, no reinventemos el espacio, hagamos lo virtual, real, y pasemos del papel a las acciones o será necesario un nuevo Philippe Pinel para desarrollar la atención sociosanitaria del enfermo mental crónico.

Y finalizo ya en un tiempo para recordar a un gran enfermo mental, como era Don Quijote, al que Don Lorenzo le decía:

*Corre el tiempo, vuela y va
ligero, y no volverá,
y erraría el que pidiese,
o que el tiempo ya se fuese,
o viniese el tiempo ya.
Cosas imposibles (no) pido
pues (es doloroso ver)
volver el tiempo a ser
después que una vez ha sido*

Don Quijote de la Mancha, Capítulo XVIII. “De lo que sucedió a Don Quijote en el castillo o casa del caballero del verde Gabán, con otras cosas extravagantes”.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Informe de situación de la salud mental. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760.

Libro blanco de atención a la dependencia. Versión electrónica. Disponible en: http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciosociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm

Markez I, Póo M, Ariño J, Córdoba S, Merino C, Romera C. Atención comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hos-

pitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco (I). D.L: 2000;VI-153.

Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Documento de consenso. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios sociales (IMSERSO).

Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. (GTR-AEN) sobre Rehabilitación Psicosocial durante los últimos 2 años. Cuadernos técnicos 2002.

We Still Count Beds. Psychiatric Services. 1997;48(10):1233.

www.msc.es.

www.rae.es

