



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Capellá Batista-Alentorn, Alfred

La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXI, núm. 79, septiembre, 2001, pp. 101-128

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019672009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Rev. Asoc. Esp. Neurofisiol., 2001, vol XXI, n.º 79, pp. 101-128
 Este informe fue presentado en las Jornadas Nacionales de la AEN de Madrid, y ha sido elaborado con la colaboración de los siguientes profesionales: Jordi Artigüé, Jaume Baró, Regenia Bravó, Claudio Camps, Josep Clua, Josep Llach, Josep M. Comellàs, Cristina Grispet, Femando Llana, Isidre Monzó, Àngel Orefa, Muriel San Membré, Jorge Tio, Roger Tizón y el grupo de trabajo previsto (work-shop) que contó con los aportes de numerosos profesionales de la asociación.

El modelo mixto de gestión de la sanidad, la persistencia —anunque reordenada y reestructurada — de las antigüas estructuras hospitalarias... han acuñado el concepto de «modelo catalán». Pero ese concepto es tan sólo un constructo, pues el modelo catalán tiene una larga trayectoria pasada, un presente complejo que trasciende los límites de la sanidad, y un futuro todavía por venir, aunque parezca ya encamimado.

El estado de la reforma en los diferentes territorios del estado español es muy heterogénea y desigual (1,2,3,4,5). Frente a territorios donde las propuestas de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica despegaron con gran fuerza —Andalucía (6,7), Castilla-La Mancha (8)—, hasta eliminar los hospitales psiquiátricos en pro de un modelo de atención comunitaria, topamos con otros —Cataluña extrae entre ellos— donde el desarrollo mental parceria no encaminaría en esa prenda dirección.

Advirtamos desde el principio que éste no pretende ser un informe conclusivo ni mucho menos definitivo sobre un tema tan complejo y vivo, sino una aproximación más o menos acerada sobre el estado actual de la cuestión.

Este informe sobre la reforma en salud mental en Cataluña se inscribe en el trayecto que nos propusimos al constituir la Asociación autonómica catalana; analizar en la medida que nos fuera posible la red de salud mental en Cataluña, su estado actual, sus líneas de futuro, su finalidad es clara: desearos contribuir a transformarla.

Prefacio

RESUMEN: Se analiza el estado de la reforma en Cataluña. Se revisa su historia y los diversos recursos existentes. Se extienden conclusiones y se realiza una valoración crítica a partir del documento extraído de la Atención Psiquiátrica la reforma de la Atención Psiquiátrica para la realización de la reforma. **PALABRAS CLAVE:** reforma, modelo mixto, cronología histórica, mapa de recursos, análisis comparativo, conclusiones del modelo, valoración.

La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán

Alfred Capella-Batista-Alentorn

Parece partirse, pues, de una idea previa y prefijada sobre el estado de la reforma en Cataluña. Veremos si es así. Mostraremos lo que sabemos, y no tanto los datos que tenemos sobre los recursos en salud mental catalanes, difíciles de obtener por otro lado, sino el modelo que se dibuja, un mapa representativo de la salud mental en Cataluña. No sólo procuraremos dar cuenta del modelo, sino de lo que nos preocupa más: los efectos que creemos produce.

Intentaremos asimismo matizar y precisar al máximo posible nuestro análisis, pues, aunque el mapa que se dibuja es único, tiene ciertamente posibles lecturas y no todas estarían de acuerdo. Un análisis riguroso, basado en datos y evidencias contrastables, que evite prejuicios y apasionadas opiniones, nos parece el camino más acertado, aun sabiendo que cierta mirada subjetiva se traslucirá.

Cronología histórica (tabla 1)

Para empezar a abordar el modelo catalán, iremos primeramente a buscar sus raíces en el tiempo, recordando algunos trazos de su memoria histórica —un recorrido más preciso necesitaría un importante trabajo de indagación—. Como dice Martí Pol, un estimado poeta de nuestra tierra: «Huiría de mí si no pudiera recuperar mi tiempo e interrogarlo... volver al pasado como el que vuelve a la casa donde vivió y, recorriéndola, encuentra todos los indicios de lo que es, y aprende contemplándolos...». Y en esa historia hallaremos algo muy valioso, que quizás hoy no recordamos: *Cataluña ha sido una comunidad pionera en el intento de reformar la salud mental*.

Estamos en el periodo 1914-1923, y ya la Mancomunidad de las cuatro diputaciones pretende en sus propuestas cierta reforma de la salud mental: mejorar las condiciones de vida de los enfermos, practicar la laborterapia, la hidroterapia o la electroterapia... Poco más adelante, en Barcelona, se constituye la asociación AEN (9), con líneas próximas a la Liga de higiene mental (prevención, tratamiento científico de la enfermedad, etc). Esa traza reformadora la reencontramos en 1931 con la nueva *Ley de asistencia psiquiátrica*, una avanzada propuesta de sectorización —por comarcas— para crear servicios abiertos en los dispensarios, formar al personal o controlar los internamientos. Aún en 1936, Cataluña lleva a cabo un plan de «Asistencia Psiquiátrica Comarcal» y abre «dispensarios en la comunidad». Es el tiempo de Mira y Lopez, Tosquelles, Vives y Casajuana, y tantos otros. Es un tiempo de esperanza, preludio de una transformación de la salud mental, que se corta abruptamente con la guerra civil.

Deberá transcurrir mucho tiempo, nos encontramos ahora a finales de los años 60, para que nuevamente se palpen vientos de cambio. Por una parte, en 1967, la Diputación se ha propuesto reducir los internamientos sanatoriales y realizar cierta asistencia en la comunidad. Además, están brotando semillas de cambio dentro de los propios muros de los hospitales psiquiátricos de más antigua raigambre: el sanatorio Pere Mata (Tarragona), donde se hacen asambleas de enfermos y se intentan caminos de rehabilitación; el Hospital

comunidades terapéuticas que beben en las fuentes de la psiquiatría comunitaria. Además han surgido los primeros hospitales de día (Torre de la Creu, CPB) y de noche. También han surgido los profesionales de diferentes disciplinas especializadas con la salud mental expuesta sus ideas y propuestas. Por este tiempo ya funcionan algunos centros que una gran cantidad de profesionales diferentes disciplinas especializadas con la ordenación de la asistencia psiquiátrica en Cataluña en Noviembre del año 1985 (10), en bases de un modelo reformista. En ese sentido, realiza una Primera Jornadas sobre la propia Diputación promueve esta contiene de cambio y procura servir las

eslabón primario de atención para la salud mental. Centros de Atención Primaria en salud mental (CAPS), que nacen con la idea de servir a miles de los que nacieron de cambio y procura servir las

propios servicios de neuropsiquiatría. Igualmente, algunos profesionales comprometidos procuran reformar desde dentro los sectores, —abren Dispensarios Comunitarios Hospitalares psiquiátricos—. Con esta misma intención, también algunos Hospitalares psiquiátricos con los médicos de primaria, cobran precios populares, se nutren del psicoanálisis y la su labor en la propia comunidad (contactan con las asociaciones de vecinos, con las escuelas, comunitario, preventivo, que otorgan gran peso a lo psicoterapéutico y que intentan realizar Higiene Mental, lugares plenos de la reforma en salud mental. Son centros de carácter profesionales que desentran del modelo que se practicaba sobre los primeros Centros de administración; así, el Plan de Asistencia Psiquiátrica de 1975 de inspiración comunitaria y prosiguen los intentos, nuevos y no conseguidos desde la impulsan esfuerzos reformistas desde diversos ámbitos. Así, muchos se

modelos de atención persistente incluye, mostrando así la dificultad de modificar. Se ordenar las estructuras existentes, sectorizar los recursos, pero el fondo del anterior que se basa en la psiquiatría de sector francés... Se intentarán combinar algunas formas, y prosiguen los intentos, nuevos y no conseguidos desde la administración; así, el Plan de Asistencia Psiquiátrica de 1975 de inspiración comunitaria

que resultan y responden básicamente farmacológicas. Los casos no tan severos, en los que se practica un modelo psiquiátrico con hempos de atención saturada asistencial que se realiza en las plazas de neuropsiquiatría de la seguridad social para contemplos desde Sanidad, sin como beneficio de la Diputación. Coexisten con la claramente manicomial (durante mucho tiempo la hospitalización psiquiátrica no se ha patología más grave, y admite los centros de ingresa donde se practica un modelo psiquiátrico de San Boi con intentos de transformación desde dentro... son jalonos de sobre comodidos por muchos.

Psiquiátrico de Salt (Girona), que pretende un proyecto de reforma que resultaría finalmente abortado (4); el Instituto Mental de la Santa Cruz y San Pablo (Barcelona) (4) o el Hospital

En 1981 se asumen las transferencias de la Seguridad Social y se crea el Mapa sanitario². También se crea un plan de reordenación hospitalaria. Paulatinamente, especialmente a partir de 1985, se van abriendo nuevos centros: centros de atención infanto-juvenil, centros de atención para drogodependencias..

Por este tiempo los hospitales psiquiátricos han ido modificando algunas instalaciones y han diferenciado sus unidades en agudos, subagudos y media y larga estancia (separando los pacientes psiquiátricos menores y mayores de 65 años y los diagnosticados de retraso mental).

Así pues, el llamado modelo catalán ancla sus raíces en diversos intentos reformistas, intentos que desde 1985, como en el resto del estado, quedan claramente influidos por el documento para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de 1985 (11) y la Ley General de Sanidad de 1986. Este documento es la base de partida clave en la evolución de la salud mental en el territorio español. Sus puntos de referencia son claros y precisos, y nos servirán para sostener nuestro análisis:

Procurar que la atención en salud mental sea considerada en el mismo rango que otras especialidades, incluyéndola en la asistencia sanitaria general; basar la atención en salud mental en la atención primaria de salud como primer eslabón básico, con la atención especializada en segundo término asesorando al equipo básico, realizando seguimientos de pacientes y formando profesionales; procurar la recuperación y reinserción en la medida de lo posible de los enfermos; garantizar sus derechos civiles; desarrollar programas de rehabilitación activos; reducir la hospitalización psiquiátrica a lo imprescindible y hacerlo en unidades de agudos de hospitales generales; reconvertir y superar el hospital psiquiátrico (reducir camas, externar pacientes con programas de rehabilitación y reinserción social, reciclar sus profesionales...); desarrollar programas de prevención; poner especial peso en la atención a la infancia, geriatría, drogodependencias y psiquiatría penal; procurar el seguimiento de los enfermos de cierta cronicidad en su entorno socio-familiar con residencias apropiadas y programas rehabilitadores...

En suma, se trata de situar la atención en salud mental en una forma de atención moderna que otros países ya desarrollan, una atención basada en redes de recursos sanitarios y comunitarios que se aleja clara y decididamente de los modelos que confinaron a los enfermos en lugares de exclusión y cuyas formas de atención giraban alrededor del hospital psiquiátrico, una «institución total» que con su función residencial y custodial sostenía y ordenaba entre sus muros toda la vida de los internados.

El antiguo modelo atendía a los pacientes más graves en el recinto hospitalario sin apenas posibilidades de rehabilitación activa ni de reinserción en la comunidad o bien mediante recursos de atención sanitaria que utilizaban un modelo psiquiátrico tradicional destinado a la resolución de los síntomas (así, las consultas neuropsiquiátricas). Mientras, el nuevo paradigma de atención pretende una atención en salud mental inserta en la

² Para entender este periodo hay tres documentos básicos: el *Mapa Sanitari* (GdC, 1980), *Estudis i dictamens* (Dp. Sanitat i Assistència Social, 1980) y el *Informe Bassols* (1980), basado éste en la psiquiatría de sector francés y el modelo de atención en salud mental británico.

3) El desarrollo de este modelo de gestión de la sanidad no se puede atribuir solo a un determinado gobiemo, pues es el resultado de complejos entramados político-administrativos de larga historia.

Al no estar el Servicio Catalán de Salud implicado en la gestión de un servicio, si no que desde fuera valida sus resultados, la propuesta del «modelo mixto» parece posible. Pero en la práctica las cosas no son así: existe una gran heterogeneidad de recursos, ya que los proveedores son muy variados; se sigue en general grandes gastos, pues es muy difícil economizar, objetivada, formular la sanidad competitiva, introducir criterios de validación... Las directrices de este plan son claras: eficacia y eficiencia empresarial, ahorro

deben dedicar su atención a la gestión de recursos. La mayor parte de profesionales que han llevado el peso del proyecto reformista de superior alcance y los profesionales que han llevado el peso de la gestión de recursos de empresas esas empresas proveedores se unen para formar organismos de gestión mayor peso, las empresas que tienen los hospitales (spitälicos) adquieren empresas del sector (en su mayoría las que tienen los hospitales spitälicos) y las grandes muchas recursos de la salud mental se integrarán de este modo: las grandes tan delicadas, si no por los efectos que esto va a desencadenar. A parte de este momento por los modelos organizativos que genera y por el espíritu que introduce en el ámbito clínico, empresearial privatizador para los recursos de la sanidad pública (14, 15). Decisión no sólo tan delicada, si no por los efectos que esto va a desencadenar. A parte de este momento por los modelos organizativos que genera y por el espíritu que introduce en el ámbito clínico, empresearial privatizador para los recursos de la sanidad pública (14, 15). Decisión no sólo

Este punto es decisivo: se introduce en este momento un modelo de gestión Diputaciones, Ayuntamientos o de lo privado (13). Deben de proveer los recursos que tienen de lo público (Institut Català de Salud (ICS), salud mental, recursos que pertenecen a la sanidad pública (Institut Català de Salud (ICS), finalidad la planificación, financiación, contratación y valoración de los recursos de no proveer los recursos como costumbre el sistema público de salud, si no que tiene como definido lo que se ha venido en llamar *modelo mixto*; el programa de salud mental ya repite el modelo aplicado a la Sanidad general (a la red de hospitales generales, la XHUP). Pero ese *Pla de salud mental* rápidamente muestra un carácter particular que

Salut y el Pla de Salut mental. Se inspira en la LLOSIC, la Ley General de Ordenación de Salud y el Pla de Salut mental. Se crea dos elementos básicos: el Servicio Catalán de Sanidad que ha aprobado el Parlamento Catalán y cuyo plan es integrar los recursos de salud mental en la asistencia general (12).

Tras ese largo periodo llegamos a un momento decisivo, crucial a un punto de Tarragona, Lérida y Gerona (de Barcelona asume la gestión, sin que los traspasos hayan quedado aún totalmente realizados) y crea dos elementos básicos: el Servicio Catalán de Catalán, a la Generalitat. Punto clave, que va a marcar la siguiente etapa, con la que entiendes: en 1990 se inicia el traspaso de competencias de las diputaciones al gobiemo catalán, a la Generalitat. Punto clave, que va a marcar la siguiente etapa, con la que llegaremos a un punto de exclusión.

Como cuadriente otra enfermedad, sin necesidad de tratar a las personas de la reforma sanitaria así que la enfermedad mental puede ser tratada y rehabilitada de recursos sanitarios y socio-comunitarios interconectados (gráfico 1). El modelo comunidad que procura sostener y tratar al enfermo, incluso el más grave, en redes afecas en lugares de exclusión.

contener y frenar el ingente gasto hospitalario y farmacológico sin una decidida voluntad más allá de criterios economicistas ...

Poco a poco, al introducir criterios economicistas y mercantilistas en el sector sanitario, la atención pública se va transformando: los centros de atención se convierten en «empresas proveedoras», los recursos de atención en «cartera de servicios» y los pacientes o usuarios a menudo en «clientes». La lógica empresarial empieza a impregnar muchos eslabones de la salud mental, marcando y acortando la duración de la atención (las altas hospitalarias, los períodos en los recursos intermedios; las visitas en los Centros de salud mental), incrementando la burocracia y los ítems cuantificadores, creando el temor a posibles competencias entre los proveedores, etc. Además, el programa de salud Mental trata de obtener los mayores rendimientos y el máximo incremento de los recursos sin aumentar demasiado la inversión.

A pesar de este modelo mixto de gestión economicista, los traspasos van a tener efectos beneficiosos en el sector: se abren más centros de salud mental de adultos y de infanto-juvenil (CSMAs y CSMJs) para asistir a toda la población, se prosigue con mayor esfuerzo la reconversión de las antiguas plazas de neuropsiquiatría en atención primaria que irán siendo absorbidas por los centros de salud mental, se inicia la reforma de la atención primaria para ampliar el tiempo de atención y su calidad, se amplían el número de centros de día (que en 1991 se constituye como red) y el de hospitales de día, se crea el trabajo en circuito para integrar los diferentes niveles asistenciales de primaria, secundaria y terciaria... A la vez, y respondiendo en muchas ocasiones a lo que produce más alarma social, aparecen Unidades especializadas: Unidades para Trastornos alimentarios, Unidades de Sueño, Programas para Ludopatías, para TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo), para Esquizofrenias refractarias...

Con mucha mayor lentitud, se amplían los recursos destinados al Trastorno Mental Grave o Severo, en muchos casos por presiones de ciertos colectivos; la Federación de Asociaciones de familiares de enfermos mentales agrupa más de 3.000 familias y tiene un fuerte poder mediático. Se crean entonces los Programas de Atención al Trastorno Mental Severo (16), en el cual cada paciente dispondrá de un profesional de referencia, un Proyecto terapéutico individualizado (el PTI) y un Programa de Rehabilitación Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR). Todo ello incluye seguimiento de pacientes, información a las familias, atención domiciliaria, mejora de la atención en crisis, importancia de la rehabilitación y reinserción, coordinación con el circuito... Este programa se irá instalando paulatinamente en los diversos centros de Atención. Se intentan también líneas de reconversión de camas hospitalarias, solicitando a los Hospitales psiquiátricos la diferenciación de sus pacientes en unidades específicas (MILLE o larga estancia, agudos, subagudos...) o temáticas (disminuidos, psicogeriatría...). Eso permite que ciertos recursos, así los destinados a esos dos últimos colectivos, dependan de otros presupuestos: Disminuidos de Bienestar Social y Psicogeriatría de un programa de más alcance que Sanidad destina a los de mayor edad, el programa «Vida als anys».

• **Ejemplo:** PS1, Plan de Servicios Individualizado, es un programa piloto basado en el modelo de gestión de casos con un coordinador de proyecto individual (CPI) que atiende a cada enfermo, trabajando en su entorno y coordinando todos los recursos en su gege.

La culminación de ese largo proceso ha sido el decreto-ley que define la Red de salud mental de utilización pública en julio de 1999 (20). Su finalidad es integrar, en una red médica, todos los servicios que realizan la atención en salud mental; aunque ese decreto ya autoriza que se realicen intervenciones preventivas y de promoción, daña su comprensión. Su inspiración, la letra de la ley, reza así: consigue un modelo de atención interdisciplinaria e intersectorial (con la participación de recursos sociales, educativos, educativos); garantizar la continuidad asistencial; procurar la atención y reinserción en la comunidad; dedicarse en especial a la atención y a los trastornos mentales graves y severos; atender las necesidades de las familias; consagrar criterios de calidad.

También en el momento presente, y desde Bienestar Social en este caso (19), se están intentando desarticular desde hace muy poco, año 2000, recursos comunitarios: pisos protegidos, residencias comunitarias, plazas de trabajo protegido, clubs socio-terapéuticos... Destaques ya esas unidades debilitadas del modelo y uno de los que más efectos produce, pues es una de las mayores debilitadas del modelo y en la comunidad es una de las más nivales, tal como veremos más adelante.

que existen caminos futuros para la salud mental en Cataluña. Uno de los más señalados es el de reordenación y reconversión de los hospitales psiquiátricos, los hospitales más antiguos (17). Con este fin, el Programa de Salud Mental ha llegado a un acuerdo en el año 1999 con varias entidades proveedoras para que inviertan en los cinco próximos años 7.600 millones, que el Programa se compromete a devolver con intereses en plazo de 20 años. Este proyecto consiste en la creación de 5 nuevas Unidades Penitenciarias, 1 de Alta Seguridad, 1 de Subaguados para Adolescentes y 2 Unidades Psiquiátricas, 2 de Psicología Dual, 1 de Psicología Dual con Alcoholismo, 1 de Psiquiatra Agudos (que deberán estar fuera del hospital psiquiátrico), 7 unidades de Alta Dependencia en la comunitad. Estas Unidades de nueva creación se constituirán tanto en el interior de los hospitales (alguna ya ha empezado a funcionar), como en la comunitad (así, las Unidades Polivalentes, que incluyen centro de día, hospital de día y recursos residenciales) a corto o largo plazo, están en la línea de establecer todas las unidades de agudos en hospitales generales (18), desarticular programas específicos de psicoterapia, otros proyectos, a corto o largo plazo, para el Trastorno Mental Severo (programa PSI), mejora de recursos rehabilitadores, etc.

El decreto, que no propone programas ni dotaciones mínimas para los recursos de salud mental, se compromete a prestar los siguientes servicios: atención especializada (red de CSMA y CSMIJs), servicios de hospitalización de agudos (independientemente, se afirma, de su ubicación física), servicios de subagudos, servicios de internamiento en la comunidad (así, las comunidades terapéuticas), de atención específica (las de atención a anorexias, ludopatías, TOC, etc.), de hospitalización parcial (los hospitales de día), de rehabilitación comunitaria (los centros de día), unidades polivalentes (que incluyen varios servicios a la vez).

El decreto señala también que todos estos servicios deberán, además de sus funciones específicas, promocionar la salud, educar a la población, realizar medicina preventiva, desarrollar investigación clínica y epidemiológica e impartir docencia.

Llegamos aquí al punto que tratamos de analizar: cuál es el estado de la reforma en Cataluña, ¿existe una auténtica red de salud mental (pues no basta con decretarla para que aparezca)?, ¿qué modelo de atención se configura?, ¿cómo está dotado?, ¿cuáles sus fortalezas y debilidades?, ¿hacia dónde se dirige?

Para perfilar con la mayor claridad estos interrogantes, analizaremos uno por uno, desglosándolos, los diferentes niveles de atención, advirtiendo antes de una dificultad añadida para este análisis: los datos han sido conseguidos desde múltiples ámbitos, con algunas dificultades algunos, aunque conviene puntualizar que los datos sobre recursos han sido suficientemente contrastados. Otra dificultad es la calificación de los recursos; así, recursos muy diversos, algunos bastante limitados, pueden tener la misma denominación.

Análisis de recursos (ver mapa de recursos de tabla 2)

Para evaluar algunos de estos recursos utilizaremos las estimaciones propuestas por diversos comités de expertos, en especial las del Cuaderno técnico de AEN denominado «Hacia una atención comunitaria de calidad», que basa sus estimaciones en diferentes programas de Salud Mental nacionales e internacionales (21).

Recursos sanitarios y comunitarios (en relación con el Departamento de Sanidad) (17)
Centros de salud mental (22, 23, 24). Actualmente hay una red de 66 CSMA y 33 CSMIJs, pronto serán 67 y 34 respectivamente, que cubre zonas entre 10-20.000 habitantes hasta 250.000 h o más; el promedio es de 100-150.000 habitantes. Sus módulos de atención⁵ son de 1-2h/1000 habitantes en CSMIJ y 2-3 h/1000 habitantes en CSMA⁶.

En todo caso, pese a que esa red se ha ampliado a todo el territorio catalán, el incremento de la demanda, cifrado entre 1'5 hasta 2-3 veces (pues depende de zonas) la de años pasados, ha desbordado con creces las posibilidades de atención que antes eran posibles. En parte, se ha debido a la absorción de los pacientes de los cupos de neuropsiquiatría; por

⁵ El modulo de atención es el número de horas totales a la semana que destina un centro de salud mental para un determinado número de habitantes (por ejemplo, un módulo de 3'3 h/1000 hab. correspondería a 330 horas de atención para 100.000 habitantes repartidas entre varios profesionales).

⁶ La ratio de calidad es de 3-4 horas por 1000 habitantes como mínimo (21, 23).

especializadas de reciente puesta en marcha. Recientemente han dado lugar a la creación de programas para Psicología Dual y Unidades Provenientes de Parto (en sus inicios), ONGs, comunidades religiosas, que más alarma social que estos enfermos genera ha movilizado muchos recursos, que más bien son de tipo preventivo. Cabe destacar de esta red la imbricación de recursos terapéuticas (la mayoría privadas financieras) que dispone de 11 comunidades (CAS), por 10 Unidades de Desmitoxificación hospitalarias y dispone de 54 centros de atención Red de recursos para toxicomanías (25); esta constituida por 54 centros de atención

posibles. Se han incrementado los anticipados en un 40 % y las benzodiazepinas en un 10 % por lo menos) y la drástica reducción de absorciones más psicotrópicos antes (se han segundas visitas, el consiguiente aumento de los tratamientos farmacológicos primas y segundas visitas, el consiguiente aumento de los tratamientos farmacológicos la disminución del tiempo de atención por visita, el aumento del tiempo de espera para la demanda de la demanda de los CASM) han sido

Las consecuencias de tanto que depende de los criterios de cada centro. Programa TMS (16): este es un programa con el que se ha dotado a los centros de salud se extenderá a todos los centros de salud mental. Su ambición es tratar integralmente a este tipo de pacientes, con mucho mayor apoyo de enfermería y de trabajo social, y el programa de Tratamiento Individualizado (PTI) antedicho. Su dotación, sin embargo, no alcanza a cubrir a todos los pacientes de estos caracteres ni con la calidad requerida. A veces solo permite seguramente farmacológicos y controles de algunos factores de autonomía personal de los enfermos, cierta intervención educativa de las familias, visitas domiciliarias muy delimitadas y poco más. Su cumplimiento es muy variable, ya que depende de los criterios de cada centro.

Más allá de esta posibilidad, estos absorciones dependen del voluntariado de los profesionales de atención especializada. Cabe añadir la persistencia de algún antiguo centro de higiene mental no reconocido que sigue atendiendo con técnicas psicoterapéuticas y preciosos médicos con la ayuda de algún Ayuntamiento (Comella, Badalona).

Abordajes psicoterapéuticos: hay tan solo dos unidades específicas para todo el territorio que realizan tratamientos psicoterapéuticos, psicoterapias breves de orientación psicoanalítica a tiempo limitado. Se trata de un unidad para adultos (PTA) y otra para infantos-jovenes (PTI) elevado tanto por centro de los pacientes tratados y la importante disminución o retiro de salud mental. Un estudio realizado por estas unidades confirma la mejoría clínica de un 75 % por los Centros situadas en Barcelona Ciudad, cuyos pacientes son derivados en un 75 % por los Centros de salud mental. Pero ese esceinte incremento no se ha acompañado de los correspondientes aumentos de personal (inferiores en general al 70 %; entre 10-65 %).

Però ese creciente incremento no se ha acompañado de los correspondientes aumentos de otro, al trabajo con la atención primaria y la sensibilización de los médicos de cabecera.

INFORMES

Red de centros de día. Hay actualmente 42 centros de día para adultos y 7 centros de día para infantil. En total 49 centros de día en toda Cataluña (pronto serán 52). Desarrollan programas específicos según lugares y posibilidades (programa funcional de actividades, de atención a familias, de inserción comunitaria, de soporte a pisos asistidos, de inserción laboral o de externación de pacientes de larga estancia). Su dotación es muy variable, con profesionales de muchos tipos (algunos monitores tiene únicamente categoría de auxiliares de clínica) y acostumbran a estar infradotados de personal (alguno sólo tiene dos o tres profesionales). Los Centros de Día infantiles están en general ubicados en antiguas escuelas especiales. Su distribución geográfica es muy irregular. Hay actualmente 1409 plazas, o sea, unas 23 plazas para cada 100.000 habitantes⁷. Para paliar los déficits, muchos de esos centros tiene diversas modalidades de vinculación (algunos amplían número de pacientes atendidos a costa de disminuir sus posibilidades rehabilitadoras).

Esos centros se insertan en redes comunitarias más amplias y procuran realizar técnicas de rehabilitación activa. Sin embargo, la infradotación de estos recursos, así como la escasez de recursos comunitarios de inserción (laborales, de vivienda, sociorecreativos, etc.), ha traído como consecuencia la posibilidad que muchos de los centros de día no puedan tener más función que la de «guardadores» de pacientes, en general de pacientes cronificados y con pocas posibilidades de rehabilitación activa (un grupo de trabajo sobre Rehabilitación del Servei Català de Salut (25) ha calculado que tan sólo llega a un 5-10 %). Es significativo que se siga llamando «centro de día» lo que en otras comunidades recibe el nombre de Unidad de rehabilitación.

Hospitales de día. Existen actualmente 8 hospitales de día para adultos (7 en Barcelona provincia, de ellos 3 Barcelona capital, uno en Lérida en el hospital general y ninguno en Tarragona y Gerona), 6 de infanto-juvenil y 2 de adolescentes. Señalar que algunos de ellos consisten en un número de camas de un hospital general. Nuevamente cabe resaltar que la infradotación de recursos ha producido, por un lado, el acortamiento de las estancias (hace pocos años tenían un promedio de 8-12 meses, hoy es de 3-6 meses como máximo) y, por otro, la creciente dificultad para su labor rehabilitadora. Hay actualmente 276 plazas de hospital de día de adultos y 124 de infanto-juvenil, es decir, unas 4'6 plazas de adultos para 100.000 habitantes y 2 de infanto-juvenil⁸.

Comunidades terapéuticas. Sólo hay tres en la red catalana (también todas en Barcelona).

Cabe resaltar de todas estas redes de recursos antedichos que pocas pueden tener un funcionamiento propiamente comunitario, aquel donde los recursos sanitarios (CSM, centro de día, hospital de día, comunidad terapéutica) se insertan en la comunidad con recursos de inserción (taller protegido, pisos asistidos).

⁷ La ratio de calidad para centros de día es mínimo 20 y óptimo 50 plazas para 100.000 habitantes (21).

⁸ La ratio de calidad para hospitales de día es de 10-19 plazas de adultos y 3-5 de infanto-juvenil para cada 100.000 habitantes (21)

Recurtos hospitalarios *Hospitales psiquiátricos: un estudio del año 1975 realizado en todo el territorio español*

INFORMES La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán 1373 (111)

Los hospitales monográficos han seguido dos caminos: mientras unos se han intentado reformar abriéndose al exterior y creando recursos de tipo rehabilitador (han reducido camas y creado unidades polivalentes en la comunidad, por ejemplo), otros han mantenido un modelo tradicional hospitalario de tipo más cerrado.

De todos modos, el Programa de Salud Mental ha puesto en marcha el proyecto anteriormente citado de reconversión y reordenación de los Hospitales Psiquiátricos Monográficos. Así pues, dichos Hospitales persistirán, pero deberán diferenciar más la población que atienden, establecer programas específicos para determinadas patologías y procurar que la atención que realizan para los pacientes agudos se realice en dispositivos cercanos a la comunidad.

Atención de agudos en hospitales generales.

Hay varios hospitales generales que tienen servicios de urgencias y camas de media estancia, sobre todo en Barcelona provincia (Clínico, San Pablo, Bellvitge, Hospital del Mar; Valle Hebrón, S. Gervasio). Atienden la población que acude espontáneamente por situaciones de urgencia y algunos todavía mantienen consultas externas.

Muchos de esos servicios no pertenecían propiamente a la red asistencial, y funcionaban autónomamente respecto al entramado de centros de salud mental, por lo que hoy se está intentando integrarlos a la red de salud mental de una forma más clara. El problema más preocupante es que muchas veces la atención a los pacientes sigue las líneas de investigación del momento (tienen Programas específicos de Patología Dual, Esquizofrenia Refractaria, TOC, etc.), muchas destinadas a ensayos de tipo farmacológico, que dejan a los pacientes temporalmente fuera del circuito asistencial.

Hoy está en proyecto (18) depositar la mayor parte de la atención para pacientes agudos en hospitales generales (en Barcelona parece ha sido por presiones del Ayuntamiento). Muchas de las nuevas unidades de agudos seguirán perteneciendo a los Hospitales Monográficos .

Atención urgente: No hay actualmente en el territorio catalán un dispositivo de atención domiciliaria en crisis, salvo el de los Programas de Trastorno Mental Severo. Conviene destacar en Barcelona ciudad y cercanías la Unidad de crisis del Instituto Psiquiátrico Municipal; y también el servicio de urgencias del 061, que atiende a domicilio muchas urgencias psiquiátricas y que posee desde hace un tiempo la potestad de realizar traslados involuntarios para que el Hospital de referencia valore la posibilidad de un ingreso involuntario, un tipo de ingreso que se ha incrementado en los últimos años. Actualmente se están probando dispositivos de atención telefónica urgente para que consulten los profesionales de primaria y los hospitales sin servicio de psiquiatría. En los demás territorios la atención urgente corre a cargo del médico de cabecera.

Pisos asistidos y residencias. Es destacable en la salud mental de Cataluña el caso de Trabajo) de estos servicios (en relación con el Departamento de Bienestar Social y el plan específico. Hoy un plan de servicios de Bienestar Social (19) para empadronar desatollos de este tipo de recursos. Hasta el año 2000 no se habría puesto en marcha ningún desatollo de este tipo de recursos. Es un plan de recursos que recoge el modelo de enfermedad mental. En el que se recogen las necesidades de las personas con diagnóstico de esquizofrenia y que debida a enfermedad mental (de ellas un 85 % con diagnóstico de esquizofrenia) que un 40 % de los «sin techo» padecen enfermedad mental.

Se sabe que existen 60-70 plazas de pisos asistidos (a los que se podrían sumar otras 100 de pisos asistidos aún no concetrados) y 100-130 plazas de residencias a Bienestar Social en toda Cataluña; estos recursos están, hoy por hoy, sobreexplotados por la importante demanda y necesidad existentes. Se estima que en 1-2 años pudieran abrirlse 200 más en diferentes zonas del territorio (Sabadell, Tarrasa, Dretat, Bixagüona, Tarragona, Igualada, Maresma, Vilanova i la Geltrú). Hay pues 26 plazas de pisos para cada 100.000 habitantes y 21 de residencias¹⁰.

Ese mismo estudio de Bienestar Social realiza una estimación de necesidades de 930 plazas de hogar-residencia y 1044 de pisos protegidos. Estamos, pues, entre un 10 a 15 % de las necesidades. La gran mayoría de enfermos debe vivir con sus familias o en residencias para 3^º edad o formar parte de los «sin techo». Señalamos que Bienestar Social gestiona de forma centralizada estos recursos y que los enfermos con menor grado de discapacidad y que disponen de pensiones deben apoyar parte de estas para disipar de una plaza.

Trabajo protegido. Se calcula que en toda Cataluña hay como máximo unas 150 plazas. La mayoría de ellas están destinadas a enfermos mentales bien conservados y con buen nivel de autonomía. Algunas pertenecen a las Asociaciones de familias o a los escasos recursos comunitarios que existen (Pi i Molist, Joià, Tres Turons). Hay pues 2,5 plazas de trabajo tutelado para cada 100.000 habitantes¹¹. Así, una gran parte de esta población de enfermos que da fuerza a dicha protección.

Redes de voluntariado. No se sabe que existan como tales, por lo menos especialmente dedicadas a este tipo de enfermos, salvo las de algún hospital psiquiátrico (San Juan de Diós de San Boi) o de las Asociaciones de familias.

Clubs socio-terapéuticos. Apenas existen, aunque Bienestar Social subvenciona 3 como experiencias piloto y proyecto abierto más. Los otros que existen pertenecen a las Asociaciones como óptimo (21).

¹⁰ La ratio de calidad tanto para pisos asistidos como para residencias es de 20 plazas para cada 100.000 habitantes como mínimo y 30 como óptimo (21).

como óptimo (21).

Nivel de los profesionales (23)

En la red se ha incrementado notablemente la presencia de psiquiatras (en un 30-50 %), mientras los psicólogos han aumentado poco (1-10%) y los trabajadores sociales apenas, cuando no han disminuido, especialmente a nivel hospitalario. El aumento de la enfermería en S. M (50-100 %) ha sido gracias a que antes casi no existía. En los equipos multidisciplinares, si tenemos en cuenta las proporcionalidad aconsejada por comités de expertos para cada tipo de profesional, los psiquiatras realizan ahora más horas de atención en relación con los profesionales de otras titulaciones (en CSMA las horas de psiquiatra es de un 41% frente a un 20 % de psicólogo, 11 % de enfermería y 12 % de trabajo social; y en CSMIJ es de 24%, 48%, 3% y 8% respectivamente para Pt, Ps, Enf y Ts)¹².

No existe una reglamentación homogénea laboral en el sector, pues el Programa de Salud Mental lo deja al albur de los centros proveedores. Esto implica que los sueldos de los profesionales tengan grandes variaciones de unos lugares a otros (puede ser incluso el doble). Los profesionales de salud mental no tienen incentivaciones profesionales ni complementos de exclusividad (predomina el pluriempleo, sobretodo el trabajo en consulta privada), recibiendo en general sueldos más bajos que en el resto de España. Tampoco hay una reglamentación laboral respecto de los coordinadores de los distintos servicios, siendo mayoría de psiquiatras en los CSMA y de psicólogos en los CSMIJ y centros de día.

Presupuesto de salud mental (gráfico 2)

El análisis del presupuesto en Salud Mental nos ayuda también a dibujar el modelo de atención.

El presupuesto en Salud Mental del año 2000 tiene varias fuentes: del Programa de Salud Mental (18.300 millones de Sanidad, con la previsión de llegar casi a 20.000 en el próximo), de la Psiquiatría de los Hospitales Generales (4.000 millones de Sanidad), de Psicogeriatría (4.400 millones que dependen de Programas Sociosanitarios), de la Red de Drogodependencias (cuyo presupuesto de 2.700 millones proviene de Sanidad y una parte del Plan Nacional de Drogas) y del presupuesto que Bienestar Social destina a la Red de Atención al Retraso Mental (10.500 millones) o a recursos comunitarios (no precisada).

La Salud Mental constituye el 4'07 % del presupuesto total de Sanidad (738.000 millones), si sumamos las partidas más claramente destinadas a este apartado (Programa de Salud Mental, Psiquiatría de Hospitales generales, Psicogeriatría y Drogodependencias).

A su vez, el Programa de Salud Mental reparte su presupuesto entre los diferentes recursos existentes, con proporciones muy variables, sobresaliendo el 35 % que destina a Larga Estancia frente al 26 % para centros de salud mental, 7 % para centros de día y 6 %

¹² Los comités de expertos plantean equipos multidisciplinares con la siguiente proporcionalidad: CSMA (Psiquiatra 24-35%, Psicólogo 18-24 %, Enfermería 12-20 %, Trabajo Social 12-20 % y administrativos 18%) y para CSMIJ (Pt 17%, Ps 32%, Enf 17%, Ts 17% y Adm 17% respectivamente) (23).

- *Permite en el Sistema General de Salud (el presupuesto destinado a Salud Mental es aun muy bajo).*
- *La atención en salud mental sigue consumiendo gran cantidad de recursos sanitarios totales el gasto farmacéutico en Cataluña (27) es el 25 % del gasto (17); uno, el gasto farmacéutico en Cataluña (27) es el 25 % del gasto sanitario total, siendo el gasto en tratamientos para el Sistema Nevrioso Central el mayor de todos los especialidades (aunque últimamente se ha contenido el gasto de forma notable, en gran parte recordando márgenes farmacéuticos); dos, el gasto en camas psiquiátricas sigue siendo imponente, consumiendo un elevado tanto por ciento del presupuesto en Salud Mental (ya hemos señalado que es un 55-60 %, destacando las de cromicos en un 35%).*
- *El modelo de atención en salud mental comunitaria al que apunta la comisión para la reforma basada en la atención primaria de salud, así como en la atención especializada y los recursos socio-sanitarios en la comunidad (centros de salud mental, centros de día, hospitalines de día...), es una muy dificultad, por la saturación de estos servicios y la improductividad de esos recursos (entre todos ellos sólo alcanzan el 40 % del gasto sanitario total en salud mental).*

Si un embargo, a un usuario entrañadero, no se ha puesto suficiente atención en las líneas más finas que rodean la comisión para la reforma ([1]), las que supondrán una auténtica transformación del antiguo modelo. Así se encontramos (gráfico 3):

¿Cuáles, pues, el estadio de la reforma en salud mental en Cataluña? Estimamos que se ha avanzado mucho en los últimos 25 años en la atención en salud mental como hemos podido comprobar y que se han efectuado numerosas reformas, pues claramente los pacientes son atendidos con mayor calidad, hay muchos más recursos terapéuticos y programas de calidad, desigualdad en especial el desarrollo de la atención infantil y de adultos, la integración de la salud mental en la atención sanitaria general, los programas de atención primaria, la reforma (aún no terminada) de los ambulatorios de para asesores a la atención primaria, la atención sanitaria infantil, los programas de atención primaria, la creación de plazas de recursos intensivos, los programas disminución de camas psiquiátricas convencionales en otras (como psicogeriatría) o en recuros rehabilitadores (así, unidades polivalentes en la comunidad), la propuesta de que los integrados se realicen en unidades de agudos fuera del hospital psiquiátrico, etc.

Para hospitales de día, los recursos comunitarios con más posibilidades de rehabilitación y remesión. También destaca el presupuesto total que destina a recursos hospitalarios (un 55-60 % como mínimo, si contamos el 35 % para MILLE, el 8% para subagudos y el 13 % para agudos).

- Los recursos comunitarios de reinserción, en el marco de todo el territorio de Cataluña, son muy deficitarios. No resulta por ello nada fácil la rehabilitación de los enfermos más graves. La escasez de esos recursos no permite una fácil externación de los pacientes ingresados ni resolver las indicaciones que se puedan realizar desde los recursos primarios especializados (los programas para TMS están por ello limitados) ni aprovechar los resultados de los programas de rehabilitación que se realizan en los recursos intermedios.
- Muchos servicios siguen girando alrededor del hospital psiquiátrico que mantiene un importante población de enfermos, a pesar de que algunos hospitales psiquiátricos han puesto en marcha proyectos de reconversión (externación de pacientes, programas de rehabilitación destinados a la reinserción en la comunidad...). Pero esos nuevos servicios se crean a veces en el interior de los hospitales psiquiátricos o están en la órbita del hospital. Mencionemos que hoy no existe ninguna propuesta así expresada de auténtica superación del hospital psiquiátrico, tal como aconsejaba la comisión para la reforma.
- Hay multiplicidad de redes paralelas (a veces diferentes proveedores se ocupan de un mismo sector); no hay un verdadero funcionamiento en red (proveedores con modelos muy variados, tendencia al funcionamiento autónomo de los hospitales generales, dificultades para la continuidad de cuidados...); las unidades de atención a toxicomanías (CAS) y las de Estimulación Precoz no están integradas en la red general; Sanidad apenas se coordina con otras áreas (Trabajo, Justicia, Educación), salvo programas puntuales; no existen propiamente Áreas de salud, etc.
- No se ha reducido la hospitalización psiquiátrica a lo imprescindible, pues el modelo hospitalario y custodial mantiene un gran peso. Se han disminuido las camas psiquiátricas, pero el reingreso de pacientes es demasiado frecuente, posiblemente debido a la escasez de recursos de reinserción y de rehabilitación activa, entre otras causas.
- Las acciones terapéuticas no se facilitan en el entorno social de los enfermos, sino muy a menudo en lugares muy alejados (entre el 60-80 % de los recursos, sobre todo los especializados, están en Barcelona provincia). Y no siempre los pacientes crónicos pueden beneficiarse de recursos en su entorno socio-familiar. Al contrario, gran parte del peso de los cuidados de una población con alto grado de cronicidad recae en los familiares que en demasiadas ocasiones no disponen de recursos rehabilitadores cercanos ni de atención domiciliaria adecuada ni de redes de voluntariado a quienes recurrir.
- No se realizan suficientes programas de rehabilitación activos y menos de prevención. Hay que señalar que las primeras crisis de casos graves, que reciben atención farmacológica e ingreso psiquiátrico cuando lo precisan,

sumando y potenciando sus efectos. Para entenderlas, hemos de imaginar este modelo funcionando en vivo y en su conjunto, entendiendo que todos los factores analizados hasta ahora actúan a la vez,

por lo menos: económicas, clínicas especialmente y éticas. De la aplicación del modelo actual. Pero sus consecuencias se muestran de tres maneras clave y decisivo, ya que los datos no explicitan claramente las consecuencias y riesgos ?Qué efectos genera este modelo? Conviene detenerse en este punto, pues es

espera, especialmente en primeras visitas. Hay que resaltar además la existencia de listas de espera de entre 2-4-6 meses el Programa de Salud Mental pone un gran énfasis en que se disminuyan los tiempos de Subagudos, Large Estancia, Unidades de psicoterapia, etc. Con la presión añadida de que (según épocas) en muchos de los recursos: Centros de salud mental, Hospitales de Día, aumentado ligeramente el presupuesto en salud mental, pero en general se tiende a crear recursos de ámbito hospitalario o sanitario y comunitarios de inserción.

Es cierto que se han desplegado mayores recursos para la red e incluso ha desatollado recursos intermedios de rehabilitación y comunidades de inserción.

Constatamos, pues, que la salud mental catalana ha experimentado cierta reforma y mejora, que es la muy alejada del antiguo modelo neuropsiquiátrico y manicomial, pero no podemos aún hablar en un sentido de una decidida transformación propia de una salud mental moderna como la que propone el documento para la reforma.

Evaluación de los efectos del modelo

farmacológico mente.

clásica concepción de un trastorno crónico de causación genética a tratar educado a la población en la comprensión de estos trastornos, sino en la • Se mantienen aún la exclusión social del enfermo mental, pues no se ha su financiación).

Mental no reglamenta la formación, aunque ayuda de alguna manera a seguir líneas de investigación farmacológica. No existe un programa biomedico que se realice básicamente en unidades hospitalarias y tiene de desatollados.

lado, los programas de prevención de los trastornos mentales están poco recursos comunitarios que evitan su posible cronificación. Por otro lado, no siempre cuentan con los adecuados programas de rehabilitación y de

Entre sus *consecuencias económicas* sefalemos que la aplicación de este modelo mixto, pese a que intenta limitar y ahorrar los gastos en múltiples esferas (especialmente en recursos primarios, intermedios y comunitarios), no ha conseguido reducir el consumo de recursos hospitalarios y farmacológicos (los antidepresivos y neurolépticos de nueva generación han disparado el gasto (17); así, los neurolépticos están en el segundo lugar de los fármacos que han aumentado con un 29 % y los antidepresivos en el cuarto con un 18 %, sumando entre ambos el 10 % de todo el gasto farmacológico). Por un lado, porque no ha puesto decidida voluntad en ello; por otro, porque las consecuencias clínicas del modelo no lo permiten. Eso ha collevado el efecto contrario: seguir generando una deuda importante. No se adivinan, pues, los beneficios de la privatización del sistema (más del 60 % de recursos son ya privados). Además, la concertación de recursos muy heterogéneos provenientes de proveedores con modelos de atención muy diferentes ha fragmentado el sector o, mejor dicho, ha hecho imposible la unificación y homogeneización propia de una red de salud.

Abundemos en los riesgos del modelo mixto economicista: tendencia a favorecer a las grandes empresas del sector; estimular la libre competencia (a menudo en un mismo sector); crear un fuerte peso burocrático; tener que imponer criterios restrictivos en las estancias de recursos intermedios y otros; favorecer que los recursos de atención se transformen en empresas de gestión; dejar al albur de los proveedores la calidad de los servicios (previsión de dotaciones en función de necesidades, análisis de carencias y consiguiente evaluación), etc.

Para captar los *riesgos y consecuencias clínicas* (gráfico 4) diferenciaremos dos niveles:

-*Pacientes afectos de trastorno mental menos grave*: la reducción del tiempo de las visitas, la baja frecuencia de éstas, el incremento de psiquiatras de la red a costa de otros profesionales, el fácil recurso a la receta sin limitaciones, los pocos recursos psicoterápicos, el poco tiempo de que disponen los médicos de cabecera (a veces poco más pueden hacer que dar fármacos y solicitar pruebas)... tienden a *medicalizar y psiquiatrizar el trastorno menos grave comportando el riesgo de cronificarlo*.

Mención aparte merece el ámbito infanto-juvenil, donde la detección a tiempo puede facilitar la prevención y evitar trastornos o cronicidades en la edad adulta. En este campo, donde se ha avanzado mucho, siguen siendo una importante deficiencia los recursos destinados a la atención en crisis.

-*Pacientes afectos de trastorno mental grave o severo*: por un lado, la escasez de recursos de reinserción y rehabilitación, la insuficiente aún dotación de los programas TMS y PSI, los pobres recursos comunitarios y redes de voluntariado y, por otro, la tendencia a la contención hospitalaria y al recurso farmacológico, la insuficiente

-Las consecuencias éticas se vislumbran en la introducción de criterios de valor mercantilista en un ámbito donde debiera primar la atención al enfermo, su capacidad y su consideración como ciudadano de Pleno derecho de la sociedad.

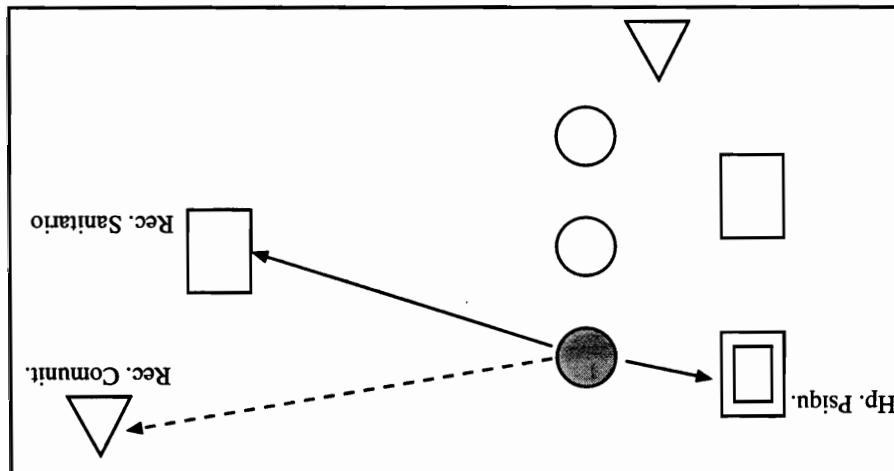
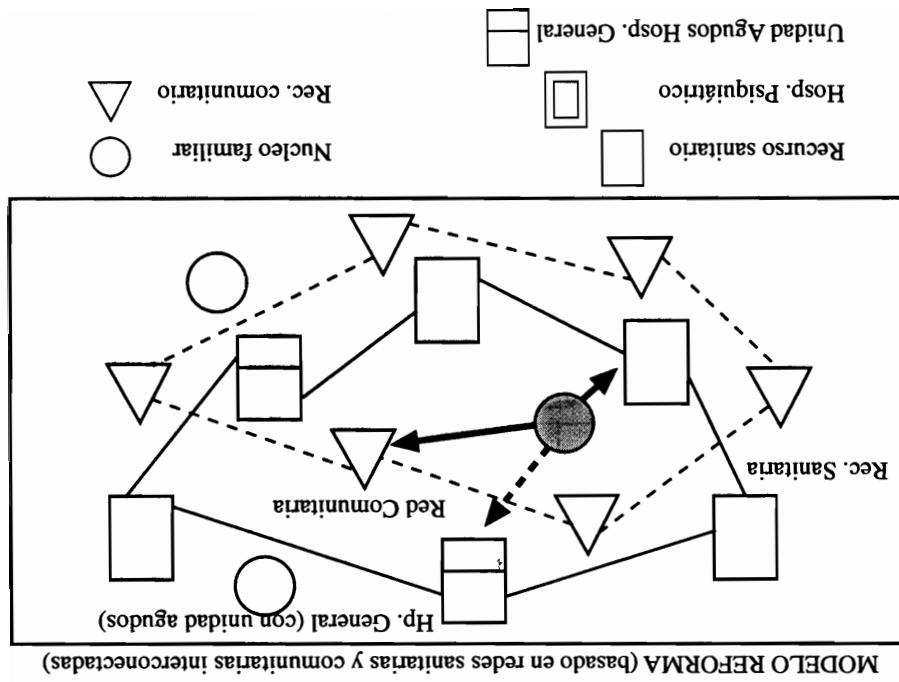
¿Qué posibilidades de reforma tiene entornos ese modelo catalán? Haciéndose dirigir por la administración que se da en la actualidad, ¿Podemos considerar que hay muchos puntos y líneas para la mejora del modelo de atención en salud mental catalán, pese a las dificultades señaladas. Y sabemos que sigue viéndose la semilla que no ha germinado tanto como hizo Cataluña una de las pioneras de la reforma. De tanto en tanto en nuestra tierra vuelve a resurgir ese espíritu (10, 12, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34). Así pues, no podemos ser pesimistas, pero hemos de cuidar mucho los caminos futuros. Hay ciertamente amenazas, pero también oportunidades muy a tener en cuenta, y desde todos los ámbitos (gráfico 5). Precisamente, eso sí, una voluntad colectiva de llevarlos a cabo, entre todos, asociaciones, políticos, profesionales, familiares y propios enfermos.

Necesitaremos seguiramente tiempo y cuidar al máximo dichas oportunidades, para ganar la lucha mundial que se ha establecido para tener una atención de calidad en salud mental y desear ya de lado la exclusión que tanto miedo ha traído a los enfermos. Tiempo y capacidad de esperar, pues como dice el poeta Mario Benedetti hablando de otras batallas:

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales que han colaborado en este trabajo. Sin ellos, no hubiera sido posible.

TABLA 1. CRONOLOGÍA HISTÓRICA

1914	<i>Creación mancomunidad cuatro diputaciones</i>
1931	<i>Decreto asistencia psiquiátrica</i>
1936	<i>Se crea Consellería Sanidad y Asistencia Psiquiátrica Proyecto piloto red asistencial comunitaria</i>
1967	<i>Proyectos comunitarios desde la Diputación</i>
1970	<i>Decreto de comisión técnica asistencia psiquiátrica</i>
1975	<i>Plan Asistencia Psiquiátrica (Sector, H.Día...) Van surgiendo centros de Higiene Mental</i>
1978	<i>Creación Insalud: no asume psiquiatría</i>
1981	<i>Nuevo plan Asistencia Psiquiátrica</i>
1979-1981	<i>Asunción de transferencias de Seguridad Social</i>
1981-1983	<i>Despliegue mapa sanitario</i>
1981	<i>Se crea el Institut Català de Salud Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP)</i>
1985	<i>Comisión para la reforma - Jornadas de la Diputación</i>
1986	<i>Ley General Sanidad</i>
1990	<i>Inicia traspaso competencias de Diputación a Generalitat</i>
1991	<i>LLOSC: Ley General de Ordenación Sanitaria Se crean Servei Català de Salut y Pla de Salut Mental</i>
1987-89-91	<i>Red de toxicomanías, red de salud mental infanto-juvenil, red de centros de día</i>
1999	<i>Decreto de creación Red de Salud Mental</i>



GRAFTCO I

TABLA 2. MAPA DE RECURSOS(2000)

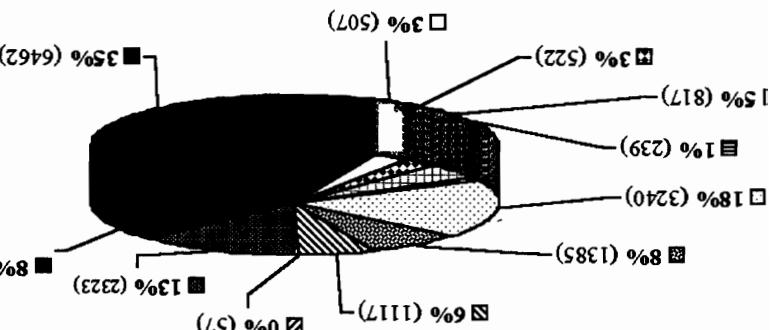
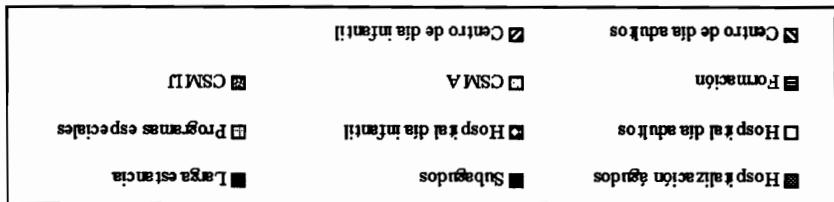
	BARCELONA	GERONA	LÉRIDA	TARRAGONA	TOTAL	PLAZAS
CSMA	46 + 5c. Perif	6 + 1c.Perif	6 + 1c.Perif	8	66+7cp	
CSMIJ	29 + 12 c.p	2 +4 c.p	1 + 6 c. p	1 + 6 c. p.	32+28cp	
H.DÍA ADUL*	4 + 3 h.h.g **	No	1	No	8	276
H. DIA INF *	2 + 2 h.h.g	1 h.h.g	1 h.h.g	No	6	
H.DIA ADOL	1	No	No	1	2	124
COM. TERAP	3	No	No	No	3	
C DIA ADUL	32	6	1	3	42	1177
C D INF	7	No	No	No	7	232
UNI POLIVAL	1	No	No	No	1	
UCA	1	No	No	No	1	48
URPI	2 + 1 c.h.g ***	1 c.h.g	1c.h.g	No	5	
CAS						54
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN						
Agudos	15	1	1	1	18	788
Subagudos	9	1	1	1	12	394
Crón (MILLE)	8	1	5	2	16	3325
Agudos en Hosp. General						287
% águdos en Hosp. Psiquiátrico						68 %

*No se han incluido las Unidades Especializadas (por ej. las de atención a anorexia que son 3)

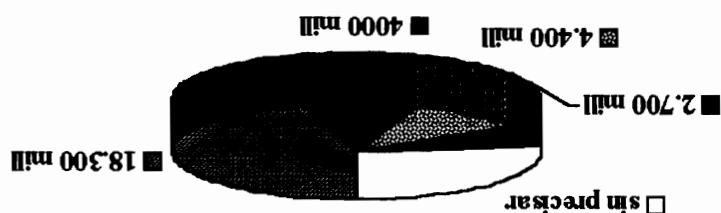
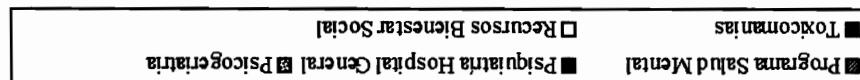
**Hospital de Día consistente en una Unidad en Hospital General

***Unas camas en Hospital General

PISOS PROTEGIDOS (plazas)	160-170
RESIDENCIAS (plazas)	100-130
TALLER PROTEGIDO (plazas)	150
CLUB SOCIO-TERAPÉUTICO	3



PROPORCIONALIDAD PROGRAMA SALUD MENTAL

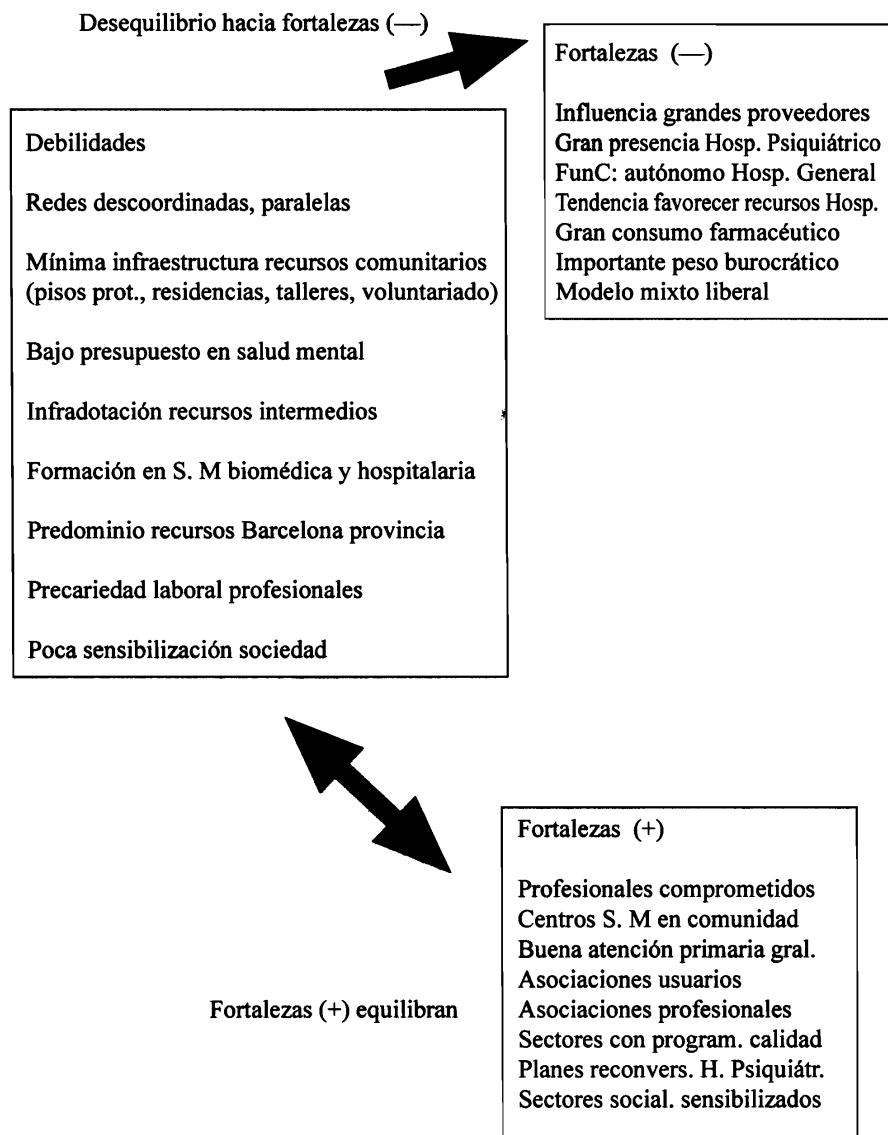


PRESUPUESTO TOTAL SALUD MENTAL

GRÁFICO 2

La reforma en Salud Mental en Cataluña: el modelo catalán
1385 (123)

GRÁFICO 3. Fortalezas y debilidades



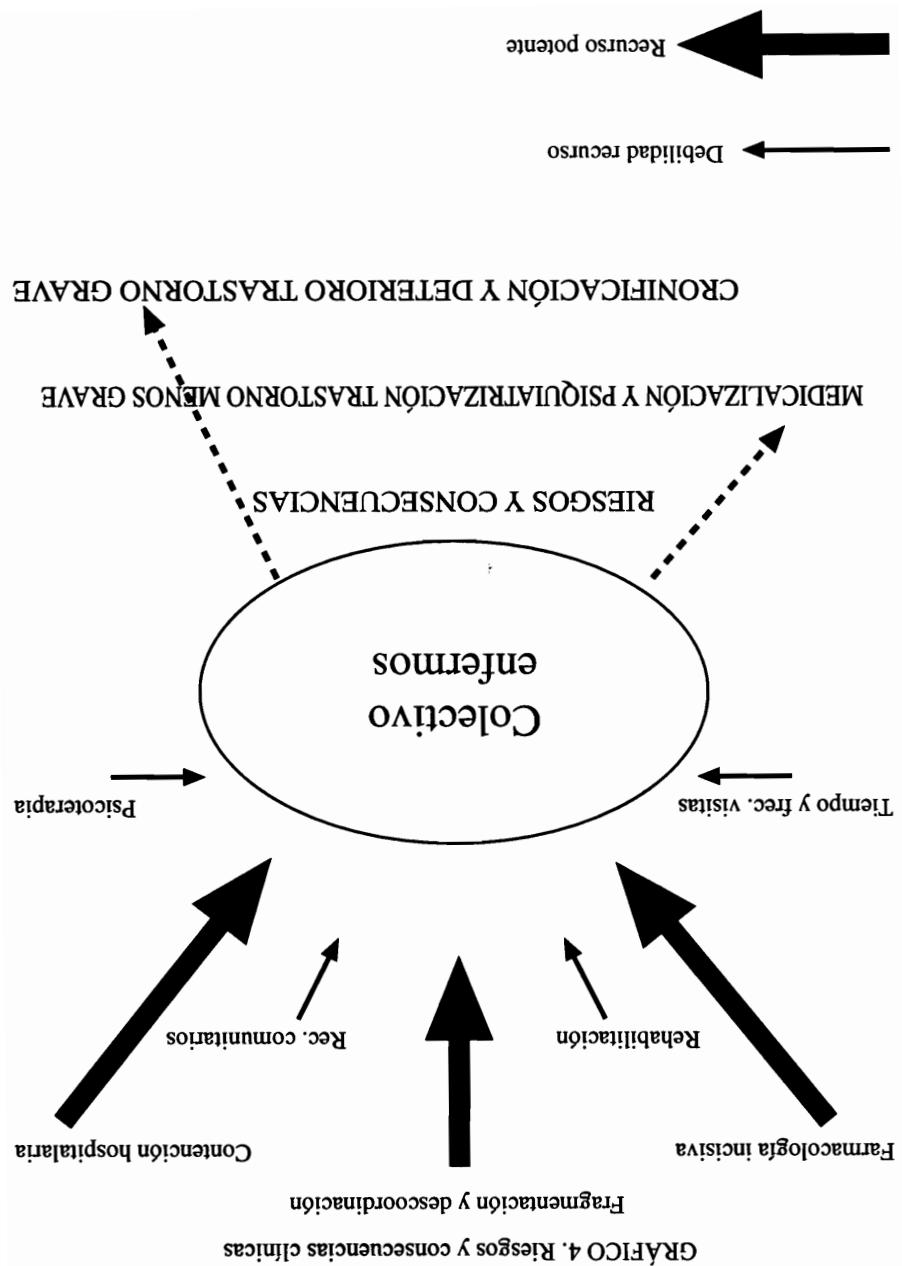


GRÁFICO 5. Amenazas y oportunidades

Amenazas	Oportunidades
Presupuesto bajo, poca contención gasto	Sensibilidad en S. M de administración
Saturación servicios	Peso de asociaciones concienciadas
Modelo mixto de gestión, liberal	Voluntad política
Insuficiente coordinación circuito	Voluntad cambio en profesionales
Persistencia modelo hospitalario psiquiátrico	Persistencia espíritu de reforma
Cambio en formas, igual fondo	Buen nivel técnico profesional
Gran peso monopolio farmacéutico	Consenso en el modelo comunitario
Privatización red	

BIBLIOGRAFÍA

1. Diéguez-Liria, «La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciados», *Revista de administración sanitaria*, vol. II, n.º 5, 1998

2. J. García, A. Espin, L. Lara, *La psiquiátrica en la España de fin de siglo*, Madrid, Ed. Diaz de Santos, 1998

3. Varios autores, «Informe sobre la Salud Mental en España» (entrevista de la Junta directiva de AEN con la Ministra de Sanidad), Madrid, 2001

4. González de Chaves, *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Ed. Mayoría, 1999, número 72

5. V. Aparicio, «El porvenir de la reforma devulada», *revista AEN*, Octubre/ Diciembre 1980

6. Amalia Tesoro, «El porvenir de la reforma psiquiátrica en Andalucía; retos y perspectivas futuras» (ponencia del VII Congreso de la AAN), Sevilla, 2001

7. Varios autores, *La reforma psiquiátrica en Andalucía, 1984-1990*, (Libro monográfico, Edita IASAM, 1998)

8. Varios autores, *Memoria SESPA (Services salud Princípado Asturias)*, Libro monográfico, 1998-1999

9. J. Lázaro, «Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiátrica», Junio-Septiembre 2000, número monográfico de la revista AEN, n.º 75

10. Varios autores, «Primeros sorteos sobre la ordenación de la asistencia psiquiátrica a Cataluña», *Seguritat Social, Generalitat de Catalunya*, (1999-2001), Departamento de Sanidad y Consumos, Barcelona, Madrid, 1985

11. Varios autores, «Documento para la reforma psiquiátrica» (Informe de la comisión ministerial), 1985

12. Servicio Catalán de la Salud, *Documento de bases para la ordenación de la Salud Mental*, (dos Dep. Sanidad, Madrid, 1985)

13. Servicio Catalán de la Salud, «Pla de Salut de Catalunya» (1999-2001), Departamento de Sanidad y Consumos, Barcelona, Madrid, 2000

14. Lavan de la Mata Ruiz, «El mito de la gestión privada: el modelo catalán de salud mental», *Seguritat Social, Generalitat de Catalunya*, Barcelona

15. A. Espin, «Fundaciones sanitarias y privatización», Diario El País (16 de Mayo del 1999)

16. Varios autores, *Programa de Atención Especializada al Trastorno Mental Severo*, Servicio Catalán de la Salud, 1997

17. Servicio Catalán de la Salud, *Memoria d'activitat «La xarxa sanitària d'utilització pública*, de la Salut, 1997

18. Servicio Catalán de la Salut, *Reordenació dels serveis d'atenció psiquiàtrica i salut mental a la ciutat de Barcelona*, Servicio Catalán de la Salut, Noviembre 2000.

19. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, «Pla d'atenció i integració social de les persones amb malalties mentals», Document de Bresser Social, 1999-2001

20. Servei Català de la Salut, Decreto Ley sobre «La Xarxa de Centres de Salut Mental d'utilització pública de Catalunya», Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, Barcelona 1999

21. Varios Autores, *Hacia una atención comunitaria de calidad*, Cuadernos técnicos de la AEN n.º 4, Madrid 2000

INFORMES

22. Servei Català de la Salut, «Sectorització» (documento), Barcelona, Servei Català de la Salut, 2000
23. Varios autores, «Encuesta sobre el papel del psicólogo clínico en equipos salud mental», Documento de la Comisión salud mental del Colegio de Psicólogos, Barcelona, 2001
24. Servei Català de la Salut (Gerencia d'atenció psiquiàtrica). «Distribució de la població de Catalunya per centres de salut mental». Barcelona 1998.
25. Ministerio del Interior, *Memoria 1999: Plan Nacional de Drogas*. Madrid, 2000
26. Varios autores, «Rehabilitación comunitaria en Salud Mental» (documento), Servei Català de la Salut, Barcelona, Julio 1999
27. Diario El País, «La factura farmacéutica», 4 de septiembre de 2000
28. Varios autores, *Primeres Jornades de l'Associació Catalana de Professionals d'Assistència Pública en Salut Mental* Edita ACPAPSM, Barcelona, 1993
29. Asociación familiares enfermos mentales cataluña, «Informe sobre la problemática de la Salud Mental en Cataluña», *Diari de sessions parlament de Catalunya*, Barcelona, 1998
30. Varios autores (Acsam, Forum, Unió Catalana de Hospitales), «Dossier Día de la Salud Mental: manifiesto e informe» (documento), Barcelona, 1996
31. Varios autores, «Manifest de coordinadora CSMA en ocasió del dia mundial de la salut» (documento), Barcelona 2001
32. Varios autores, «Manifest plataforma d'entitats per el dia mundial de la salut mental» (documento), Barcelona 2001
33. José Garcia Ibañez, «La situación en Cataluña» (documento), Sete, 1999
34. Varios autores, «La evolución del modelo asistencial en Cataluña a debate», documento de la comisión gestora de la Asociación Catalana de Profesionales de Salud Mental, Barcelona, 1999

Fecha de recepción: 9/4/01

Correspondencia a:
Asociación Catalana de Profesionales de Salud Mental
C/. Providencia, 42 - 08024 Barcelona