

COMENTARIOS AL BORRADOR DE LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En relación al borrador de la estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud publicado el 5 de diciembre de 2006 y del que la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) ha tenido conocimiento a través de la página WEB de La Moncloa¹, queremos hacer varias consideraciones previas a la valoración del contenido de dicho documento. Sorprende que un documento que pretende “el máximo consenso” haya ignorado en todas las fases de su elaboración a la principal asociación de psicólogos residentes, ANPIR, que representa, además, a un considerable número de psicólogos especialistas que trabajan en los servicios públicos. Tampoco tenemos conocimiento de que los responsables de las Comunidades Autónomas hayan consultado con los profesionales en ningún momento, si se ha hecho así, no ha sido en todas las comunidades. Creemos que esto limita las posibilidades de consenso y de la estrategia. Aún así, atendiendo nuestro compromiso con la calidad asistencial y las garantías de formación de los profesionales de la psicología clínica, hemos realizado una lectura rápida, no todo lo detallada que quisiéramos, del documento. Pasamos a anotar alguno de los aspectos susceptibles de mejora, que recomendamos tener en cuenta en el convencimiento de que nuestras sugerencias contribuirán al establecimiento de un necesario diálogo con el Comité Técnico de Redacción de este Borrador hasta su aprobación ya como documento definitivo.

1. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA: PROBLEMAS PENDIENTES

En el documento se hace un análisis histórico de la evolución que ha tenido la Salud Mental desde que a primeros de los años 80 se iniciara el proceso de reformas en la sanidad en consonancia con el nuevo marco político democrático del país. Estamos de acuerdo en valorar como positivo el nuevo modelo de asistencia a la salud mental que desarrolló e impulsó de manera crucial el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma. No obstante nos gustaría llamar la atención sobre uno de los problemas pendientes que sigue sin resolverse adecuadamente a pesar de los grandes esfuerzos que han venido sosteniendo a lo largo del tiempo relevantes agentes implicados en el desarrollo y mejora de la atención en salud mental. Nos referimos a la situación de los psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud, más concretamente a las enormes dificultades y trabas que estos profesionales están encontrando para consolidarse como facultativos especialistas con plena autonomía y responsabilidad en su práctica profesional. Las más de las veces estos problemas provienen de los modelos de atención sanitaria y marcos legislativos que ponen en marcha las propias administraciones sanitarias.

Creemos fundamental que la estrategia en Salud Mental apueste de manera explícita por reconocer a los psicólogos clínicos como facultativos especialistas, esto es, entre otras cosas, actualizar y desarrollar las estructuras existentes en el ámbito de la Salud Mental para que permitan a los psicólogos clínicos tener capacidad de planificación, organización, gestión, evaluación y control de los procesos asistenciales de los usuarios de los servicios sanitarios. Es imprescindible pues que la estrategia en Salud Mental desarrolle objetivos específicos, líneas de actuación, recomendaciones e indicadores fiables. En este sentido nos parece de gran utilidad las recomendaciones contenidas en los

¹ http://www.la-moncloa.es/serviciosdeprensa/notasprensa/msc/_2006/ntpr20061211_salud.htm

documentos elaborados en el seno de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) sobre “*Los psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud*”² y por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) “*Informe sobre la normativa legal y la reclasificación de plazas de psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud*”³ y “*Competencias legales de los psicólogos clínicos*”⁴.

2. SOBRE LA METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

Para la formulación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se han tenido en cuenta los distintos planes de salud mental vigentes en cada Comunidad Autónoma. Entendemos que si bien éste es un punto de partida necesario, lo es también el tener en cuenta las limitaciones de los mismos, ya que de lo contrario la bondad de la Estrategia podría verse afectada. Entre las limitaciones más importantes de los mismos se encuentra el que casi la totalidad de los Planes de Salud Mental están redactados de manera casi exclusiva por médicos psiquiatras.⁵ Lo anterior exige en aras de una configuración realista y adecuada del escenario futuro en el que se implementará la Estrategia de Salud Mental, la búsqueda decidida de cauces de participación de las otras profesiones implicadas en la asistencia a la salud mental.

3. ¿PROBLEMA SIMPLEMENTE TERMINOLÓGICO O CRISIS DEL MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL?

A lo largo del documento se habla de “Trastornos Psiquiátricos”, de “enfermedades mentales”. Esta terminología llama la atención en el estado actual de los conocimientos y evidencias científicas disponibles. Creemos más adecuado utilizar el término “Trastorno mental” más en consonancia con las definiciones y términos utilizados por la comunidad científico-profesional y por las clasificaciones internacionales al uso como la CIE-10 y la DSM-IV-TR.

Resulta igualmente sorprendente el uso equívoco que se hace de los términos “psiquiatría” y “salud mental”, “psiquiatría comunitaria” y “salud mental comunitaria” unas veces parece que son términos equivalentes, otros sustancialmente distintos. Da la impresión entonces, que cuando se utiliza “Psiquiatría” se engloba a todas las disciplinas que junto a la Psiquiatría intervienen de manera decisiva en la Salud Mental, otras veces parece que “Salud Mental” es un concepto que no incluye a la Psiquiatría y que la asistencia debe ser “psiquiátrica y de salud mental”, con lo que el contenido del término “salud mental” parece vago e indefinido.

Entendemos que en el contexto histórico de principios de los años 80 cuando se inician los procesos de reforma sanitaria, las condiciones sociales y políticas del momento

² ANPIR (2005). “*Los psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud*” Disponible en línea en <http://www.anpir.org/documentos/anpirpcsns.pdf>

³ Escudero, C. “Informe sobre la normativa legal y la reclasificación de plazas de psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud”, Revista de la AEN, 2005, nº 94

⁴ Escudero, C.; Ibáñez, M. L.; Larraz, G.; Pascual, P.; Penedo, C.; De la Viña, P. “Competencias legales de los psicólogos clínicos”, Revista de la AEN, 2003, nº 85

⁵ Palacios, A.; Fraga, M.; Hoyas, B; Laíz, N.; Rodríguez, N.; González de Cárdenas, A.; Estebanz, G. “Los psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud”. Revista de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología 2006, vol. 11(1)

junto con el grado de desarrollo institucional de la Psicología no hacían posible otros términos distintos a “atención Psiquiátrica y salud mental”. En este sentido hay que recordar que el Título del documento que elaboró la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y que se publicó en 1985 fue de “Documento General para la Reforma de la Atención Psiquiátrica y la Salud Mental”. Pero han pasado ya más de 20 años y desde entonces se ha operado una profunda transformación en el modo y manera de concebir la atención a la salud mental tanto por la propia organización de los servicios sanitarios como por las prestaciones ofrecidas a los ciudadanos. Este nuevo modelo organizativo, anclado en el modelo comunitario, ha tenido también sus implicaciones en el uso del lenguaje, por eso nos causa perplejidad que todavía pueda leerse en el borrador que “la coordinación entre *la psiquiatría y la pediatría* sigue necesitada de una delimitación de territorios y dispositivos en ámbitos muy importantes,..” (página 86). No se trata de una mera cuestión de formas; las palabras describen y en parte conforman la realidad que percibimos. Hablar por ejemplo de “enfermedades psiquiátricas”, “atención psiquiátrica y salud mental” tiene connotaciones clínico-terapéuticas concretas, además resulta una descripción parcial y básicamente inexacta del fenómeno al que se pretende nombrar. El uso de distintas palabras para referirse a las mismas realidades puede ser conveniente en otros ámbitos, pero no es deseable en los campos científico-técnicos y profesional.

Es por eso que en coherencia con el modelo de atención en que se basa el borrador, el modelo comunitario de atención y cuyos principios básicos se explicitan en el apartado 1.2. Principios y valores, el borrador de la estrategia debe apostar de manera clara, decidida e inequívoca por la utilización del término “Salud Mental”, sustituyendo a terminologías empleadas en contextos que se definían con otros modelos de atención, por otros principios y valores. Reclamamos pues el uso del término “Salud Mental” con todas las implicaciones que conlleva (por ejemplo, generalización en la denominación de los distintos Servicios y dispositivos de atención de la red asistencial a la salud mental), creemos que da una cuenta adecuada de la realidad multidisciplinar de la asistencia a la salud mental en nuestro país, no toma una parte por el todo, está en consonancia con el modelo comunitario y responde más adecuadamente a la actual realidad científica, profesional y social.

4. LA NECESIDAD DE COMPLETAR EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL DE SALUD: PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

La referencia en cualquier texto sobre la atención sanitaria en nuestro país, tenga éste el rango normativo o científico que tenga, al modelo biopsicosocial como punto de partida ineludible tanto para entender la salud de la población como para organizar la atención sanitaria es tan frecuente y común (el mismo borrador de la estrategia en salud mental explicita que la atención se desarrollará mediante un modelo biopsicosocial de base comunitaria) que pareciera que es una realidad totalmente asentada en nuestro Sistema Nacional de Salud. En este sentido, el mismo hecho de la consolidación de la especialidad de psicología clínica como una especialidad sanitaria constituye un hito necesario pero no suficiente, puesto que si en el nivel de los Servicios de Salud Mental existe atención psicológica especializada, en el nivel de atención primaria, la puerta de entrada al sistema, no existe ese tipo de atención. Entendemos, pues, como imprescindible la inclusión de psicólogos especialistas en psicología clínica dentro del nivel de atención primaria si verdaderamente la atención sanitaria a la población tiene su base en el modelo biopsicosocial de salud.

a) Línea estratégica nº 1

A lo largo del borrador de la estrategia en Salud Mental se habla del papel de la Atención Primaria en la salud mental. En la línea estratégica 1, en el apartado de Justificación puede leerse se alude a la propuesta “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe” en la que se definen diez áreas de intervención. Pues bien, la formación del especialista en psicología clínica es idónea para llevar a cabo intervenciones en el ámbito tanto de la promoción como de la prevención de la salud mental desde el nivel de atención primaria, su conocimiento del comportamiento y los fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos así le capacitan. Muchos de los objetivos y recomendaciones de esta línea estratégica: *“intervenciones de efectividad probada y orientadas a mejorar la resiliencia, tales como el afrontamiento del estrés, búsqueda de apoyo social, ...”*; *“desarrollar intervenciones en Atención Primaria, dirigidas a ofrecer apoyo a las personas que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes ...”*; *“desarrollar (...), preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de depresión y suicidio,.. son tareas profundamente relacionadas con el quehacer de los psicólogos clínicos.*

Por otra parte, un porcentaje significativo de la demanda en Atención Primaria que consulta y es tratada de patología orgánica, padece alteraciones de base psicosomática, en la que los factores psicológicos (rasgos de personalidad, actitudes, sesgos cognitivos, expectativas...) son determinantes en la evolución de las mismas; pero cuya detección y manejo por profesionales de Atención Primaria presenta graves dificultades, por los condicionantes ya señalados de baja disponibilidad de tiempo, de capacitación teórico-técnica y entrenamiento especializado. Fenómenos como la automedicación y, en general, el uso incorrecto de fármacos, la sobrefrecuentación de las consultas y otros usos inadecuados de los dispositivos y recursos sanitarios, tampoco son ajenos a estos aspectos psicológicos de los usuarios. En definitiva variables psicológicas que inevitablemente entran en juego cuando las personas perciben que su salud precisa asistencia.

Esta observación nos hace reflexionar sobre si la exclusiva dependencia funcional de especializada limita las posibilidades de actuación de los psicólogos especialista en este ámbito infradesarrollado e infradotado. El presente Borrador de la estrategia constituye una oportunidad estratégica única para la implantación efectiva de una atención de calidad suficiente que enfatice la promoción y prevención de la salud mental en la población desde todos los niveles de atención a la salud. Para ello creemos imprescindible contar con psicólogos clínicos en los equipos de Atención Primaria, nivel desde el cual pueden llevar a cabo los objetivos de esta línea estratégica.

b) Línea estratégica nº 2

En la justificación de esta línea estratégica aparecen datos acerca de la importancia de la Atención Primaria como contexto en donde tienen lugar intervenciones de atención a pacientes con trastornos mentales, incluso se puede leer que en la mayor parte de los países con Sistema Nacional de Salud los trastornos mentales comunes (que además de generar sufrimiento e invalidez) son atendidos y resueltos en el nivel de atención primaria. En esta misma línea el borrador reconoce que la atención de este tipo de trastornos mentales *“desborda la capacidad de respuesta de los equipos (de primaria)”* y que *la experiencia acumulada a lo largo de estos años muestra la dificultad de mantener respuestas asistenciales adecuadas a ambos tipos de demandas (trastornos mentales*

comunes y graves) por parte de un mismo equipo que, generalmente, no está dotado de recursos suficientes para garantizar la calidad asistencial". Entre los factores que el borrador señala que repercuten en la calidad de la atención prestada están la "desigual, limitada y poco orientada formación que los médicos y médicas de familia en salud mental como el insuficiente tiempo para aplicar psicodiagnósticos o intervenciones psicoterapéuticas.

Los objetivos y recomendaciones del borrador están en consonancia con la decisión estratégica de que *"la Atención Primaria de Salud adquiera una relevancia determinante en la atención a los pacientes con trastorno mental mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que han de atenderse en el primer nivel asistencial".* Esta apuesta, a todas luces insuficiente, pretende corregir las deficiencias detectadas en la atención comunitaria de los trastornos mentales, por ejemplo *"la tendencia a la utilización exclusiva de instrumentos farmacológicos para la atención de trastornos que requerían intervenciones psicoterapéuticas"* o *"el acceso tardío a los recursos especializados de tratamiento y rehabilitación"*. Sin embargo se pasa por alto la deficiencia fundamental, la ausencia de profesionales sanitarios plenamente capacitados para la atención psicológica especializada que desde atención primaria puedan desarrollar con garantías los objetivos y recomendaciones del borrador. Parece olvidarse que en el momento actual existe una profesión sanitaria cuya formación y capacitación le permite mejorar de manera sustancial las intervenciones que desde el ámbito de Primaria deben atenderse. Nos estamos refiriendo a los psicólogos clínicos.

Creemos por tanto ineludible la necesidad de que en la estrategia de salud mental se opte por incorporar a especialistas en psicología clínica en los equipos de atención primaria de manera que completen el modelo biopsicosocial de base comunitario. Quizá resulte útil recordar la definición que la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica hizo de la propia Psicología Clínica⁶: *"especialidad de la Psicología que se ocupa del comportamiento y los fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud-enfermedad de los seres humanos. Su objetivo es el desarrollo y la aplicación de principios teóricos, métodos, procedimientos e instrumentos para observar, comprender, predecir, explicar, prevenir y tratar trastornos mentales, alteraciones y trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales, malestar y enfermedades en todos los aspectos de la vida humana, así como la promoción de la salud y el bienestar personales y de la sociedad"*.

5. LÍNEA ESTRATÉGICA Nº 2

a) Sobre las implicaciones de distinguir entre trastornos mentales graves y comunes

A lo largo del borrador se hace la distinción entre el trastorno mental grave y el común. Creemos que debería evitarse tal catalogación de diagnósticos. Por un parte porque se genera un estigma, que es precisamente lo que se pretende combatir. También porque detrás de esa distinción está la base para suponer que determinados diagnósticos (los más comunes) pueden ser tratados con un menor nivel de especialización, de hecho eso es lo que se puede inferir al leer el apartado de Justificación de la línea estratégica nº 2, atención a los trastornos mentales. El que los trastornos mentales "comunes" sean tratados con menor especialización o fuera de un ámbito donde no existe atención psicológica especializada (recordemos que en atención primaria no hay en la actualidad

⁶ Propuesta de nuevo Programa de la Especialidad de Psicología Clínica

psicólogos clínicos, aún en los casos en los que estructuralmente están adscritos a ella) no parece justificado a tenor de los datos sobre la mortalidad ofrecidos en el propio borrador.

b) Características de la atención que contribuyen a un resultado positivo e indicadores

En el apartado de Justificación, al mencionar el abanico de prestaciones que abarca la red de atención comunitaria, se hace un listado de las características de la atención que contribuyen a un resultado positivo. Por ejemplo, de la redacción de los ítems 2º y 3º (*“Provisión del tratamiento farmacológico adecuado”* y *“Actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo”*, respectivamente; en pág. 82) se desprende que el tratamiento farmacológico adecuado es decisivo (lo que es así, de forma indudable, en gran número de ocasiones); mientras que los *“aspectos psicológicos”* tienen un papel modulador, *“influyen sobre el curso evolutivo”*. Hay suficientes evidencias científicas que avalan la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos en la atención a la salud mental, por eso creemos imprescindible que los mismos se incluyan en el mencionado listado. Así, el texto debería incluir un ítem especificando la necesidad de *“Provisión del tratamiento psicológico adecuado”*.

Por esa misma razón en el apartado de Evaluación se debería tener en cuenta entre los indicadores el porcentaje de pacientes que siguen tratamientos psicológicos. Una atención a los trastornos mentales que obvie este tipo de tratamientos estaría fatalmente lastrada en su concepción asistencial.

6. LÍNEA ESTRATÉGICA Nº 3

a) La rehabilitación psicosocial

En el borrador se alude de manera muy breve a la problemática de los dispositivos de rehabilitación psicosocial lo que no permite concretar objetivos y recomendaciones al respecto. Si bien estos dispositivos se configuran como una parte indispensable en el tratamiento de las personas con trastorno mental y se integran dentro de la red de atención comunitaria, lo cierto es que a día de hoy presentan puntos críticos que merecen destacarse para desarrollar los objetivos y recomendaciones pertinentes.

En muchas ocasiones la gestión de este tipo de dispositivos depende, a diferencia de otros recursos de la red asistencia a la salud mental, de Asociaciones o empresas de servicios concertadas. También es común que la atención a estos usuarios sea dispensada por profesionales que no poseen el título de especialista sanitario. Lo anterior unido al hecho, que sí menciona el borrador, de que la gestión se haya trasladado en muchos casos desde los servicios sanitarios a los servicios sociales determina que este tipo de recursos que atienden fundamentalmente a personas con trastornos mentales crónicos y elevado grado de discapacidad sean la excepción dentro de la red. Esto es así porque el resto de servicios asistenciales de la red de salud mental está gestionado por la Administración sanitaria y atendido por plantillas de especialistas sanitarios. El riesgo de no integrar a estos dispositivos en la red sanitaria es claro: la contrarreforma. Es necesario que estos pacientes reciban una atención integral, lo que incluye aspectos sociales, pero justo eso es lo que los servicios de salud mental deben encontrar dentro del sistema, no fuera. En el resto del mundo los modelos más innovadores de atención a personas con trastornos psicóticos de inicio reciente se desarrollan desde los servicios sanitarios y por los especialistas sanitarios, que facilitan y coordinan los demás recursos de la comunidad.

Mantener la ubicación de estos dispositivos en los servicios sociales, supone asumir la disociación asistencial o, no menos problemático, pretender que desde los servicios sociales se coordinen a los servicios y profesionales sanitarios.

b) Los indicadores

En relación a los profesionales solo se incluye la ratio de psiquiatras por población como indicador. ¿Se olvida que existen otros profesionales igualmente necesarios e implicados en la atención a la salud de las personas con trastorno mental? ¿La atención a la salud mental solo incumbe a los psiquiatras? ¿Las ratios de otros profesionales por población son tan secundarias que no aportan información acerca del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos? ¿Lo multidisciplinar se iguala a la psiquiatría? ¿Se van a ignorar al resto de profesiones? La omisión del resto de profesiones es una cuestión que necesita ser aclarada. Entendemos indispensable el que se incluya al resto de profesionales que integran los equipos de atención a la salud mental.

En el caso, de que no existan datos sobre la ratio de los profesionales de salud mental, se hace necesaria la aclaración de los motivos y la propuesta de una solución.

7. LÍNEA ESTRATÉGICA Nº 4

a) Formación especializada

En relación al modelo de especialidad de psicología clínica consideramos sumamente prioritario su adaptación para que incluya el nuevo programa de cuatro años ya propuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad y el desarrollo prioritario de las siguientes áreas de capacitación específica: psicología clínica infantil, psicología de la salud y neuropsicología. La formación de los psicólogos clínicos es especialmente complicada, tanto por las crecientes áreas de actuación como por las complejidades de su método, por lo que asumimos que los tiempos de formación en ningún caso deberían ser menos que los de otras especialidades de la salud. Por otra parte, esta recomendación se ha hecho de una forma expresa en reiteradas ocasiones; no sólo por parte de las principales asociaciones profesionales y científicas, sino por parte de distintos órganos consultivos del propio Ministerio de Sanidad, como son la Comisión Nacional de Psicología Clínica⁷ y el Consejo Asesor de Sanidad⁸.

b) Formación continuada

Apoyamos plenamente la recomendación de establecer la regulación de la formación continuada en Psicología Clínica. Estamos de acuerdo en que en la actualidad no existe ningún sistema o normativa que incentive o fomente la formación continuada de los psicólogos clínicos y residentes de psicología, sin embargo queremos hacer algunas consideraciones al respecto. El problema para los psicólogos clínicos no es tanto que no haya posibilidades de realización de cursos o de asistir a reuniones y congresos científicos si no la imposibilidad de acceder a los mismos por su elevado coste económico. El hecho de que en el campo de la Salud Mental la industria farmacéutica tenga la posición hegemónica en la provisión de recursos formativos en detrimento de la Administración Sanitaria tiene la consecuencia directa en el encarecimiento de los cursos. Así mientras la

⁷ Programa de Formación de la Especialidad de Psicología Clínica. (Comisión Nacional de Psicología Clínica, 2003).

⁸ Informe del Consejo Asesor de Sanidad de 22 de Diciembre de 2005.

industria farmacéutica subvenciona la asistencia a cursos y congresos e incluso la compra de libros y revistas científicas a los médicos psiquiatras, los psicólogos clínicos deben subvencionarse con sus propios recursos. Por eso creemos conveniente el desarrollo de algún sistema de becas desde el Sistema Sanitario Público que incentive la formación de sus profesionales.

8. LÍNEA ESTRATÉGICA Nº 5

Los datos recogidos en el Borrador dan cuenta de la penosa situación de la investigación en Psicología Clínica dentro de los proyectos oficiales de investigación. Es evidente el sesgo hacia los aspectos biológicos, genéticos y farmacológicos en la investigación de los trastornos mentales. El Borrador se lamenta del biologicismo predominante en la investigación financiada por el Estado y refiere la necesidad de incorporar los aspectos psicosociales de la salud (so pena de que la investigación en Salud Mental quede reducida a “investigación del cerebro”), sería importante por tanto la creación de un sustrato propenso a contemplar como elementos de investigación prioritarios los aspectos psicológicos y sociales de la salud. Sugerimos que la investigación de dichos aspectos de la salud constituya un objetivo definido en los Subprogramas de investigación; o, mejor, que se abra un Programa de Investigación específico en Salud en el próximo Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica

Toledo, a 8 de febrero de 2007

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes
(ANPIR)