

Consideraciones sobre la integración de actividades de Salud Mental en la Atención Primaria

Marcelino LOPEZ ALVAREZ (*)
José María GARCIA HERRERA ()**

I. INTRODUCCION

En la compleja situación político-sanitaria en que nos movemos parecen ir delimitándose poco a poco algunos elementos de lo que probablemente van a ser las líneas generales que va a enmarcarse la evolución a medio plazo de nuestras estructuras sanitarias. En este sentido, el recientemente difundido Anteproyecto de Ley General de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984) establece con aceptable nitidez los elementos estructurales que presumiblemente van a presidir la organización del futuro Servicio Nacional de Salud en el marco del llamado «Estado de las Autonomías», fijando así los límites a que habrán de adaptarse las actividades sanitarias públicas.

Dos aspectos del mismo nos parece importante destacar por su trascendencia para cuantos trabajamos en Salud mental: la importancia prioritaria que se concede a los niveles primarios de Atención Sanitaria y la búsqueda que se proclama de una plena integración de las actividades de Sa-

lud Mental en el sistema sanitario general.

Ambos aspectos se basan en las más recientes tendencias de organización de la Atención Sanitaria con una referencia implícita a los trabajos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1962, 1978, 1980), con los que, en líneas generales resulta difícil no estar de acuerdo. Por otro lado, el segundo de ellos recoge la propuesta que importantes sectores progresistas de los trabajadores de la Salud Mental han venido haciendo en este país (véanse, por ejemplo, los trabajos recopilados en GONZÁLEZ DE CHAVES, 1980) como manera de superar los aspectos más inmediatos de la marginación psiquiátrica.

Sin embargo, y partiendo de esa valoración inicialmente positiva, el carácter necesariamente muy general de las formulaciones del Anteproyecto hace necesaria una importante labor de concreción que, en nuestra opinión, debe empezar por un debate lo más amplio posible por parte de todos los sectores implicados. Debate que la Asociación viene reclamando, en un contexto más amplio, desde hace tiempo (y cuyo eco puede verse en las páginas de la revista: CABRERO, 1983; DESVIAT, 1982; GONZÁLEZ, 1983; OLA-

(*) Psiquiatra. Sociólogo. Diplomé en Statistique et Epidemiologie.

(**) Psiquiatra. Director del Servicio Provincial de Salud Mental de Málaga.

BARRIA, 1983, etc.), en el que participan también otras instituciones (INSAM, 1982) y que en la realidad concreta de Andalucía se ve propiciado por la inminente puesta en marcha de la reforma de las estructuras sanitarias en estos dos aspectos (creación de tres zonas «piloto» para la reforma de la Atención Primaria, inicio de los trabajos para la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental, etc.).

Surgido en este contexto (1), el presente trabajo pretende exponer algunos de los elementos que, en nuestra opinión, deben ser tenidos en cuenta a la hora de abordar la integración de las actividades de salud mental en los niveles primarios del sistema sanitario, en la compleja situación actual. Es precisamente esa complejidad la que obliga a realizar un abordaje correctamente planificado, que debe plasmarse en un auténtico «Programa de Integración» coherente y factible, basado en la consideración conjunta de las referencias teóricas pertinentes y de las necesidades y recursos que definen cada situación concreta, y claramente enmarcado en el contexto de una Planificación sanitaria global.

Es esta una tarea que desborda evidentemente nuestras posibilidades y competencias inmediatas, por lo que nos limitamos a ofrecer nuestro punto de vista sobre dos de los aspectos de los que parece lógico hacer partir esa programación, como son la especificación de las referencias teóricas en

que debería basarse y la definición del modelo funcional y organizativo que se deriva de ellas, tanto en lo que respecta a la Atención Primaria y a la Atención en Salud Mental, cuanto a su articulación en un único sistema sanitario. Finalmente, hacemos referencia a algunos problemas más concretos sobre los que nos parece importante reflexionar.

II. ELEMENTOS TEORICOS DE PARTIDA

Todo programa sanitario debe especificar claramente sus bases teóricas al ser éstas el origen de los objetivos generales que alcanzaron concreción en el análisis de la realidad específica sobre la que se pretende incidir a través del programa. En el caso que nos ocupa, la búsqueda de la integración de las actividades de atención en salud mental en la Atención Primaria, pensamos que es preciso partir de tres consideraciones teóricas básicas, recogidas en líneas generales por el Anteproyecto ministerial y a las que en algún modo hemos aludido ya. Cada una de ellas deriva de un amplio conjunto de análisis al que remitimos a través de algunas de las referencias bibliográficas pero cuya exposición detallada omitiremos para limitarnos a un enunciado muy general tanto por razones de espacio como por considerarlas básicamente asumibles por una amplia mayoría de los profesionales sanitarios habitualmente lectores de la Revista.

En primer lugar y a partir de los análisis comparativos sobre el funcionamiento efectivo de los sistemas sanitarios en general y en nuestro país en concreto (véanse algunas referencias

(1) De hecho, el trabajo constituye una reelaboración del estudio previo a la presentación por uno de nosotros —GARCIA HERREIRA— del documento de discusión sobre Salud Mental y Atención Primaria del Comité de Expertos en Salud Mental creado por la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

en ABEL-SMITH, 1983; DE MIGUEL, 1978 y 1979; SAN MARTIN, 1982) consideramos un Sistema Sanitario público, administrativamente descentralizado y funcionalmente integrado, y basado en una estructura organizativa que articule distintos niveles o escalones funcionales y territoriales, como el marco institucional más adecuado para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud de toda la población.

En segundo lugar, y en estrecha relación con lo anterior, hemos de referirnos a lo que desde la conferencia internacional de Alma-Ata (O.M.S., 1978) viene denominándose «Atención Primaria de Salud». Ofrecida como alternativa a la crisis de los sistemas tradicionales de atención sanitaria (basados en una medicina curativa, hospitalocéntrica y cuya tecnificación acelerada aumenta de modo impresionante la desproporción entre costes económicos-sociales y resultados (*cf.* por ejemplo, NAVARRO, 1978; SAN MARTIN, 1982) fue definida en dicha conferencia como: «asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aceptar» considerando que «a la vez que forma el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte el conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad» y «se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la misma» (O.M.S., 1978). Aplicable no solamente a los países subdesarrollados (HANNU, 1983; KAPRIO, 1980), la adecuada introducción de esta concepción (que implica a la vez un conjunto de actividades, un nivel asistencial, una estrategia de organización y una

filosofía sanitaria (*cf.* HANNU, 1983) en el desarrollo del sistema sanitario implica revolucionar el contenido y el papel de la llamada «Medicina Primaria» (FRANCIA y LÓPEZ, 1979) hasta convertirla en el auténtico núcleo del mismo, ya que debe: ser su puerta de entrada obligada, cubrir la mayor parte de las necesidades sanitarias de la población a su cargo y coordinar la actuación de los eslabones especializados en aquellos casos en que sea necesario recurrir a ellos (BREARLEY, 1978; STEPHEN, 1979).

Y, por último, la consideración de que tanto la salud como la enfermedad no son sino las resultantes a nivel individual de un amplio conjunto de fuerzas enraizadas en la dinámica ecológica, socialmente sobredeterminada, de las comunidades humanas (SAN MARTIN, 1977) obliga a considerar a su vez la salud mental como un aspecto específico pero inseparable de la salud en general (WEINSTEIN, 1978), y plantea, por tanto, la necesidad de integrar la atención a dicho aspecto en el conjunto de actividades y estructuras sanitarias.

En resumen, partiendo del nuevo concepto ecológico de la salud y de la evaluación de los sistemas sanitarios actuales (de su capacidad para conseguir elevar el estado de salud de la población y de su eficiencia en el empleo de recursos (*cf.* ABEL-SMITH, 1983; KROFF, 1980), abocamos a la necesidad de un sistema sanitario articulado, centrado en la Atención Primaria de Salud y que integre plenamente la atención a la salud mental de la población.

Si los dos primeros aspectos son difícilmente objetables desde una perspectiva sanitaria progresista, el tercero encuentra objeciones en no pocos

profesionales de la salud mental que ven con justificado recelo el papel de la medicina tradicional en su aproximación a la problemática de la salud mental. Quisiéramos, en ese sentido, dejar claro que nuestra propuesta se orienta no tanto en el sentido de «medicalizar» los problemas psicosociales de la población, sino en el de, para entendernos, «psicosocializar» la problemática sanitaria, o, más precisamente, de cambiar progresivamente la orientación de los servicios sanitarios mediante el desarrollo de concepciones y estructuras que sitúen la atención sanitaria en el análisis y transformación colectiva del contexto ecológico humano (lo que exige, por ejemplo, menos «aparatos» y más participación colectiva), evolución que tanto el concepto de Atención Primaria de Salud como la consideración de la salud mental como aspecto de la salud general, propician.

En un terreno más inmediato ello implica la consideración de la atención en salud mental como un aspecto más de la atención sanitaria lo que obliga, por tanto, a diferenciar niveles primarios y especializados de la misma y a integrarlos funcional y organizativamente en la estructura sanitaria general. Integración que debe suponer, por consiguiente, la ruptura de la tradicional segregación y marginación de estos aspectos y la paralela destrucción de las estructuras tradicionales de la «asistencia» psiquiátrica.

Es preciso, no obstante, tener en cuenta que la compleja situación actual (producto de una larga historia de incomprensión y marginación) exige un no menos complejo proceso de transformación que debe considerar tanto el rechazo y falta de formación en estos aspectos de la mayoría de los

profesionales sanitarios, como la situación actual de las estructuras tradicionales de la Psiquiatría (léase «Manicomios» o, más púdicamente, «Hospitales Psiquiátricos») y las experiencias de transformación surgidas en algunos de ellos bajo la referencia global de la «Psiquiatría Comunitaria», a la hora de marcar los ritmos y estructuras de transición necesarios.

III. MODELO ORGANIZATIVO GENERAL

Es en base a los principios generales que acabamos de resumir como cobra sentido la formulación de un modelo general para la integración funcional y organizativa de las actividades de atención en salud mental en el nivel primario de atención sanitaria. Previamente, es necesario tener en cuenta, lógicamente, los modelos a adoptar en lo que respecta a cada uno de los aspectos que se propone integrar, es decir, la Atención Primaria, por un lado, y la Atención en Salud mental, por otro.

III.1. Organización de la Atención Primaria de Salud

Con relativa independencia de la terminología que pueda adoptarse (y en ese sentido hay diferencias incluso en documentos que podríamos llamar «oficiales», emanados de una misma administración sanitaria), la estructura de un sistema sanitario como el que hemos señalado puede entenderse en relación a una doble división:

a) La que se establece a nivel *funcional* entre un nivel primario o Aten-

ción Primaria de Salud y un nivel secundario o de Atención Especializada, que abarcaría funciones hospitalarias y extrahospitalarias, tanto asistenciales como de Salud Pública, y susceptible a su vez de nuevas divisiones según su menor complejidad.

b) La que recoge la organización territorial de las actividades de una escala de magnitud progresiva que comprende Núcleos de Población, Municipios, Subcomarcas, Comarcas, Provincias, Comunidades Autónomas y conjunto del Estado.

A la hora de referirnos a la organización de la Atención Primaria de Salud es preciso considerar con más detalle los dos escalones territoriales más relevantes en este contexto: las Subcomarcas y Comarcas sanitarias o, en la terminología elegida por el Ministerio, Zonas Básicas de Salud y Áreas de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984).

La *Zona Básica de Salud* es, de hecho, la base territorial de la unidad operativa de la Atención Primaria: el Equipo de Salud (con relativa independencia de la existencia o no de una estructura arquitectónica —Centro de Salud— común. Cfr. FRANCIA y LÓPEZ, 1979). Es aquí donde se desarrollan el conjunto de actividades características de este nivel (sin perjuicio de la prestación de determinados servicios en demarcaciones más reducidas como los municipios o incluso núcleos de población), es decir, el suministro de una atención sanitaria continuada, permanente y accesible (STEPHEN, 1979) que integre los cuidados médicos en una política general de promoción de la salud (PRITCHARD, 1978) y se apoye en una auténtica participación comunitaria (O.M.S., 1978). Atención que, como ya hemos señala-

do, debe cubrir la mayoría de las necesidades sanitarias de la población de ese territorio y actuar como enlace necesario y coordinador de las actuaciones especializadas en los casos que se considere necesario.

Las Zonas Básicas de Salud son, a su vez, subdivisiones de las *Áreas de Salud*, estructuras territoriales esenciales del Sistema Sanitario que se pretende sean básicamente autosuficientes administrativa y funcionalmente (mediante sus recursos propios o a través de vinculaciones con niveles territoriales superiores cuando así lo aconsejen razones de rentabilidad económico-sanitaria), para lo que deben estar dotadas de la infraestructura necesaria para el desarrollo de las funciones especializadas correspondientes (asistencia hospitalaria, especialidades asistenciales, Salud Pública) y de espacios funcionales de Apoyo a la Atención Primaria que resultarían de la confluencia de Equipos Especializados (vinculados al Hospital y a las estructuras especializadas de Salud Pública propias del Área o niveles superiores) con función de «Consultores», por un lado, y de personal de los Equipos de Salud de las distintas Zonas Básicas, con funciones de «Coordinación» en determinados aspectos de la Atención Primaria que requieran una actuación comarcal más que local, por el otro.

III.2. Organización de la Atención en Salud Mental

El desarrollo actual de las tendencias de organización de las actividades de atención en salud mental podría resumirse (más allá de la indudable diversidad de concepciones, movimien-

tos y experiencias concretas) en dos direcciones, que no sería correcto considerar como alternativas sino más bien como dos aspectos inseparables de una misma tendencia transformadora (O.M.S.-EURO, 1980).

Por una parte, hay una clara tendencia hacia el desmantelamiento de las tradicionales estructuras custodiales, marginadoras y creadoras de patología más que de salud (*cf.* las referencias a que se remite, por ejemplo, en GONZÁLEZ DE CHAVEZ, 1980). Y, paralelamente, se intenta poner en pie un conjunto de estructuras alternativas que en una gran parte de los casos podrían caracterizarse a partir, entre otros, de los siguientes rasgos (*cf.* BAASHER, 1975; O.M.S., 1975 y 1980; LANGSLEY, 1981):

a) su *descentralización* como traducción organizativa de una tendencia al acercamiento a la «comunidad»,

b) la *desespecialización*: de una parte importante de los cuidados a desarrollar, en el sentido de potenciar las intervenciones menos técnicas tanto sanitarias (empleo de personal auxiliar, incremento del papel de Médicos y Enfermeras generalistas, etc.) como no específicamente sanitarias (organizaciones de autoayuda, voluntariado, etcétera), con la consiguiente reducción de las intervenciones especializadas (que, por otro lado, tienden a tecnificarse cada vez más) a aquellos problemas no abordables a nivel general, y a la formación, asesoría y supervisión continuadas de dicho nivel,

y c) su *integración progresiva de la red general* de actuación sanitaria y social.

Esta tendencia general, problemática y con no pocas dificultades internas y externas, responde por otro la-

do a la confluencia de intereses muy diversos, en ocasiones incluso contradictorios, ya que no resulta ajena en algunos casos a la búsqueda de mecanismos perfeccionados de control social (menos burdos y, por tanto, evidentes, que los tradicionales). Creemos, sin embargo, que permite situar mejor y más adecuadamente la lucha por unas mejores condiciones de salud mental y ese es el sentido que nos parece ver en los intentos de transformación asistencial dificultosamente desarrollados en nuestro país bajo la, en ocasiones ambigua, referencia de la «Psiquiatría Comunitaria» (*cf.* APARICIO y otros, 1980. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, 1980). En ellos, se ha ido desarrollando —y la experiencia de Málaga nos parece en este sentido, y al margen de sus dificultades y problemas, paradigmática paralelamente al vaciamiento y destrucción progresiva de las estructuras manicomiales, todo un trabajo en la comunidad en que, a partir de la reinserción de los pacientes asilados y la puesta en marcha de medidas de prevención de la hospitalización, se ha ido buscando la movilización de personas y grupos no especializados (empezando por el propio personal auxiliar, sobre el que recae gran parte de este trabajo) y conectando con necesidades sanitarias y sociales más amplias. Al mismo tiempo se intenta integrar las actividades más especializadas en la red sanitaria (unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales, Dispositivos ambulatorios comunes, etc.) y social (unidades residenciales para personas institucionalizadas no reintegrables a su medio), originándose con todo ello, una división tendencial de funciones según su complejidad y especialización, que han sido, sin embargo, desarrolladas

por los mismos equipos aunque con un claro predominio de personal no-técnico en las más simples.

Todo este tipo de experiencias debería ser objeto de un detallado análisis antes de proponer soluciones concretas para la organización de la Atención en Salud Mental, reteniendo especialmente la interdependencia entre destrucción del manicomio y creación de estructuras alternativas, el acervo de experiencia práctica de trabajo comunitario adquirido en ellas (y que puede ser útil en terrenos no específicamente psiquiátricos) y la tendencia a mantener la unidad del Equipo y su orientación comunitaria en los distintos niveles de actuación (lo que no excluye una progresiva transferencia de funciones al nivel de Atención Primaria en un proceso cuidadosamente programado).

III.3. Integración de la Atención en Salud Mental en la Atención Primaria

La consideración de la salud mental como uno de los objetivos del Sistema Sanitario cuyo núcleo fundamental es la Atención Primaria, lleva implícita la necesidad de diferenciar de entre el conjunto de actividades de atención a dicho aspecto de la salud un grupo de ellas para desarrollar a este nivel (las menos complejas y aplicables a un amplio espectro de problemas), y otro (más complejas y específicas, aplicables por tanto a grupos más reducidos) que serían competencia del nivel especializado. Dicha consideración conlleva, como hemos visto, potenciar el papel del Equipo de Atención Primaria tanto en cuanto a

su intervención directa sobre el mayor número de problemas posible, como en su función de coordinador de la intervención especializada, apoyándose, entre otras cosas, en el mayor conocimiento del contexto socio-familiar de los problemas que su ubicación permite a tal equipo, lo que va a permitirle colocarse en una situación más adecuada tanto a la hora de modificar factores etiológicos con fines curativos y/o preventivos, cuanto a la de desarrollar actividades de rehabilitación y reinserción social.

Por otro lado, y como hemos intentado mostrar, el desarrollo actual de los intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica va desarrollando un amplio abanico de actividades, que van diferenciándose según niveles de especialización y concediendo un lugar importante a los aspectos más generales, menos especializados y más próximos a la población.

Por último, nuestra visión del tema se completa a partir de los resultados que nos suministran los estudios epidemiológicos sobre frecuentación asistencial, tanto en nuestro país como, fundamentalmente, los procedentes de países con un mayor desarrollo de este tipo de investigaciones (*cf.* para una revisión: HAFNER, 1978; MUÑOZ y CRESPO, 1981 y CLARK, 1979, así como las referencias a que remiten). De ellos se desprende el elevado porcentaje de problemas de salud mental que llegan diariamente a los profesionales sanitarios del nivel primario (tanto por los diversos tipos de interrelación entre sintomatología somática y psíquica, como por el frecuente rechazo a contactar directamente con un profesional psiquiátrico), así como, en general, la deficiente capacidad de aquellos para la iden-

tificación y manejo de ese tipo de problemas (INSAM, 1983).

Todo ello plantea claramente la necesidad de desarrollar a nivel de la Atención Primaria de Salud y por parte del Equipo sanitario con competencias en dicho nivel, una parte importante de las actividades de Atención en Salud Mental que concreten en un conjunto de intervenciones sobre individuos, familias y otros grupos sociales la serie de funciones que se recogen en el Cuadro I.

Esta necesidad puede, sin embargo, ser cubierta al menos sobre la base de dos modelos alternativos de integración (2) organizativa, cada uno de los cuales presenta ventajas e inconvenientes característicos:

a) La inclusión de personal especializado en salud mental (fundamentalmente Psiquiatras y Psicólogos) en los Equipos de Salud básicos.

b) La consideración del Equipo de Salud Mental como personal especializado; ubicado por tanto en un segundo nivel de atención, y combinando las funciones propias de ese nivel (tratamiento especializado ambulatorio y hospitalario, investigación, etc.) con las de formar, asesorar y supervisar la actuación de los Equipos básicos, a través del Dispositivo comarcal de Apoyo a la Atención Primaria.

La primera opción encuentra su justificación en la magnitud de los pro-

(2) Parece que el modelo propuesto, entre otros, por CABRERO (1983) en relación con los servicios de Salud Mental en Barcelona, representará una opción diferente, incompatible con los principios aquí propugnados, al defender una red paralela de Atención en Salud Mental con su propio nivel primario.

blemas de salud mental y la desatención y marginación de que habitualmente son objeto, así como en la evidente actitud de rechazo y falta de preparación que caracterizan en la actualidad a una gran mayoría del personal sanitario llamado a hacerse cargo de la atención primaria. Presenta, sin embargo, importantes inconvenientes en relación, por un lado, con el elevado número de profesionales especializados que serían necesarios para cubrir los servicios (lo que lo hace difícilmente realizable a corto e incluso a medio plazo) y, lo que es más importante, tanto la tecnificación que implica del Equipo de Atención Primaria, como el riesgo nada especulativo de psiquiatrización de problemas asociado a la multiplicación de especialistas, lo hacen no menos difícilmente conciliable con los principios anteriormente expuestos.

Consideramos, por tanto, que tanto los criterios de rentabilidad económico-sanitaria como el principio de «desespecialización» de los problemas de salud implícito en el concepto de Atención Primaria, coinciden mejor con la segunda alternativa, que, sin embargo, no está tampoco exenta de problemas. En efecto, el desarrollo de las funciones señaladas por parte de un Equipo sanitario no especializado se enfrenta tanto a dificultades generales (falta de motivación del personal, existencia de relaciones inadecuadas con los equipos especializados, actitudes pasivas de la población fomentadas por el sistema actual, dificultades del trabajo en equipo, etc.) como a las específicamente relacionadas con la atención en salud mental que hemos resumido en las inadecuadas actitudes y capacitación del personal.

Nuestra propuesta se configura así como una opción a medio y largo plazo (con todos los mecanismos de transición que se consideren necesarios) que pasa por la capacitación progresiva del personal de Atención Primaria para el desarrollo de una atención en salud mental integrada, en los aspectos preventivos (CAPLAN, 1966 y 1974) y asistenciales, en la actuación sanitaria general que le compete, con el recurso, siempre en segundo plano, de los equipos especializados en salud mental. (El Cuadro II ofrece un resumen de sus funciones y el Cuadro III una visión esquemática de la articulación de los diferentes niveles de atención).

Ello implica necesariamente un énfasis especial en el desarrollo de un adecuado proceso de formación que, tras la imprescindible motivación, integre un amplio conjunto de actividades desde el aprendizaje «sobre el terreno» (basado en la actuación conjunta de los equipos y el desarrollo de canales ágiles y permanentes de relación) a las más puramente «académicas», con una especial atención a técnicas basadas en la discusión en común de experiencias y problemas, para las que el análisis de los grupos BALINT suministra interesantes reflexiones (BALINT, 1979; MISSENERD, 1982).

Proceso evidentemente dificultoso, que implica igualmente un cambio de actitud y un aprendizaje de los equipos especializados (que deben aprender a redefinir y limitar su función de atención directa así como desarrollar técnicas operativas para la actuación de los no-especialistas). Y que exige también —y éste es un aspecto frecuentemente olvidado— el mantenimiento de relaciones horizontales entre el personal especializado como única mane-

ra de permitir tanto la formación continuada de los equipos, como la necesaria investigación que permita el avance teórico y tecnológico (SARTORIUS, 1983) imprescindible para el adecuado funcionamiento de los dos niveles.

Por último, los resultados que están empezando a publicarse (SARTORIUS, HANDING y otros, 1983) sobre el estudio concertado de la O.M.S. sobre «Estrategias para la extensión de los cuidados de salud mental» (basados en una política de capacitación de personal no especializado, en varios países subdesarrollados), parecen demostrar que estas propuestas constituyen algo más que una mera especulación, atractiva pero irrealizable.

IV. ALGUNAS CONSIDERACIONES MAS CONCRETAS

El paso, desde las formulaciones generales que acabamos de hacer, a la elaboración de propuestas operativas, exige tener en cuenta todo el conjunto de características definitivas de cada situación concretas, así como la necesaria flexibilidad que implica el iniciar un camino nuevo como el aquí propuesto. Como aproximación a esa tarea cabe señalar ya, algunos aspectos a tener en cuenta de cara a esa programación concreta, algunos de los cuales ya han sido señalados más o menos directamente en las páginas anteriores, y sobre los que nos parece importante reflexionar.

1) Dentro del propio modelo general que proponemos, parece necesario delimitar más claramente las funciones, dependencia y relaciones recíprocas de equipos básicos y especializados. En concreto, es importante en-

contrar el punto de equilibrio que evite el desarrollo de dos errores simétricamente opuestos: la reproducción del modelo tradicional (subordinación del equipo básico a las necesidades del equipo especializado) y, en el otro extremo, el olvido de la necesidad de concreción funcional y organizativa de la unidad de los equipos especializados, como base tanto de la formación de nuevos especialistas y de la formación continuada de los propios equipos, como de la investigación necesaria para el desarrollo de nuevos conocimientos y tecnologías en salud mental.

2) En estrecha relación con lo anterior, y en lo que respecta a la constitución de los equipos comarcales de salud mental, es necesario no perder de vista que, si su función esencial es la de apoyo a la Atención Primaria, ello no implica necesariamente su desconexión con las restantes actividades especializadas. En concreto, en las situaciones habituales de nuestro país, es necesario asegurar una estrecha relación de tales equipos con un proceso programado de desinstitucionalización de la población reclusa en Hospitales Psiquiátricos, que evite la pervivencia de la institución manicomial e impida el establecimiento de redes paralelas de atención (con efectos selectivos sobre la demanda) y, al mismo tiempo, facilite la adquisición de una experiencia de trabajo comunitario a través de la reinserción de pacientes crónicos, imprescindible para una correcta prevención posterior de la hospitalización inadecuada.

3) El riesgo fundamental de bloqueo del proyecto se sitúa en la capacidad de los equipos básicos y especializados para el desarrollo del reparto de funciones y su coordinación.

Ello obliga a plantearse como prioridad fundamental la formación en sentido amplio de los profesionales de ambos niveles, formación que no puede olvidar que no se trata sólo de una adquisición de conocimientos teóricos y tecnológicos, sino también (como toda formación) de la modificación de actitudes y motivación para el cambio. Por ello es necesario insistir en la necesidad de programar cuidadosamente todo un largo proceso de transición hasta que el funcionamiento diario y la remodelación de la docencia pre y postgraduada permitan el pleno desarrollo del modelo.

4) Ante el previsible desarrollo de la reforma a partir de zonas «piloto» parece necesario tener en cuenta dos tipos de consideraciones. Por un lado, hay que tener presente el riesgo que conlleva la utilización en dichas zonas de recursos materiales y humanos difícilmente generalizables a las restantes. Y, por otro, que la atención preferente a dichas zonas no implica abandonar el desarrollo de equipos de salud mental comunitaria en las restantes, premisa necesaria para una adecuada labor de desinstitucionalización y base para una posterior integración de actividades. Esto implica, también, la adopción de un conjunto de medidas transitorias mínimas de coordinación funcional que eviten la actual consideración de estos equipos como «cuerpos extraños» dentro del dispositivo general de atención sanitaria.

5) Y, por último, es necesario insistir en que la determinación a priori de la composición cuantitativa y cualitativa de los Equipos de Salud Mental (habitualmente basada en el mejor de los casos en datos procedentes de otros países, cuyos contextos socioe-

conómicos y de política sanitaria los hacen difícilmente extrapolables), resulta, por lo menos, muy problemática. En ese sentido, parece mejor realizar un inventario de recursos y hacer una primera y provisional distribución de los mismos, teniendo en cuenta el conjunto de funciones a realizar y el

orden de prioridades definido. Posteriormente, esa distribución se iría modificando en función de los análisis progresivamente más afinados que, con respecto a las necesidades de la población, van a posibilitar las nuevas estructuras a través de un adecuado sistema de información (LÓPEZ, 1983).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABEL-SMITH, B. (1982): «¿Cuánto cuesta la salud?». MAPFRE, Madrid.

APARICIO, V., LÓPEZ, M. y SÁNCHEZ, A. E. (1980): «Fundamentos, elementos y problemas de la Psiquiatría, Comunitaria». *Clínica y análisis grupal*, 24, 519-531.

BAASHER, T. A. y otros (Eds.) (1975): «Mental Health Services in Developing Countries». OMS, Geneva.

BALINT, E. y NORELL, J. S. (Eds.) (1979): «Seis minutos para el paciente». Paidós. Buenos Aires.

BREARLEY, P. y otros (1978): «The Social Context of Health Care». Martin Robertson. London.

CABRERO, L. (1983): «La reforma asistencial psiquiátrica en la provincia de Barcelona». *Revista de la A.E.N.P.*, 6, 68-90.

CAPLAN, G. (1966): «Principios de Psiquiatría Preventiva». Paidós. Buenos Aires.

— (1974): «An Approach to Community Mental Health». Tavistock. London.

CLARK, E. M. (1979): «Evaluating Primary Care». Croom Helm. London.

DE MIGUEL, J. M. (1978): «Sociología de la Medicina». Vicens Vives. Barcelona.

— (1979): «La sociedad enferma». Akal. Madrid.

DESVIAT, M. (1982): «Acción de salud mental en la comunidad». *Revista de la A.E.N.P.*, 5, 56-64.

FRANCIA, J. M. y LÓPEZ, M. (1979): «Aspectos doctrinales de la Medicina Comunitaria». *Jano*, 391, 29-34.

GONZÁLEZ, O. (1983): «Administración y reforma psiquiátrica». *Revista de la A.E.N.P.*, 6, 102-109.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (ed.) (1980): «La transformación de la Asistencia Psiquiátrica». *Mayoría*, Madrid.

HAFNER, H. (ed.) (1978): «Estimating Needs for Mental Health Care. A Contribution of Epidemiology», *Springer-Verlag*, Berlin.

HANNU, V. V. (1983): «¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Atención Primaria*, 0, 3-4.

INSAM (1983): «Atención Primaria y Salud Mental. Informe resumido». INSAM, Madrid (Polic.).

KAPRIO, L. (1980): «Les Soins de Santé Primaires en Europe». OMS-EURO. *Rapports et Etudes*, 14. Copenhague.

KROFF, R. (1980): «The Development of Ambulatory Care as a Cost Containment Strategy», en TILQUIN, C.: «Systems Science in Health Care». Pergamon Press. Oxford, 1980.

LANGSLEY, D. G. y otros (1981): «Handbook of Community Mental Health». *Medical Examination Publishing*. New York.

LÓPEZ, M. (1983): «Epidemiología y Psiquiatría Comunitaria. Los Sistemas de Información en la Planificación y Evaluación de Servicios de Salud Mental». *Revista de la A.E.N.P.*, 8, 4-34.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1984): «Borrador del Anteproyecto de Ley General de Sanidad». *Jano*, 601, Separata.

MISSENARD, A. y otros (1982): «L'Expérience Balint: Histoire et activité». DUNOD. París.

MUÑOZ, P. E. y CRESPO, M. D. (1981): «Análisis de los determinantes de la demanda en una muestra de población general». *Act. Luso-esp. Neurol. Psiquiatr.*, 9, 3, 189-212.

NAVARRO, V. (1978): «La Medicina bajo el Capitalismo». Grijalbo. Barcelona.

OLABARRIA, B. (1983): «La salud mental en la atención primaria». *Revista de la A.E.N.P.*, 7, 56-61.

O.M.S. (1962): «Función del Médico de Sanidad y del Médico General en las actividades

de Higiene Mental». Ginebra. *Serie de Informes Técnicos*, n.º 235.

— (1975): «Organización de los servicios de salud mental en los países en desarrollo». Ginebra. *Serie de Informes Técnicos*, n.º 564.

— (1976): «Economía aplicada a la Sanidad». Ginebra. *Cuadernos de Salud Pública*, n.º 64.

— (1978): «Alma-Ata 1978: La Atención Primaria de Salud». Ginebra.

— EURO (1980): «Changing Patterns in Mental Health Care». Copenhague. *Reports and Studies*, n.º 25.

PRITCHARD, P. (1978): «Manual of Primary Health Care. Its Nature and Organisation». Oxford University Press. London.

SAN MARTIN, H. (1977): «Salud y Enfermedad». *Prensa Médica Mexicana*. México.

— (1982): «La Crisis mundial de la Salud. Problemas actuales de Epidemiología Social». Karpos. Madrid.

SARTORIUS, N. (1983): «Quelques perspectives de santé mentale au début des années 80». *Bulletin de l'O.M.S.*, 61 (1), 1-6.

—, HARDING, T. W., SRINAVASA MURTHY, R. y otros (1983): «The WHO Collaborative Study on Strategy for Extending Mental Health Care». *Am. J. Psychiatry*, 140, 11, 1470-1490.

SERIGO, A. y otros (1970): «El papel del Médico General en los Servicios de Salud Mental». PANAP. Madrid.

STEPHEN, W. J.: (1979): «An Analysis of "Primary Medical Care"». An International Study». Cambridge University Press. London.

WEINSTEIN, L. (1978): «Salud y Autogestión». Dosbe. Madrid.

CUADRO I

FUNCIONES DE SALUD MENTAL EN EL NIVEL PRIMARIO

1. Desarrollo de los aspectos psicosociales de los Programas generales y específicos de Promoción y Protección de la salud.
2. Detección precoz de problemas de salud mental.
3. Tratamiento de los problemas más comunes.
4. Primera intervención sobre la crisis.
5. Coordinación de la actuación especializada (hospitalización, rehabilitación especializada, psicoterapias prolongadas, etc.) cuando sea precisa, conservando la responsabilidad y el control sobre el caso.
6. Control posterior de tratamientos, rehabilitación y medidas de reinserción social.
7. Recogida y transmisión de información con fines clínicos y epidemiológicos.

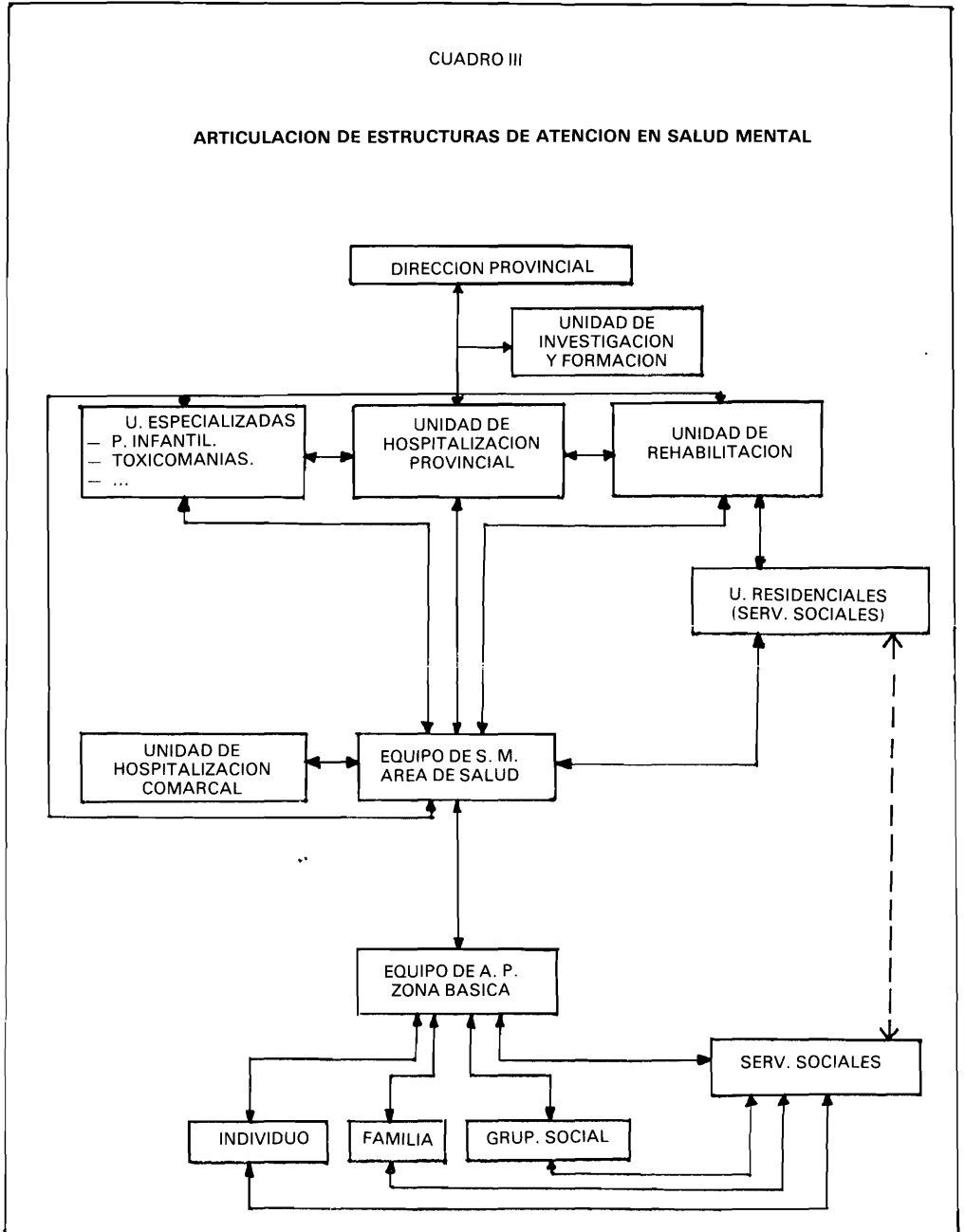
CUADRO II

FUNCIONES ESPECIALIZADAS DE SALUD MENTAL

1. Participación en la elaboración y desarrollo de Programas preventivos.
2. Formación y asesoría de los equipos básicos.
3. Tratamiento y rehabilitación especializados, hospitalarios y extrahospitalarios (a requerimiento del equipo básico correspondiente).
4. Formación continuada de los equipos especializados.
5. Investigación clínica y epidemiológica.

CUADRO III

ARTICULACION DE ESTRUCTURAS DE ATENCION EN SALUD MENTAL



↔ Canales de circulación (información y/o pacientes).
- - - - - Canales de comunicación externos al modelo.