

Psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social en Asturias

Guillermo RENDUELES OLMEDO *

M.ª Jesús MENENDEZ DE LLANO MENENDEZ **

César FERNANDEZ GONZALEZ ***

Marina BERMEJO ****

La situación creada por las autonomías en el Estado español ha planteado al movimiento obrero la necesidad de aportar sus planteamientos y soluciones a diversos problemas con un rigor técnico que se superponga a los planteamientos ideológicos. Esta necesidad es más aguda aún en aquellos terrenos como el de la salud mental, en la que la ausencia de planteamientos tecnocráticos y la miseria asistencial actual deja todo por hacer.

En este aspecto y de cara a la intervención en la redacción de un "Plan de Asistencia Psiquiátrica para Asturias" nos fue pedido un estudio de la asistencia psiquiátrica que a nivel de ambulatorio reciben los trabajadores. Las siguientes líneas son un resumen del mismo.

El primer dato llamativo es la profunda contradicción existente entre el interés de los estudiosos españoles sobre epidemiología psiquiátrica y la realidad asistencial. Así, cuando se

revisa la bibliografía, existe un gran desplazamiento de todas las publicaciones hacia el mundo hospitalario manicomial y las consultas ambulatorias dependientes de esas estructuras, mientras permanece oculto el amplio espectro de enfermos tratados y cronificados en las consultas de neuro-psiquiatría de los ambulatorios de la Seguridad Social.

Este hecho que a niveles generales tan sólo remarcaría el carácter de epidemiología administrativa —que los trabajos psiquiátricos tienen en general— señalada por diversos autores (AJURIAGUERRA, LETAMENDÍA, MEZQUITA, etc.) y es tanto más llamativa en nuestro medio cuanto que como intentaremos mostrar enseguida, la proporción de enfermos tratados en el manicomio y sus satélites no llega a la décima parte de los tratados en los ambulatorios de la Seguridad Social, y eso en aquellos casos en los que —como en Asturias— pomposamente se pretende estar realizando una "asistencia psiquiátrica de sector" con unos medios económicos que cuaduplican la media nacional.

La evidencia de estos hechos puede quedar reflejada en los siguientes datos entresacados de un informe re-

(*) Psiquiatra de zona de INSALUD. P. N. N. Universidad de Oviedo.

(**) Psicólogo clínico.

(***) Médico profesor de la Universidad Popular de Gijón.

(****) Asistente social.

dactado por la Consejería de Sanidad del Consejo Regional de Asturias, redactado en el presente año y del que fuimos colaboradores.

El Hospital Psiquiátrico de Oviedo, centro modelo de los años 70, conserva unos índices de personal sanitario muy superiores a cualquier hospital psiquiátrico del país, y así, del total sanitario que trabaja en nuestro campo en Asturias —390— (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, etc.), el 90 % se encuentra de plantilla en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo. De dicho hospital dependen dispensarios (con funciones de frecuencia muy diversa) en Gijón, Avilés, Luarca, La Felguera, Mieres, Cangas de Narcea, Llanes y Colunga.

Durante el año 1978 se producen en el hospital 680 primeros ingresos, 1.042 reingresos. La población existente en el hospital el 1-1-1978 era de 1.088 internados. Por lo tanto, el número de personas asistidas en el centro fue de 2.810.

La proporción de primeros ingresos en este año fue de 60,4 por 100.000 habitantes (población calculada en 1.125.453). Asistidos en régimen de internamiento durante 1978 en el H. P. pertenecientes a la S. S., 1.199 enfermos que produjeron 174.154 estancias.

Los indicadores del tipo de asistencia, tanto intra, como extrahospitalarios, pueden resumirse así:

— Servicio intrahospitalario en 1978: Estancia media 141,3; índice ocupación 97,9 %; estancias producidas en ese año 397.036; media diaria de camas ocupadas 1.087; número de camas 1.111; índice personal sani-

tario/cama 0,32; total personal/cama 0,47.

— Servicio extrahospitalario: Un total de 7.403 consultas. De ellas 300 fueron primeras consultas.

— Respecto a las consultas de neuropsiquiatría, en el mismo año 1978, en los ambulatorios de Sama, Gijón, Avilés, Mieres y Oviedo, se realizaron unas 70.000, de las que el 40 % fueron primeras consultas.

Como ya decíamos, la simple constatación de estos datos nos revela ya como el H. P. (por dotado de medios y dispensarios que esté) tiene un elevado índice de ocupación —97,9 %— una escasa rotación enfermo-cama y se ha convertido en un centro que atiende fundamentalmente a una población fija, que en su mayoría se cronifica y envejece en el propio hospital, mientras su asistencia extrahospitalaria está dirigida también a un circuito casi fijo de población: fundamentalmente ex pacientes del hospital.

Por el contrario, los servicios de la Seguridad Social, que es la que con gran diferencia recibe el mayor volumen de demanda asistencial, es la que menos recursos posee para hacer frente a esa asistencia, lo que unido a la falta de coordinación entre ellas termina por diseñar un claro dispositivo en "cascada" reconocido por todos los expertos como el más caro, ineficaz y cronificante.

Este largo preámbulo debe servir en nuestra opinión para remarcar la necesidad de estudios en ese medio —los ambulatorios— en donde la demanda es máxima y donde las respuestas terapéuticas son mínimas y en ese sentido van las siguientes líneas.

La asistencia psiquiátrica que la S. S. presta a los beneficiarios se reduce a las consultas que se atienden en los ambulatorios y que viene determinada por la Ley de Bases del 28 de diciembre de 1966, regulada, a su vez, por una Orden Ministerial del 10 de julio de 1973 (a resaltar que según informa el Boletín de diciembre de 1979 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, varias sentencias de la Magistratura de Trabajo obligan a la S. S. a pagar la hospitalización psiquiátrica).

Toda esta legislación estipula que ha de haber un neuropsiquiatra por cada 25.380 titulares de cartilla de asistencia sanitaria, esta cifra, por si fuera poco, hay que multiplicarla por 2,6 (media aproximada de beneficiarios por cartilla), con lo que resulta que un solo médico ha de atender las alteraciones psiquiátricas y neurológicas de 65.988 personas, con tan sólo dos horas diarias, como máximo, de consulta ambulatoria.

En general, los problemas de las consultas de neuropsiquiatría reflejan como en caricatura por su exageración los rasgos asistenciales generales señalados por A. Miguel y otros en su libro "Sociología de los Ambulatorios": carácter de isla asistencial en desconexión del resto de las estructuras sanitarias (hospitales de salud pública), falta de evolución en paralelo con lo hospitalario, incoordinación de los propios servicios ambulatorios, falta de agilidad en diagnósticos, cambios continuos de tratamiento, ambigüedad de funciones, fusión de dos especialidades tan diferentes como neurología y psiquiatría.

Es igualmente de prever que la

evolución de la demanda general realizada por estos autores —aumento de las consultas geriátricas, problemática de la cronicidad, etc.— sea aún más intensa en psiquiatría.

Si las cifras son de por sí elocuentes, al analizar la plasmación de dichos decretos en Asturias nos encontramos con un ligero aumento de dichas adscripciones. El número de neuropsiquiatras que trabajan en los ambulatorios asturianos de la S. S. es de 14, y el número de trabajadores que se benefician de la S. S. es de 403.742, con lo que cada neuropsiquiatra, en nuestra región, debe atender a los beneficiarios de 29.000 cartillas, es decir, a unas 75.000 personas.

En el presente trabajo intentaremos ver cómo funciona este sistema mediante la observación del mismo durante un mes en el ambulatorio de Gijón. El análisis de dicho funcionamiento, tanto a nivel cuantitativo, como cualitativo, intentaremos ponerlo en relación con las cifras de movimiento de enfermos y consultas al mes en los distintos ambulatorios y consultorios de la S. S., que a nivel provincial publica el servicio de estadística del I. N. de Salud, tratando de obtener cuadros generales.

1) **Análisis cuantitativo**

Número de consultas: Durante el mes de julio de 1978, se atendieron en nuestro ambulatorio 604 casos, de los que 298 eran primera consulta y 306 eran segundas consultas o revisiones. Dado que en dicho mes los días de consulta fueron 24, dan una media de 24 consultas en una proporción de 11 primeras consultas y 14

consultas sucesivas por día. Dichas cifras coinciden —superándolas ligeramente— con las cifras facilitadas en dicho mes por la información estadística del I. N. P.:

Neuropsiquiatría

n.º trabajadores	403.742
n.º de med.	14
1.ª consulta	2.932
suc.	2.972

De cualquier forma, dichas cifras de asistencia a enfermos neuropsiquiátricos por parte de la S. S. deben ser ampliadas por el número de pacientes con trastornos psiquiátricos que son atendidos por los médicos de cabecera y por los servicios de urgencias. La frecuencia aproximada de dicha asistencia psiquiátrica en servicios de medicina general varía según autores y países. Así, en áreas anglosajonas, FERGUSON habla de un 8 % y BENNAL de un 12 %; en áreas francófonas, DIMBLEAU de un 14 % y existen autores en nuestro medio que elevan la cifra, como JUOQUE TIZON, hasta un 20 % de enfermos psiquiátricos atendidos en medicina general.

Dado que en nuestra región existen 211 médicos de cabecera en los distintos consultorios y ambulatorios de la Seguridad Social, y el movimiento de enfermos y consultas de un mes, según la misma fuente es como sigue: 246.185 trabajadores adscritos al servicio con 93.303 primeras consultas y 183.015 consultas sucesivas, 8.556 a domicilio; cabe deducir que al menos unas 2.900 consultas psiquiátricas más son atendidas por la S. S. a nivel ambulatorio, con lo que el total de

enfermos neuropsiquiátricos se acerca a las 9.000 consultas por mes.

LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA EN LOS AMBULATORIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Si los aspectos cuantitativos de la asistencia ya son definitorios de las posibilidades "terapéuticas" de los ambulatorios, un análisis de algunos aspectos cualitativos nos puede dar una idea más exacta de la contribución de estos centros a la cronificación del sufrimiento psíquico, a su medicalización y a la creación de una progresiva drogo-dependencia importante para la población, con unos beneficios astronómicos para la industria farmacéutica cuantificada en un excelente trabajo de J. TIZON.

Una serie de cuadros pueden representarnos el perfil cualitativo de esta asistencia.

DISTRIBUCION DE EDADES

La distribución de edades ofrecía el siguiente aspecto porcentual:

Hasta 2 años	1 %
2-6	8 %
6-14	18 %
14-40	10 %
40-60	26 %
+60	37 %

Prácticamente vemos como la población asistida aparece fundamentalmente desplazada hacia los grupos viejos-niños que agrupan el 64 % de nuestra muestra, mostrando, en principio, cómo la medicalización de los procesos de evolución-escolarización-

involución marcan un intento de reducir al campo médico de una problemática —la de la escuela, la de la integración infanto-familiar y la de la vejez— que nuestra sociedad no logra resolver por otros canales.

SEXO

La proporción hombre-mujer parece desplazada hacia las hembras, 66 % mujeres – 44 % hombres, en una relación coincidente con los parámetros habituales y que de nuevo nos reenvían a una problemática (mujer-locura) formulada por Carmen Sáez, en la que la dinámica de lo femenino es de nuevo escuchada según un modelo médico.

La relación entre estos tres apartados parece forzar como primer resultado la constatación de que la asistencia médica primaria ausente de cualquier enfoque psicosocial fuerza la expresión somática del sufrimiento psíquico, con lo que resulta que no es cierto que la Seguridad Social española no trata los problemas de Salud Mental —según un estudio de J. TIZÓN 1.790.000 enfermos psíquicos son tratados y cronificados por la medicina de cabecera española—, sino que los homogeneiza y fuerza a expresarse bajo formas somáticas.

Así, nuestro estudio muestra que la triada Cefaleas-Mareos-Insomnio-Decaimiento rotula a más de la mitad de los motivos de consulta que son enviados posteriormente al psiquiatra.

Allí, de nuevo, se amplifica la regresión de lo conflictivo, social, familiar o personal, al ser de nuevo explorado en el mismo lugar —ambulatorio médico— con el mismo equipo —una ATS

que escribe recetas— y con mayores medios de exploración somáticos. Dichas exploraciones somáticas son reclamadas con insistencia por el propio enfermo, que asume el modelo biológico de sus trastornos y exige que lo que para el médico es una exploración de complacencia sea llevado a sus últimas consecuencias, entrando en una espiral que de unas placas se pase a un EEG y no son extrañas las peticiones de ingreso neuroquirúrgico para exploraciones mielográficas o arteriográficas por el enfermo.

La pseudoidentidad de «Enfermo de los Nervios» queda reforzada así cuando al final de la consulta y tras la recepción de los datos bioquímicos o biofísicos, le es prescrita una medicación que en nuestros resultados alcanzó a 2,3 recetas por enfermo que fueron prescritas para tiempos que oscilaban entre las seis semanas y los tres meses. Prescripciones de este tipo, así como los prejuicios generales en torno a las enfermedades mentales, abren otro círculo de problemas caracterizados por la sospecha inmediata que toda baja laboral por motivos psiquiátricos crea de absentismo laboral materializado en denuncias de empresas a la inspección de la Seguridad Social y ruegos de dicha inspección a los neuropsiquiatras de que afinen diagnósticos.

La situación de los consultorios de neuropsiquiatría de la Seguridad Social queda así configurada por un diálogo centrado en lo somático en el que cualquier posible relación médico-enfermo se ve mediada por exploraciones biológicas demandadas-concebidas por la pareja relacional, que se persigue mutuamente con fantasías de engaño (“éste busca la baja”, “no me han

pasado por suficientes aparatos”), que termina en un juego de psicofármacos de nuevo demandados y rechazados por sus efectos secundarios y en la que cualquier posibilidad terapéutica queda ausente.

Naturalmente, tras ese tiempo en un número importante de casos los problemas siguen intactos y la mejoría sintomática que, indudablemente con los fármacos se ha logrado, abre la puerta a una cronificación de los trastornos muy similar a la cronificación manicomial: la creación de unos lazos de dependencia con el servicio psiquiátrico y los psicofármacos, la aceptación de una pseudoidentidad de “enfermo de los nervios” equiparada a un sentimiento de inferioridad o debilidad del sistema nervioso central y la falsa conciencia que debe apartarse de los conflictos y adaptarse a una realidad reducida de problemas con la renuncia a toda forma de existencia autónoma y a la concienciación y posible solución de las bases sociales, familiares o interpersonales de sus conflictos psíquicos.

DIAGNOSTICO-MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO

En los dos cuadros de resultados que ofrecemos aparecen en primer lugar el motivo de consulta literal y que como tal fue aceptado por el médico de cabecera, que envió al paciente a nuestra consulta y en segundo lugar un diagnóstico aproximado tras la exploración y la revisión del tratamiento en caso de duda a las tres semanas.

MOTIVO LITERAL DE LA CONSULTA

Cefaleas: 46 %.
Mareos: 29 %.
Insomnio: 5 %
Decaimiento: 5 %.
Irritabilidad Difusa-Ansiedad: 5 %.
Algias periféricas-Parestesias: 3 %.
Hipocondriasis: 3 %.
«Ataques»: 2 %.
Déficit de desarrollo, trastornos del aprendizaje: 2 %.
Alcoholismo-Toxicomía: 1,8 %.

Los medios auxiliares de diagnóstico con que se manejaron estas 600 consultas fueron:

EEG: 81.
P. Análisis de sangre: 85.
P. Exploración Radiológica: 80.
EMG: 14.
TAC: 2.

De las exploraciones obviamente no se obtuvieron iluminaciones para el diagnóstico, y así de 81 EEG sólo evidenciaron patología el 8,6 %, sólo una EMG reflejó alteraciones de conducción y la casi totalidad del resto de las exploraciones fueron inespecíficas para el diagnóstico.

El diagnóstico final al que se llegó tras el control a las tres semanas de la primera consulta evidenció los siguientes resultados:

A) *Trastornos de la serie ansiosa:*
29 %. Repartidos en:

- ansiedad somatizada: 12 %
- ansiedad flotante: 8 %
- ansiedad en crisis: 4 %
- neurosis de angustia: 4 %

B) *Trastornos depresivos*: 23 %. Repartidos en:

- depresión reactiva: 10 %
- depresión neurótica: 10 %
- depresión en PMD: 2 %
- depresión endorreactiva: 1 %.

C) *Trastornos infantiles*: 16 %. Repartidos en:

- trastornos escolares: 8 %
- trastornos comportamiento: 4 %
- trastornos serie epiléptica: 2 %
- inmadurez motora: 1,5 %
- debilidad mental patológica: 0,5 %.

D) *Trastornos involutivos*: 10 %.

E) *Problemas neurológicos*: 7 %.

F) *Casos no neuropsiquiátricos*: 6 %.

G) *Valoración sobre posibilidades laborales*: 6 %.

H) *Alcoholismo-Toxicomanías*: 4 %.

I) *Psicosis*: 2 %.

J) *Otros*: 2 %.