

La Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental en Asturias

D. JAVIER MONTEJO CANDOSA. Gerente Servicios de Salud Mental. Principado de Asturias

La Ley General de Sanidad y algunos documentos elaborados en la década pasada han supuesto un cambio importante en la orientación de la atención psiquiátrica en España. Diversas Comunidades han abordado procesos de reforma, cada una con criterios y ritmos diferenciados.

En esta breve ponencia se intentarán señalar los aspectos más significativos del proceso seguido en el Principado de Asturias, reflexionando sobre la experiencia adquirida.

Para ordenar el análisis del proceso desarrollado en los últimos diez años en Asturias es oportuno hacer una breve referencia a la situación inicial de los recursos de atención psiquiátrica, señalando a continuación el marco general de referencia elegido para guiar la transformación, así como algunos de los elementos claves del desarrollo de dicho proceso, finalizando con una descripción de la situación actual y las perspectivas de futuro.

1.- LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS HASTA 1982

La asistencia psiquiátrica pública en Asturias, hasta 1982, tenía características semejantes a la de muchas otras Comunidades.

Entre ellas debe destacarse la existencia de recursos con distintas dependencias institucionales, sin fórmulas de coordinación entre ellos o con otros niveles del sistema sanitario, situándose como servicios desvinculados del mismo. Tampoco presentan definición de competencias territoriales específicas.

SERVICIOS PÚBLICOS DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA (Año 1982)

Atención ambulatoria:	1	Centro de Orientación y diagnóstico, dependiente de Sanidad Nacional.
	1	Centro de Trº de Toxicom., dependiente de un Ayuntamiento.
	1	Centro de Prevenc. de la Subnormalidad.
	6	Dispensarios dependientes del Hospital Psiquiátrico.
	15	Consultas de Neuropsiquiatría.
Hospitalización de Día:	1	Hospital de Día (Pando - Langreo)
Hospitalización Psiquiátrica en el Hospital General.		
Hospitalización en el Hospital Psiquiátrico:	1.100 camas^(*) (ocupadas a 1-1-82: 1.016 camas)	
Otros recursos asistenciales:		Servicio de consulta de psiquiatría en Hospital General (sin camas).

(*) Tasa de camas psiquiátricas en Hospitales Públicos: 9,72/10.000.- habitantes.

La descripción de los recursos existentes incluye, en primer lugar, los recursos dependientes del INSALUD, constituidos por QUINCE consultas de neuropsiquiatría y un Servicio de Psiquiatría en la Residencia de la Seguridad Social, para atención a problemas internos de la misma (interconsultas).

Dependiendo de la Comunidad Autónoma se cuenta con un Hospital Psiquiátrico en Oviedo con MIL CIEN camas y un Hospital de Día en el Valle del Nalón. Algunos profesionales del Hospital Psiquiátrico se desplazan varios días del mes a SEIS dispensarios, consultorios con distintas ubicaciones que funcionan de forma programada y discontinua, para atender las consultas ambulatorias que se presentan, provenientes fundamentalmente del seguimiento de pacientes dados de alta del centro hospitalario.

Existe también un Centro de Orientación y Diagnóstico dependiente del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), con funcionamiento de tipo consulta ambulatoria, prontamente transferido al Principado.

Por último, se cuenta con un Centro para atención a deficientes psíquicos, y con el proyecto de un centro para atención a toxicomanías, de dependencia municipal, que desde su inicio, coincidente con el de la reforma psiquiátrica, se redefine como Centro de Salud Mental.

Los recursos están mayoritariamente asentados en Oviedo y no existe ninguno fuera del área central de la región, excepción hecha de alguno de los dispensarios dependientes del Hospital Psiquiátrico.

En este contexto asistencial se produce una inevitable selección de la demanda, dirigiéndose la patología más severa o la que no ha encontrado respuesta en otros servicios hacia el Hospital Psiquiátrico que, convertido en institución asilar, alberga un importante volumen de pacientes crónicos que permanecerán indefinidamente en él, con frecuencia por razones ajenas a las terapéuticas.

Esta dinámica posibilita que el resto de los recursos puedan parecer más eficaces o eficientes para responder a las necesidades de la población.

En los gráficos siguientes se presentan datos de la actividad del Hospital Psiquiátrico, evolución de la población hospitalizada y de las consultas ambulatorias, así como información sobre la distribución porcentual por diagnósticos de los usuarios atendidos en estas consultas y en los ambulatorios del INSALUD por los neuropsiquiatras.

Gráfico 1

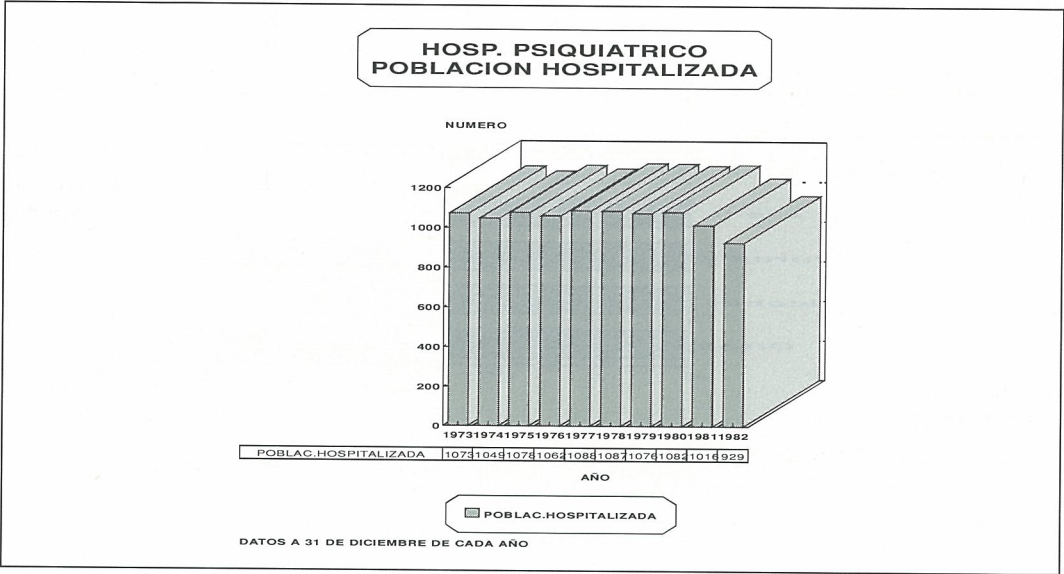


Gráfico 2

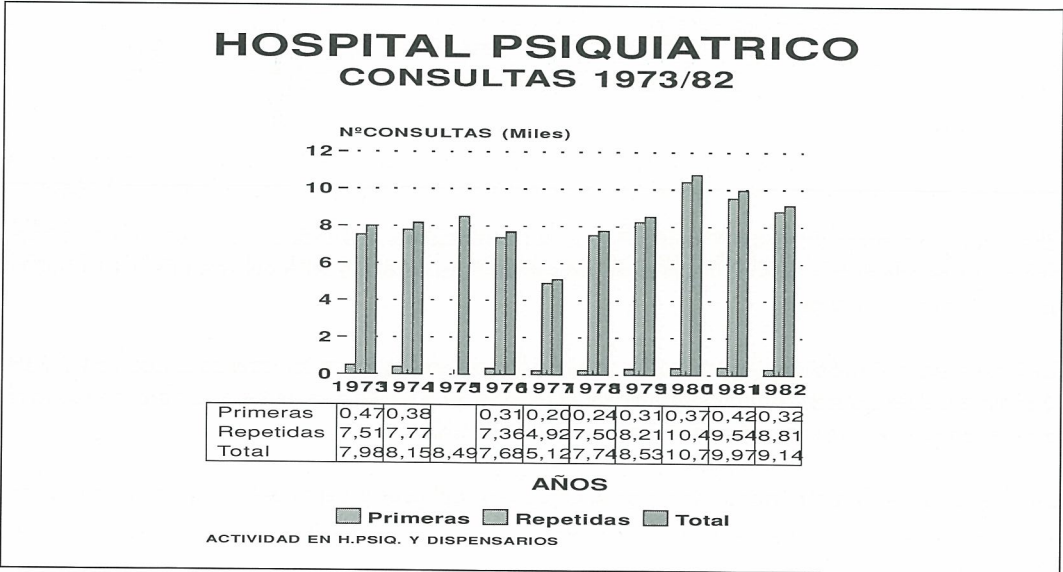
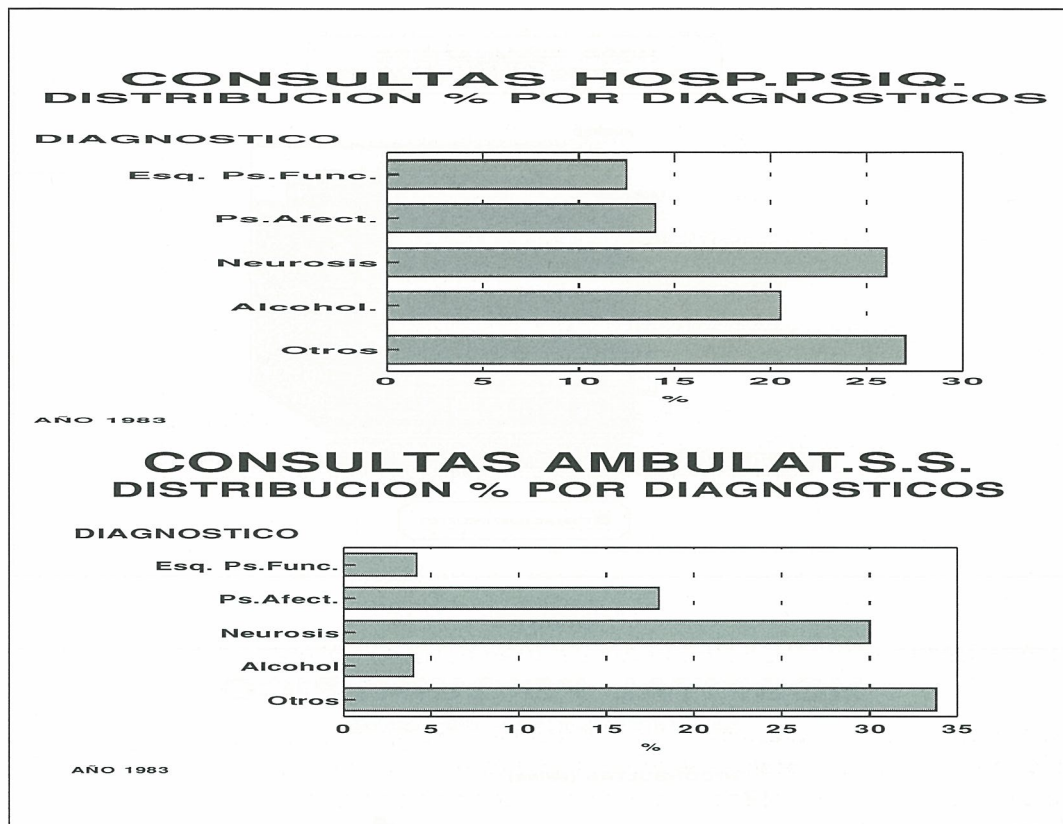


Gráfico 3

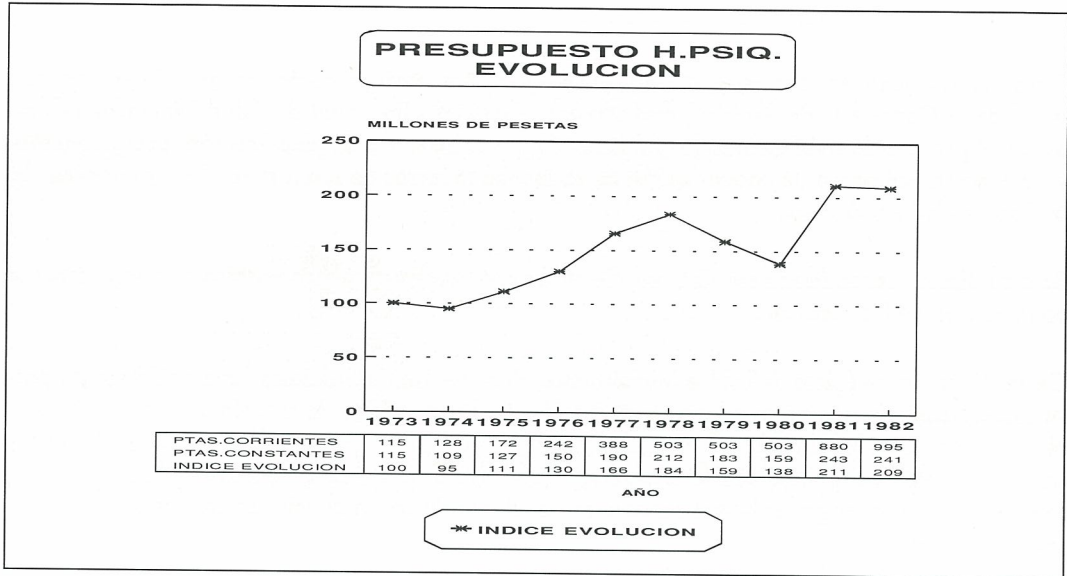


El mayor porcentaje del gasto producido por la asistencia psiquiátrica en los momentos reseñados corresponde al Hospital Psiquiátrico, suponiendo en torno al 90% del total del gasto por el concepto que nos ocupa.

La Comunidad Autónoma, antes la Diputación Provincial, provee los presupuestos destinados al Hospital Psiquiátrico, cubierto en parte con las transferencias que desde el Gobierno Central se realizan para el mantenimiento de esta actividad benéfica.

En el gráfico siguiente se puede apreciar la evolución del presupuesto del Hospital Psiquiátrico entre los años 1973 - 1982, en pesetas corrientes y constantes, así como el índice de evolución en el período señalado.

Gráfico 4



2.- ALGUNOS ASPECTOS DEL PLAN DE REFORMA PSIQUIATRICA

En este contexto asistencial, en 1982 el Gobierno del Principado decide iniciar un proceso de transformación de la Asistencia Psiquiátrica, creando inicialmente una Dirección de Estudios para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y de la Salud Mental, con el objetivo de definir las líneas a seguir.

Fruto de su trabajo son varios documentos estratégicos, marcándose como objetivos la transformación y superación del Hospital Psiquiátrico, y el desarrollo de una red de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental integrada con el sistema sanitario general, descentralizada y territorializada, en la que exista una clara articulación funcional de todos los recursos del mismo territorio en torno al Centro de Salud Mental comunitario. Esta Red debe desarrollar acciones integrales en salud mental y proporcionar una atención diversificada que responda a las variadas necesidades de los usuarios, contemplándose específicamente los programas de rehabilitación y reinserción y el desarrollo de estructuras intermedias. Para la atención a la población menor de catorce años se crean, en cuatro Centros de Salud Mental, Unidades específicas de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Se opta también por integrar la atención a las drogodependencias en el mismo sistema de atención, evitando la creación de una red específica.

Organizativamente los Servicios de Salud Mental se constituyen como un órgano desconcentrado de la Consejería de Sanidad, creándose la Dirección Regional de Salud Mental para impulsar el proceso de transformación y desarrollo, con funciones de planificación, programación y evaluación, así como de coordinación de todos los recursos de salud mental dependientes de la Comunidad Autónoma.

Bajo su directa dependencia existirá una Gerencia que tendrá el mismo ámbito de competencias en la gestión de los recursos.

De las líneas estratégicas definidas inicialmente, dos merecen ser destacadas especialmente por su papel determinante en la nueva organización de los servicios: la transformación y superación del Hospital Psiquiátrico Regional y la integración de los recursos dependientes de diversas instituciones en una red funcional única, con objeto de evitar los distintos problemas que se presentan cuando surgen solapamientos o duplicidades de competencias en las acciones del sistema sanitario.

Esto posibilitará un cambio conceptual en el conocimiento y en la atención psiquiátrica, así como la orientación de los recursos liberados en el proceso de transformación, hacia la red comunitaria.

Avanzando en la integración de los servicios, en julio de 1986 se firma un "Convenio entre el Insalud y el Principado de Asturias para la coordinación de actuaciones en el área de salud mental y atención psiquiátrica", en el que se asumen los objetivos de la Ley General de Sanidad en materia de Salud Mental y la línea definida por el "Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica" de 1985.

Para la ejecución de los acuerdos se crea un Comité de Enlace y Coordinación, que estudiará las fórmulas de integración de los recursos de las dos administraciones implicadas, señalará directrices, y realizará el seguimiento y evaluación. En este acuerdo se definen también los primeros compromisos de creación de recursos por parte de cada una de las instituciones implicadas.

Este Comité de Enlace y Coordinación se reunirá periódicamente, con objeto de coordinar programas, proyectos o actuaciones de carácter general, así como para tomar medidas ante problemas ocasionales que se presenten.

En los recursos existentes en la actualidad, conviven profesionales de distintas dependencias en un mismo dispositivo asistencial o dispositivos de distinta dependencia en una única estructura territorial.

Debe señalarse que el proceso no está exento de problemas, algunos de los cuales todavía no están resueltos.

De especial trascendencia, por afectar a las líneas estratégicas generales, es el problema generado en torno a los neuropsiquiatras que todavía existen en cinco de las ocho Áreas Sanitarias. Habiendo rechazado la jerarquización, se procedió a su integración en los Centros de Salud Mental, respetando sus condiciones laborales, con objeto de mejorar el nivel de integración de los recursos. Tras la presentación de una demanda judicial por parte de un grupo importante de ellos, por sentencia judicial se plantea su retorno a los ambulatorios para continuar realizando consultas de neurología y psiquiatría, considerando dicha sentencia que la práctica de una sola de las actividades supondría un menoscabo de sus derechos. Evidentemente, esto supone desigualdades en la atención y numerosas distorsiones cuando se requiere la coordinación de recursos para desarrollar programas, realizar derivaciones con criterios consensuados, etc.

La existencia de un órgano central de gestión de los recursos y de un Comité de Enlace con capacidad ejecutiva, ha supuesto un transcendental impulso en la transformación realizada en Asturias, garantizando, además, el desarrollo de la red asistencial en condiciones de equidad en todo el territorio.

Para avanzar en el proceso de reforma es necesario definir los compromisos de futuro de cada una de las administraciones implicadas, de forma que se pueda planificar adecuadamente el desarrollo de los recursos.

Gran número de Comunidades Autónomas de territorio Insalud han firmado convenios de coordinación con esta institución en materia de salud mental y, sin embargo, el retraso en el desarrollo de los recursos ha tenido un efecto opuesto al planteado, produciéndose una disminución del gasto realizado por la Comunidad, con el consiguiente deterioro asistencial.

El último problema a destacar para la reflexión está relacionado con el papel que deben desempeñar los servicios de primer nivel de Atención Primaria de Salud y los servicios especializados. Las recomendaciones definidas por la Comisión Ministerial para el estudio de la Reforma Psiquiátrica no se han puesto en práctica y no resulta fácil que el nivel primario de salud asuma las tareas que conceptualmente se le asignaron en el diseño inicial del Servicio Nacional de Salud.

Con ese objetivo, se trabaja actualmente en nuestra Comunidad, realizando acuerdos para el desarrollo de programas y protocolos conjuntos, que puedan ser integrados en la cartera de servicios de Insalud.

3.- EVOLUCION DEL PROCESO DE REFORMA

Enmarcados en la exposición realizada hasta ahora, se deben contemplar los datos que, sobre la situación actual de los recursos, la evolución del presupuesto, su distribución por capítulos y tipo de servicios, la evolución de la actividad, o la distribución y cualificación de la plantilla, se presentan en las tablas y gráficos siguientes:

Tabla 1

MAPA DE RECURSOS DE SALUD MENTAL												
	C.S.M.				H.D.	U.H.P.	U.T.T.	U.D.M.	U.D.H.	P.P.	C.T.	C.D.
	I	II	III	IV								
AREA I	Junio 1984							Mayo 1991				
AREA II	Febrero 1987											
AREA III	Ad/Inf 1983	Enero 1989			Junio 1988	Octubre 1989	Febrero 1991			01.10.85 01.11.86		
AREA IV	Ad/Inf 1983	Noviemb 1986	Junio 1989	Enero 1990	Noviemb 1982	Julio 1988	Octubre 1986		Mayo 1985	03.07.89 01.09.89	Septiemb 1993	Septiemb. 1993
AREA V	Ad/Inf 1984	Marzo 1986	Marzo 1987	Marzo 1990	Febrero 1987	Enero 1988	Octubre 1986		Enero 1991		Octubre 1993	
AREA VI	Mayo 1984				Enero 1992						10.06.92	
AREA VII	Ad/Inf 1984					Enero 1987		Octubre 1991		01.02.90		
AREA VIII	Noviemb 1987				Junio 1982	Septiemb 1988		Enero 1991				

C.S.M.= Centro de Salud Mental; H.D.=Hospital de Día; U.H.P. =Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Hospital General; U.T.T.= Unidad de Tratamiento de Toxicomanías; U.D.M.= Unidad de Dispensación de Metadona; U.D.H.= Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de drogodependencias; P.P.= Piso Protegido; C.T.= Comunidad Terapéutica; C.D.= Centro de Día.

Uno de los aspectos de mayor transcendencia en la situación actual de la red es el importante consumo de recursos que supone el Hospital Psiquiátrico que, prestando atención a un número muy reducido de usuarios, absorbe actualmente un 25% del presupuesto total de los Servicios de Salud Mental.

También debe destacarse el importante incremento de la actividad realizada, por una plantilla más cualificada, con un crecimiento mínimo de los gastos.

A continuación se pueden observar los datos más destacables de la actividad, así como de plantilla y presupuestos.

Gráficos 5 y 6

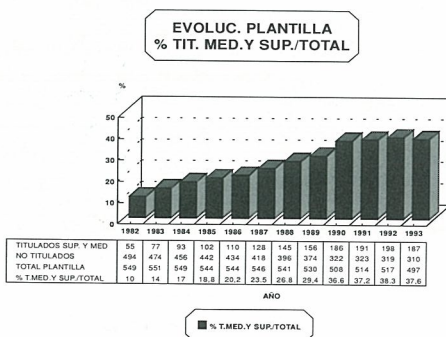
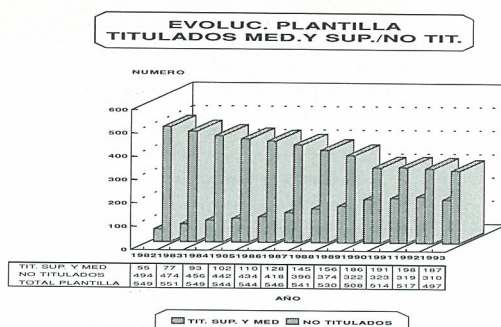


Gráfico 7

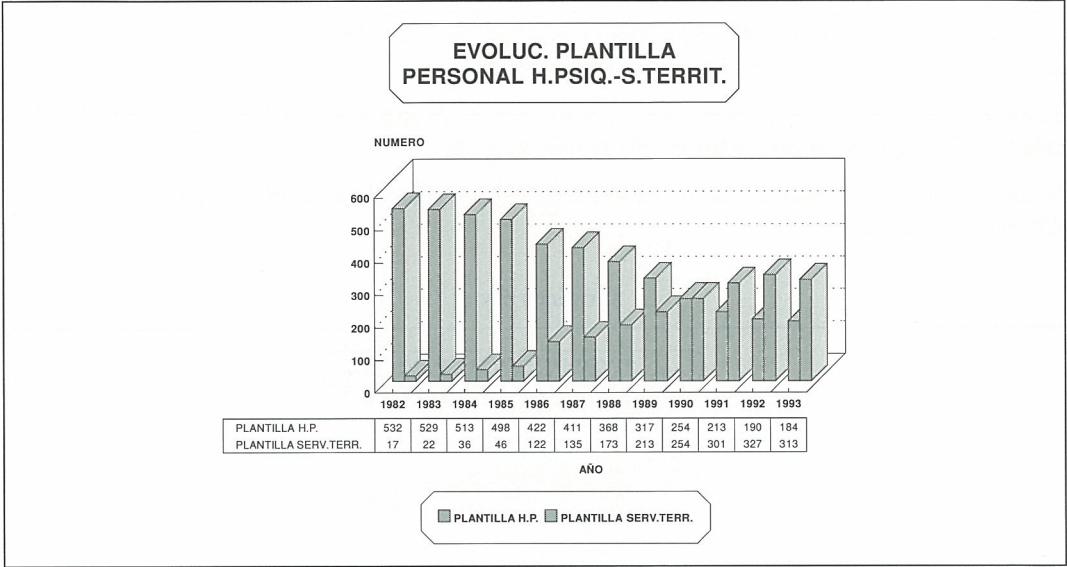


Gráfico 8

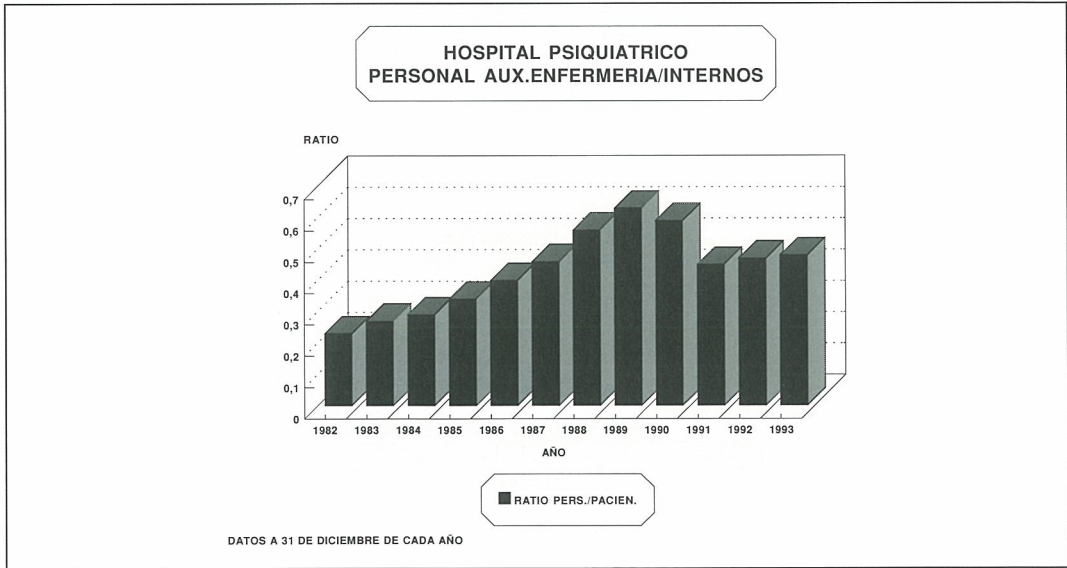


Gráfico 9

PLANTILLA TOTAL - RED DE SALUD MENTAL

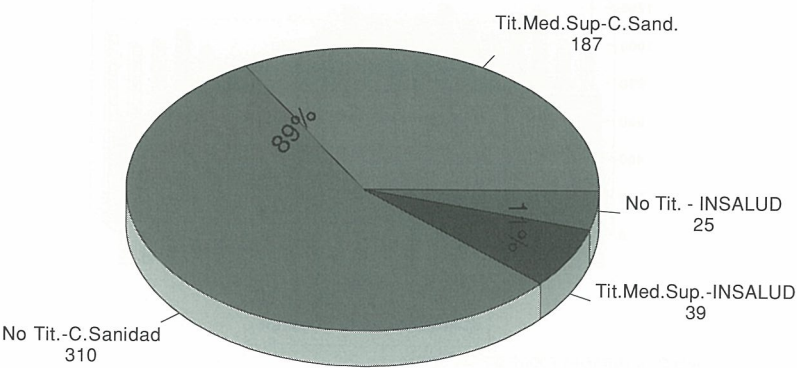
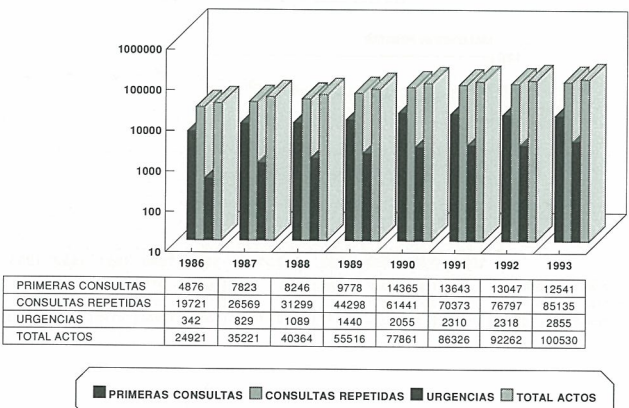


Gráfico 10

CENTROS S. MENTAL
EVOL.ACTOS ASISTENCIALES



Los actos asistenciales de los C.S.M. se proporcionan desde la entrada en func.del registro de casos

Gráfico 11

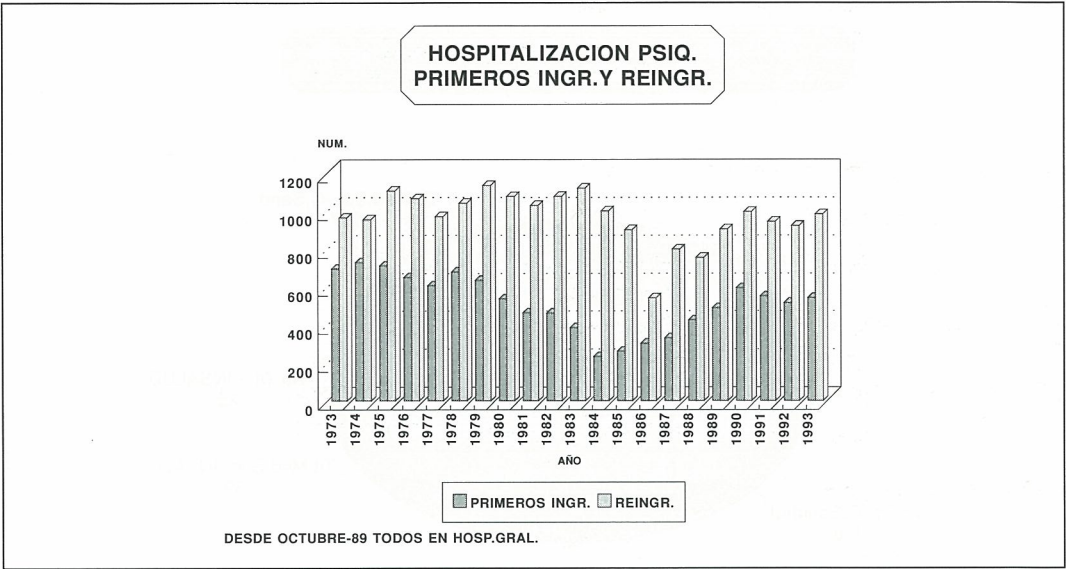


Gráfico 12

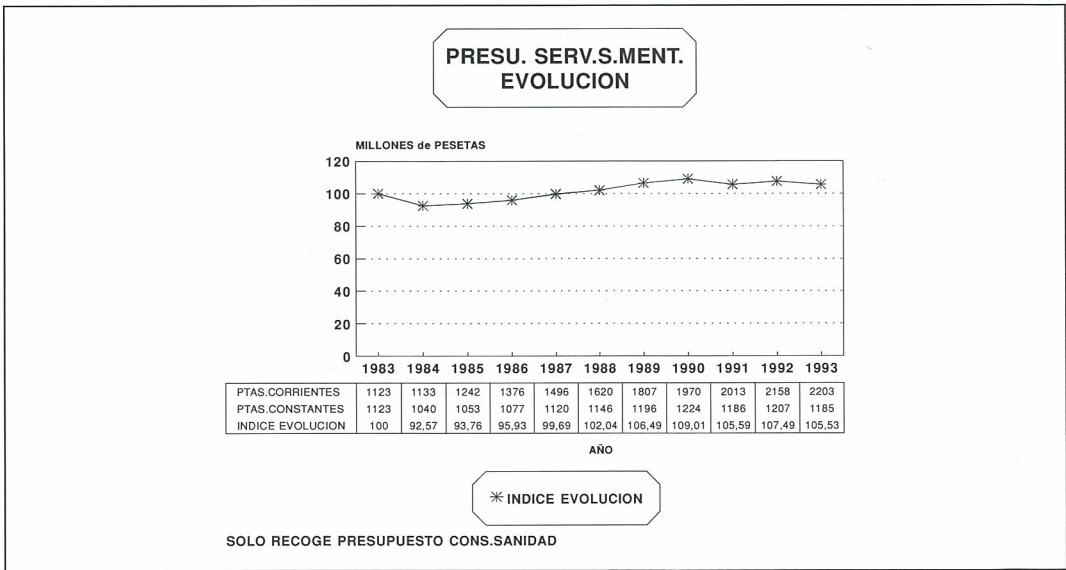


Gráfico 13

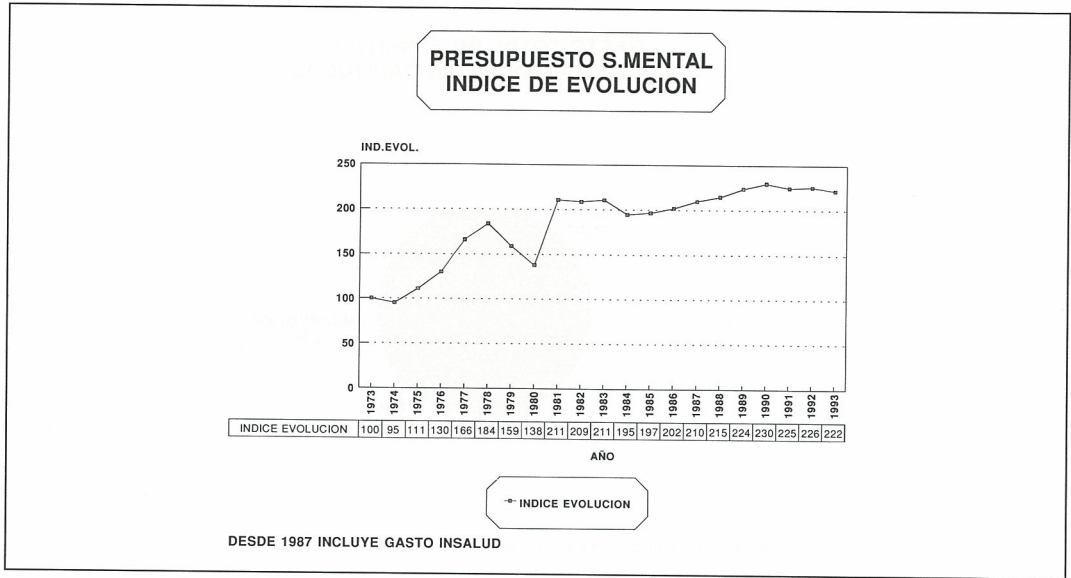


Gráfico 14

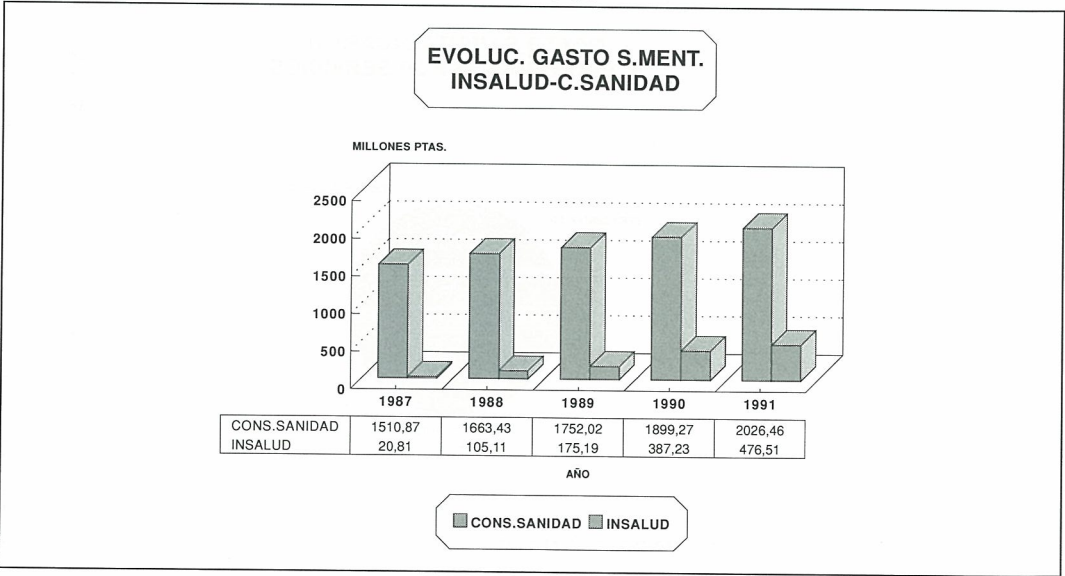


Gráfico 15

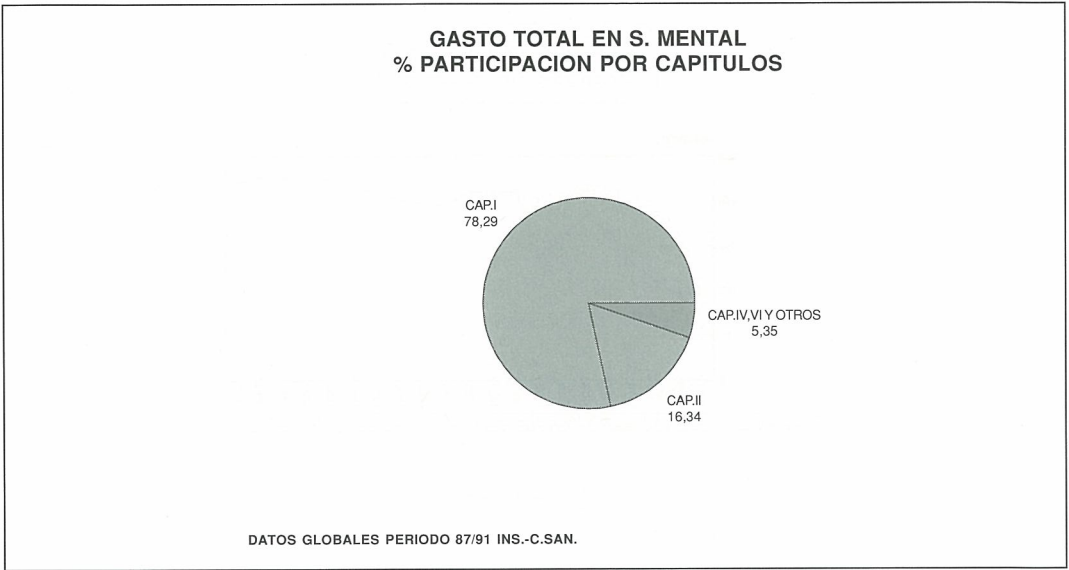
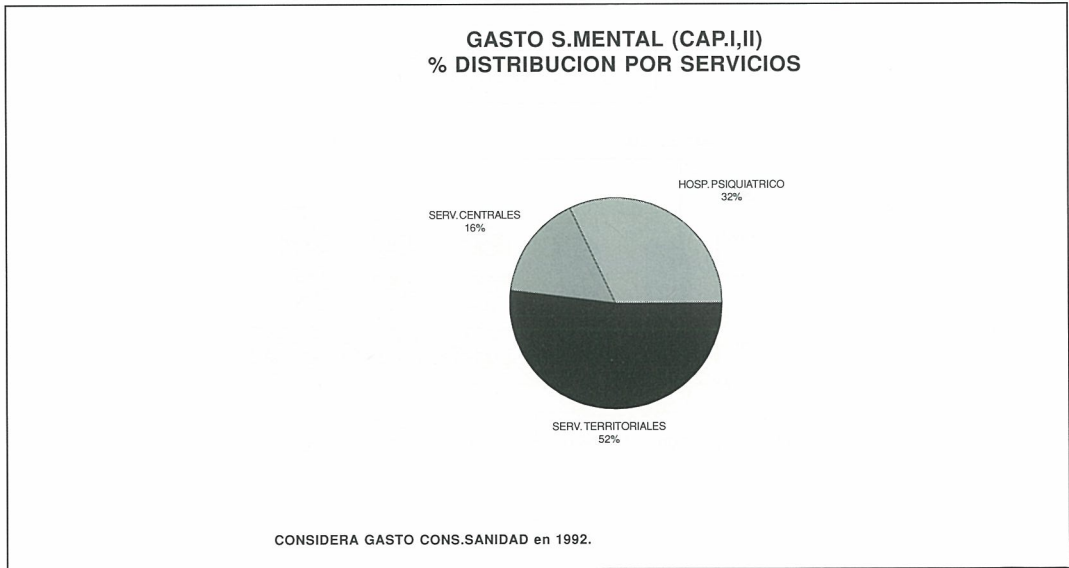


Gráfico 16



Para completar la visión de los servicios debe señalarse la existencia de programas de apoyo y programas de formación e inserción laboral para pacientes de alto riesgo, así como programas de formación de posgrado, continuada y de investigación.