

JORNADA: "ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA"



ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ARAGÓN.



FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE BARRIOS DE ZARAGOZA

ZARAGOZA 19 SEPTIEMBRE 2024

"DEFENSA DE UNOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL PÚBLICOS DESDE UN ENFOQUE COMUNITARIO"



Plataforma de Defensa de la Salud Mental de Aragón

Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública de Huesca



Pedro Pibernat Deulofeu

En el marco de esta Jornada de **ANÁLISIS Y PROPUESTAS PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA** es muy pertinente incorporar de forma singular la defensa de la Salud Mental. Mucho se habla de Salud Mental en estos momentos y de la necesidad de tomar medidas urgentes para abordarla. Mucho se habla de los malestares de la población y de los determinantes del proceso de enfermar. Y hay razón para la preocupación. El importante desarrollo de los servicios de Salud Mental de los años 90 no ha tenido una continuidad de acuerdo con las necesidades que han ido apareciendo. Y en la actualidad cuando estas crecen, nos encontramos con unos servicios de SM muy precarios que ponen en riesgo el desarrollo de un modelo comunitario que se juzgaba como el mejor para abordar las demandas de atención y recuperación de las personas que padecen una enfermedad mental. La falta de PREVISIÓN y PLANIFICACIÓN desde la Administración en los últimos años nos ha llevado a este punto. En Salud Mental muchas veces se ha preferido la privatización que la inversión en el desarrollo dinámico de los servicios públicos.

Hablamos desde la PLATAFORMA EN DEFENSA DE LA SALUD MENTAL DE ARAGÓN y queremos manifestar nuestra preocupación y nuestra alarma por varias decisiones que se han tomado que pueden perjudicar algunos servicios y que afectan el funcionamiento y perspectivas de la Salud Mental en Aragón.

La Plataforma nació en 2013 como una respuesta de la Federación de Asociaciones de Barrio de Zaragoza, de algunas asociaciones de profesionales, de personas afectadas y de familias que se opusieron al traslado de las Unidades de Salud Mental ubicadas en los diferentes Centros de Salud del Sector II (Sector Miguel Servet) al nuevo Centro de Salud de Valdespartera. Nos oponíamos a que se alejara la asistencia del domicilio de los pacientes y se concentrara en la periferia de la ciudad. Y lo conseguimos. La razón esgrimida para el traslado fue la escasez de profesionales que al concentrarlos en un mismo edificio se "rentabilizarían mejor"; además estarían mejor en un centro nuevo. En vez afrontar la escasez fundamentalmente de psiquiatras incrementando y planificando su reposición, se quería hacer pagar al paciente, perjudicando sus condiciones de atención.

Desde entonces la Plataforma ha trabajado por la mejora de la SM tanto en la denuncia de la precarización de los servicios como en acciones más concretas, una de las más señaladas el empeño en la reducción de las contenciones mecánicas en los centros residenciales y de atención, concentrando la lucha cada vez más en la defensa de los derechos de las personas atendidas en SM de acuerdo con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2006)

En esta línea de actuación la Plataforma en Defensa de la Salud Mental de Aragón, junto con la Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública de Huesca, hemos apoyado (mayo 2024) la oposición de un grupo de profesionales al TRASLADO DEL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DE



HUESCA desde su ubicación actual en el Hospital Sagrado Corazón (antiguo Hospital Provincial, en el núcleo urbano de la ciudad) al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) Sto. Cristo de los Milagros, antiguo Hospital Psiquiátrico, a 2 km a las afueras y sin transporte público. Consideramos esta medida regresiva porque empeora las condiciones de la asistencia y porque fue tomada de manera unilateral sin tener en cuenta la opinión de los profesionales, ni del resto de personas más directamente implicadas: pacientes y familias.

El Director General de SM, en la reunión convocada después de manifestada la oposición, el 3 de julio pasado en el Hospital S. Jorge, reconoció que la opinión de los "trabajadores no fue suficientemente considerada" y que se tomó la decisión en base a criterios de gestión de personal, es decir la escasez de psiquiatras y no por una mejora en la asistencia. Es decir pasados más de 10 años sin haber tomado ninguna medida para optimizar la dotación de psiquiatras, se repite la concentración de unidades para evitar descubiertos del servicio (por bajas, guardias, vacaciones etc.) Y usando argumentos que esconden y parecen adornar de manera engañosa las consecuencias negativas de una decisión tan grave.

EL TRASLADO SUPONE:

- ✓ Un cambio en el enfoque del propio HdD. Se argumenta que prima la coordinación del Hospital de Día con la Unidad de Media Estancia y otras unidades del CRP. Pero recordemos que la creación de los Hospitales de Día responde a la necesidad de una unidad que atienda a las personas que por su situación clínica tienen necesidad de un soporte diurno (suele ser de mañanas) compatible **con su vida en su domicilio**. Y así acortar su estancia en la unidad de crisis o evitar un ingreso.
- ✓ Dificultar el modelo comunitario que se basa en que los servicios deben estar cerca del entorno de la persona atendida. La atención desde este modelo requiere de la interacción y la participando en actividades sociales y familiares en la comunidad. Esto es esencial en el proceso de recuperación que se apoya en sus relaciones personales, familiares, laborales, sociales y en los agentes sociales, culturales, institucionales presentes en su entorno. El modelo comunitario propugna que si el proceso de enfermar se da en el seno de la comunidad es en el seno de la comunidad que se dan las mejores condiciones para la recuperación dando continuidad a la historia personal, a los intereses y deseos de la persona. Es por tanto un compromiso con el relato de la persona que es el eje de la atención y el protagonista de su propia recuperación.
- ✓ Ubicar el HdD en el recinto del CRP compuesto por las unidades que acogen a las personas con más dificultad (Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia, Unidad de Psicogeriatría Geriatría) responde al criterio manifiesto por parte de los gestores del Departamento de crear un "Campus de Salud Mental", lo que refuerza el hospitalismo. Agrupar en un mismo recinto las personas con más dificultad, sólo por su edad o por su diagnóstico psiquiátrico ya es de por sí una forma de exclusión y favorece la estigmatización. Las personas atendidas en un HdD salen de una crisis en una situación muy vulnerable en la que la relación con la familia y el entorno deben primar para recuperar su vida habitual. Además la formulación de "Un Campus de Salud Mental" añade un plus que favorece la estigmatización. Y nos hace pensar en antiguos criterios manicomiales, por lo demás, puede que no tan superados.

Nuestra oposición al traslado lleva implícita una crítica al modelo de gestión de los servicios y a lo que pueda suponer de deterioro del modelo asistencial. Señalamos algunas implicaciones y consecuencias:

- ✓ Sintetizando lo apuntado, con la excusa de la falta de profesionales se precarizan los servicios impidiendo el desarrollo del modelo comunitario.
- ✓ Falta de participación de los profesionales implicados y de los equipos en la toma de decisiones. La participación colaborativa es imprescindible para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios. Lo contrario provoca el aislamiento de los profesionales, los individualismos y la disociación. Juntar profesionales en un mismo lugar no equivale a hacer equipo.
- ✓ Se renuncia a un modelo de coordinación y supervisión de la tarea asistencial con recursos suficientes, muy necesario para poder abordar una tarea siempre compleja y difícil. Se apuesta por tanto por un modelo cada vez más jerarquizado y hospitalocéntrico.

El deterioro del modelo asistencial:

- ✓ La escasez de recursos y la escasa participación conduce a debilitar los equipos jerarquizando la asistencia entorno al psiquiatra y por tanto a centrarla más en los síntomas que en la vida de la persona provocando una dependencia casi exclusiva de la terapia farmacológica.
- ✓ Se debilita la subjetividad en la relación facilitando la mecanización a través de protocolos obviando lo que sucede más allá de los síntomas en la vida de la persona
- ✓ Se niegan o se borran las implicaciones sociales tanto en la producción del sufrimiento como su papel en la recuperación.
- ✓ La participación de usuarios y familiares queda relegada a un mero papel pasivo renunciando a la socialización de las experiencias en primera persona, al apoyo mutuo y a lo que representa en los nuevos modelos asistenciales.

Todo ello refuerza la idea señalada al inicio: Es obligatorio PREVER y PLANIFICAR, de una manera realista, tras un diagnóstico de necesidades y acorde a las prioridades que se detecten.

- Una buena planificación conlleva explorar las necesidades de la población y responder: qué servicio es necesario reforzar, desarrollar o crear. Qué ubicación y que previsión de equipos sería necesaria.
- Qué previsión de profesionales debe hacer el Departamento de Sanidad a corto, medio y largo plazo en especial las previsiones de plazas MIR, PIR y EIR. La propia Dirección General de SM ha manifestado que estamos al borde del colapso y que serían necesarios el doble de profesionales, en especial psiquiatras y psicólogos, para atender la demanda actual con criterios de igualdad con los coeficientes de profesionales en Europa.

El descuido y la ausencia de perspectivas en la organización ha sido en buena parte responsable de la caótica situación vivida en los servicios de salud mental en Zaragoza este verano con el cierre o amenaza de cierre de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP), la UASA dependiente del Salud (Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones), o la congestión y desbordamiento de la mayoría de servicios en épocas de vacaciones, que indican que ni los equipos mínimos están garantizados. Lo que nos lleva a preguntarnos:

- ¿Qué previsión inmediata tiene el Departamento para abordar las listas de espera que se mantienen opacas? La lista de espera en algunos sectores es de 6 meses para una primera visita, según la Dirección General.
- ¿Qué previsión para una atención adecuada para la infancia y la juventud?
- ¿Qué previsión para abordar la continuidad de cuidados entre AP y los servicios de SM esencial en una buena atención?
- ¿Cuándo un Plan de SM presupuestado y con criterios de ejecución por ley que se alejen de la literatura y de la academia?



Desborda el espacio de este escrito describir las múltiples connotaciones que tiene la organización y la asistencia para la salud mental de la población, pero no podemos dejar de reivindicar una Red de Rehabilitación pública y coordinada que llegue a todas las Comarcas, garantizando los principios de igualdad y accesibilidad. La red de Rehabilitación, que atiende de modo específico a personas con procesos de más larga duración y mayor necesidad de apoyo, es ¡curiosamente!, la que tiene mayor depositación en entidades concertadas. La red de Rehabilitación existente es el fruto de una planificación desordenada y a conveniencia del momento y fruto de las políticas privatizadoras de todos los gobiernos. Esta Red que se sostiene por contratos atomizados con 17 entidades privadas que cada una tiene su propio modelo sin que desde el Departamento se garantice una supervisión desde el modelo comunitario y de calidad asistencial. La privatización precariza a los profesionales. Los riesgos de la enajenación, cesión de propiedad o de la gestión a entidades privadas son conocidos. Recientemente los hechos escabrosos y terribles denunciados en la Residencia de menores en Ateca es un ejemplo del control que se lleva desde un Departamento.

Si la falta de profesionales sirve de excusa para romper el modelo comunitario, el escaso presupuesto avala el aumento de concertaciones.

En definitiva, cuando se detectan tantas grietas a la vez en la atención a la SM, es inevitable preguntarse por el mismo sistema: qué está fallando cuando tanto falla. Mucho nos tememos que se ha renunciado al desarrollo de unos servicios comunitarios que garanticen una atención de acuerdo con las experiencias y modelos más eficaces. Esto no hace más que debilitar las respuestas a las necesidades de la atención a la salud mental en el momento actual. Así las cosas la atención que reciben las personas y su entorno familiar y social queda debilitada así como su propia participación en el proceso de recuperación.

Más que nunca es necesario **defender lo público e impedir su deterioro y mercantilización**. Defender lo público no es sólo luchar por recursos suficientes en todo el territorio, requiere defender la calidad, excluir lo ineficaz, lento y burocrático. Implica defender unas condiciones dignas de los profesionales, su estabilidad, su dignidad. Defender lo público dentro de un modelo comunitario conlleva defender unos valores, un compromiso ético de los profesionales y de la ciudadanía, la toma en consideración de la dignidad humana, un modo empático de asistir al otro, respetuoso de forma radical con los derechos humanos. Implica la participación de todos los implicados en una comunidad. Es hacer salud colectiva. Significa estar en contra de los discursos individualistas que fijan toda solución en la auto-exigencia y la hiper-responsabilidad obviando las causas sociales.

Hemos de defender lo público porque de lo público depende la garantía de nuestra salud, de nuestro bienestar, de nuestra supervivencia de una vida digna.