

Grup D

MODEL ASSISTENCIAL, FORMACIÓ I GESTIÓ GLOBAL

Lluís Albaigès Sans (coordinació)
Lluís Isern Sitjà (coordinació)

Carles Pérez Testor
Antoni Arteman Jané
Manel Salamero Baro
Josep Parés Miquel
Albert Mariné Torrent
Jose M^a Haro Abad
José Moya Ollé
Enrique Alvarez Martínez

I. Introducció

L'àmbit de la salut mental ha tingut un paper dins la sanitat pública en ascens en les darreres tres dècades, arrossegat per l'increment de necessitats de la població, expressada a través d'una creixent demanda d'assistència i per una organització que ha estat modèlica dins l'Estat, incardinada progressivament dins el sistema sanitari general sense perdre l'especificitat que el tracte a la patologia mental requereix.

II. Aspectes relatius al MODEL

Els centres de salut mental són l'eix de la psiquiatria comunitària. La psiquiatria comunitària a casa nostra s'ha desenvolupat directament lligada a la filosofia i organització de l'atenció primària de salut.

Considerem que l'anomenat "Pla de suport a la primària" és un programa TRONCAL en els centres de salut mental perquè modifica essencialment l'organització interna i els fluxos assistencials.

L'eficiència de la intervenció en salut està constatat que és més alta en la mesura que la intervenció terapèutica eficaç es fa al més aviat possible i el més proper possible al lloc i entorn en què sorgeix el problema.

Això és especialment important en la patologia mental que es complica enormement quan hi ha factors afegits de marginalitat i estigma.

El model assistencial no és només un sistema d'organització sinó que comporta un pensament sobre la salut que transcendeix la mera assistència a la patologia i ha d'enfocar l'educació sanitària i la intervenció precoç preventiva en les patologies emergents com a factor d'estalvi i d'eficiència en la millora de la salut poblacional.

El Pla director de salut mental i addiccions ha estat un projecte elaborat col·lectivament amb els professionals de l'àmbit de la salut mental. Fa un desplegament del model de salut mental comunitària que permet un estalvi a mig i llarg termini en internament de pacients i disminueix aquests factors de marginalitat que acompanyen sovint la patologia mental crònica.

Considerem que cal aprofundir en el model assistencial actual perquè tendeix a contenir el malestar social que s'expressa a través de la demanda d'assistència a trastorns mentals i perquè té una organització que el fa eficient en la contenció de la despesa d'internament. (Catalunya té uns índexs de llits psiquiàtrics dels més baixos d'Europa i de l'Estat).

El model de centres de salut mental amb el programa troncal de primària ha de permetre una millor intervenció dels metges de família en el tractament dels quadres poc severos i una articulació de les trajectòries clíniques que es defineixen travessant els diferents nivells assistencials (de pacients *border lines*, detecció precoç en psicosi incipient, cura somàtica dels TMS, etc.).

Aquest programa troncal de salut mental a l'atenció primària actualment té una implantació inferior al 50% dels centres de salut mental i considerem que seria una mesura d'estalvi i eficiència a llarg termini la seva implantació general en el territori.

Evidentment que hi ha veus crítiques amb la forma com el programa s'ha aplicat en alguns territoris, en uns destaca la vivència que el programa és una cosa imposada des de dalt i que els professionals de salut mental acostumats a formes diferents de funcionament presenten resistències a participar del programa. En altres es veu que la cultura de treball i la ideologia dels professionals de la salut mental entra en contradicció amb la de l'equip de primària i aquest es desanima i no participa del

programa adequadament, i en altres es tracta com si fos un programa perifèric i no troncal de manera que es contracta algun professional perquè faci la tasca o bé només hi participa algun dels professionals del CSMA. Nosaltres considerem que, si el programa es pot tractar de manera troncal tal com ja hem mencionat, dona un alt rendiment en la contenció i canalització de fluxos assistencials que potencia la intervenció precoç i, d'altra banda, és una oportunitat perquè els professionals de primària es formin i treballin millor en el tractament de les patologies psiquiàtriques menors. En aquesta línia pensem que convé destacar que perquè el programa funcioni necessita:

- a) Primera fase: Definir criteris de partida i filosofia assistencial compartida. Això està ja elaborat en els documents consensuats del pla director.
- b) Segona fase: Elaboració col·lectiva entre primària i els serveis de salut mental per tal d'establir línies de diàleg i superació de les diferències entre la cultura dels equips d'atenció primària i la dels equips de salut mental.
- c) Tercera fase d'implantació: Establiment d'un comitè de direcció a cada zona que faci el seguiment del programa, constituït per la direcció de la SAP i responsables dels programes d'infantil, adults i drogodependències.
- d) Existència de referents de salut mental als EAP que centralitzin el seguiment i proposades en relació amb aquest camp.
- e) Seguiment periòdic de les accions del programa amb jornades bianuals multiparticipatives.
- f) Establiment d'un programa de formació tant dels professionals de salut mental que han de rotar per primària com de professionals de primària que han de fer treball conjunt amb els de salut mental.
- g) Potenciar el treball de les interconsultes que han de poder sostenir no només els comentaris de casos que porten els capçaleres si no també les propostes de nous casos a ser atesos per salut mental. Paral·lelament, a la interconsulta assistencial hi ha d'haver espais de formació continuada tant per metges com per infermeres amb la col·laboració de l'equip d'infermeria dels CSMA.
- h) Articular a primària els programes assistencials que es fan en el centre de salut mental: detecció precoç de psicosis emergents, tractament somàtic de pacients TMS, intervenció psicosocial sobre pacients amb patologia somàtica associada.

Respecte a la CARTERA DE SERVEIS cal mencionar que és important potenciar en els equips el treball en GRUPS TERAPÈUTICS. Això ha de venir reflectit no només en línies de millora de la formació dels professionals i en aspectes organitzatius dels centres de salut mental sinó que també cal que l'Administració, que fa els concerts amb els centres, modifiqui els INDICADORS DE COMPRA DE SERVEIS de manera que l'estàndard de grups a complir i per contra es disminueixi l'exigència en nombre de segones visites.

Destaquem que la proliferació de diferents programes ha generat en els territoris bosses d'inequitat i que les tasques proposades pels programes haurien de poder ser efectuades de forma semblant a totes les contrades. En aquest sentit, pensem que seria raonable un repartiment equitatiu del pressupost capitatiu, proposta que es treballarà abastament en el primer grup.

En aquest sentit de millora de l'equitat territorial és important no confondre's amb l'homogeneïtat. No tots els territoris poden tenir tots els equipaments necessaris. Cal diferenciar entre serveis bàsics de cada territori i serveis suprasectorials que presten el servei a més d'un sector.

Els programes assistencials de cada servei han de disposar d'indicadors de resultats per poder seguir planificant de forma adequada a cada territori.

Un altre aspecte a destacar és que les retallades efectuades, en tant que poc discriminades, indueixen un desencís en els professionals que pot repercutir

negativament i que la sobrecàrrega assistencial constatable en molts punts de la xarxa de centres de salut mental (ràtios d'atenció de psiquiatria més de 500 pacients greus i crònics per professional, atenció a més de 15 pacients internats en unitats d'aguts per professional, etc.) produiran un desgast important en el sector en els propers anys sinó s'albiren mesures compensatòries com ara impulsar una major autonomia de gestió i articular millor les carreres professionals.

Ningú parla que el model sanitari català, que tan bé ha estat valorat, en molt bona mesura es sosté amb un pressupost baix gràcies als sous molt baixos dels professionals.

Cal potenciar que el treball del metge de família amb el suport dels equips de salut mental es basi més en la relació metge-pacient i que els aspectes de registre i burocràtics es puguin gestionar de manera més àgil perquè no prenguin temps a aquests aspectes cabdals pel bon resultat de les intervencions mèdiques.

Cal tenir molt present que la situació actual de crisi econòmica generarà ja per si mateixa un increment significatiu de demanda per malestar social derivat i que carregarà sobre el sistema sanitari i especialment en l'àmbit de la salut mental.

Volem recordar aquí les conclusions de la conferència de Helsinki en què tots els estats europeus acorden donar prioritat a les polítiques assistencials en l'àmbit de la salut mental, parant compte de l'increment de patologies en aquest camp que cap al 2030 seran la primera causa d'incapacitat.

Un altre aspecte del model a tenir present és la carència relativa en els equips de personal de suport en l'atenció a la patologia mental severa a la comunitat. Sabem que la inversió efectuada en aquest camp a altres països genera un estalvi considerable en despesa en internament. Caldria, en aquest sentit, una potenciació de nous professionals de grau mig tipus monitors, auxiliars, etc. que reforcin els equips actuals de salut comunitària.

Respecte als models d'intervenció terapèutica crida molt l'atenció que es medicalitzin quadres clínics no perquè ho requereixin per la seva patologia sinó per condicionants de context o formació del professional esbiaixada. Això ho destaquem tant a primària, on trobem que hi ha quadres de tristesa reactiva "normal" tractats amb antidepressius, o a l'especialitzada on trobem que es tracta la conducta d'infants amb carències només pel control de conducta i assimilant-ho a tractament de quadres psicòtics. (Pràctica observada de tractar trastorns conductuals amb risperidona). Una altra observació de mala praxi és l'ús indiscriminat i amb una evidència baixa que l'infant presenti un TDAH de derivats amfetamínics.

Cal denunciar que el pensament reduccionista imperant i que obté bons rèdits en la ideologia consumista predominant proposa una medicació inadequada de la vida quotidiana. Tant en les famílies com en els consultoris es té poc en compte la valoració del grau d'autonomia que el pacient ha d'assolir ajudat per les mesures terapèutiques proposades.

Cal evitar les dependències. Quan un tractament és merament simptomàtic o bé quan té capacitat addictiva per se caldrà evitar-lo.

Respecte als models organitzatius i de gestió ens crida l'atenció que abans el pes específic dels professionals en la defensa del model i la gestió era més alt i que actualment en grans corporacions els professionals ja no participen de les negociacions i en aquestes hi participen els gerents en exclusiva.

Pensem que cal **INCREMENTAR L'AUTONOMIA DE GESTIÓ DELS PROFESSIONALS**. Denunciem l'assalarització dels professionals com una forma de desgast i desresponsabilització inadequades que comporta un alt cost al sistema en forma de deserció sovint velada.

Els professionals cal que assumeixin riscos en cas d'increment de l'autonomia de gestió. La fragmentació no només és entre els diferents recursos de les xarxes,

també la trobem entre gerències i resta de professionals i entre uns i altres serveis. Denunciem això també com a bosses d'ineficiència del sistema.

El grup planteja:

- Què s'espera que faci el conjunt de professionals de salut mental davant els problemes emocionals i afectius derivats de la degradació social de causa econòmica en la crisi actual?
- Com es pensa que els professionals de la salut mental han de contribuir a disminuir el malestar social? Medicalitzant la població per manca de temps o de formació? Controlant la població a través de fàrmacs que no són innocus especialment en gent jove?

III. Aspectes relatius a l'avaluació i recerca

Tant en aquest àmbit com en el de formació és difícil apuntar a nous retalls donat que els pressupostos són pràcticament inexistents i que les activitats es generen a través d'iniciatives dels proveïdors que recaptin fons no procedents de l'Administració pública catalana.

Cal demanar una avaluació continuada dels programes i activitats, de manera que la recerca aplicada ajudi a definir indicadors d'eficiència i resultats de les intervencions terapèutiques, cosa que permetrà discriminar millor des de l'Administració pública el que cal prioritzar en les carteres de serveis.

En aquest sentit en el grup s'apunten alguns dubtes sobre negocis espuris que poden fer algunes companyies amb els productes genèrics, de manera que podrien estar induint iatrogenia. Si bé considerem que la mesura de promoció de l'ús dels genèrics pot produir un estalvi directe dels costos i alliberar pressupostos que poden ser utilitzats en intervencions terapèutiques no farmacològiques, entre elles l'avaluació, també és cert que hem de ser curosos i estar amatents a possibles desviacions que podrien complicar l'evolució d'alguns pacients. Caldria, doncs, fer una recerca específica sobre aquests fàrmacs.

IV. Aspectes relatius a la formació

La formació és una eina per potenciar les tasques necessàries en els diferents nivells i àmbits d'actuació dels professionals i altres persones que col·laboren en el camp de la salut mental.

La característica de gestió del model català que crida més l'atenció a un observador extern és la gran quantitat de proveïdors de serveis. Considerem que la regulació que es fa a través dels contractes de compra, les seves clàusules i els indicadors de seguiment afavoreixen que l'eficiència del conjunt del sistema públic de salut mental sigui molt alta i segurament més que quan el proveïdor es també públic i no està sotmès a aquestes clàusules.

El fet, però, és que la formació és tractada com quelcom que es dona per fet o que es deixa a la voluntat de cada empresa. El tema durant anys s'ha esbiaixat també perquè la indústria farmacèutica ha patrocinat tant la formació promoguda des d'ella com l'assistència a congressos i jornades. En aquest sentit "aquesta formació" podem pensar que no podrà ser tant promocionada per la indústria en el futur en tant que les marques comercials perdran poder relatiu.

Així doncs, els que molts hem pensat de fa temps que és que la indústria intervé de forma massiva i excessiva en la "formació" i, per tant, introdueix biaixos biològics sense evidència científica, potser ara es podrà redreçar i apostem perquè la indústria deixi de finançar formació.

D'altra banda, veiem també que l'IES, com instància pública de formació de professionals en salut mental, sembla que està en desaparició.

Sembla estrany que quan des de l'Administració pública es promou un producte (tipus d'intervenció o programa) després no es tingui present si el professional té els coneixements adients per aplicar-lo correctament.

Pensem que la formació en servei ha de formar part essencial de l'activitat dels professionals i que cal introduir la seva necessitat en les clàusules dels convenis i complementar aquestes indicacions amb instàncies formatives centralitzades sobretot pels professionals en formació.

Així doncs, la formació creiem que ha de formar part indestriable dels serveis, que cal comptabilitzar-la com una partida econòmica diferenciada i que el buit que va bé que deixi en aquest àmbit la indústria haurà de possibilitar el desenvolupament de programes de formació específics més eficients en la millora dels productes assistencials que el sistema públic ha de tenir a la cartera de serveis.

D'altra banda, sabem que un professional amb un nivell de formació adequat necessita molts menys controls i indicadors per valorar la seva tasca quotidiana i pot dedicar més temps a la pròpia activitat assistencial.

Ja hem apuntat que cal potenciar la formació de personal auxiliar, que probablement amb un nivell de FP2 tal com passa en la majoria d'altres països europeus poden enriquir la salut mental comunitària, la qual en si mateixa representa un estalvi respecte a l'internament.

V. Educació i promoció de la salut (mental)

Aquest àmbit tampoc no ha estat desenvolupat a casa nostra. Pensem que dins l'eix troncal centre de salut mental - equip d'atenció primària cal promoure aquests programes.

L'educació sanitària sabem que pot afavorir una restricció en l'ús de serveis assistencials i fer-ne una millor utilització. Actualment es fan poques campanyes d'educació sanitària i no és un capítol en el qual es pugui retallar.

CONCLUSIONS:

- 1) Les retallades efectuades actualment en el subsistema públic de salut mental estan produint un desencís creixent entre els professionals i es posa en qüestió si el model de salut mental comunitària imperant es vol liquidar o no des de l'Administració.
- 2) Pensem que la contenció de la despesa a mig i llarg termini i una millora i aprofundiment en el model que té ja en si mateix capacitat de contenir-la passa per la potenciació de l'eix assistencial centres de salut mental – atenció primària de salut.
- 3) Considerem que cal una campanya informativa clarificadora de cara a proveïdors, professionals i usuaris dels serveis de salut mental respecte a les directrius que seguirà el model en tant que el Pla director consensuat en el sector sembla haver perdut capacitat de lideratge.
- 4) Cal potenciar un sistema capítatiu de compra de serveis i apostar per una autonomia de gestió professionalitzada, vetllant perquè hi hagi una equitat en les prestacions en els diferents territoris.
- 5) Pensem que l'estalvi que es pot produir amb la concentració de la gestió per aquest sistema i el derivat de la disminució de la factura de farmàcia ha de revertir en una millora del sistema assistencial de salut mental potenciant línies assistencials que puguin redundar en una major autonomia del

- pacient, una disminució d'internaments hospitalaris i un treball d'avaluació contínua de les intervencions amb mesures de resultats.
- 6) Pensem que el model bio-psico-social en aquesta època de crisi ha de venir contrapesat per un model que tingui en compte el context i la individualitat del patiment i que el tractament a les patologies evolucionen diferent segons la forma com el mateix pacient els usa, les usa i les viu. Així l'aliança terapèutica i la complementarietat d'un enfocament socio-psico-biològic és necessari.
 - 7) En aquest sentit cal denunciar les bosses de mala praxi que afloren actualment amb la medicalització excessiva i esbiaixada de joves i adolescents amb trastorns a vegades mal diagnosticats (trastorns de conducta oposicionista i TDAH) i hem de potenciar els tractaments que afavoreixen l'aprenentatge del pacient sobre la seva crisi, trastorn i conflictes vitals de manera que potenciem l'autonomia i treballem al mateix temps incrementant l'educació sanitària per a un millor ús dels recursos.
 - 8) Considerem que no és viable una major retallada en l'àmbit de la salut mental parant compte de la situació ja molt restrictiva de desplegament de serveis per comparació amb altres països de renda semblant i amb altres autonomies, més aviat es preveu un increment important de demandes d'atenció responent a l'increment de malestar social generat per la crisi i a la mateixa evolució de les societats europees, l'epidemiologia de les quals té en compte les conclusions de Helsinki.
 - 9) Es proposa introduir clàusules que garanteixin la formació continuada dels professionals en els convenis com a partides econòmiques diferenciades i programes docents per potenciar persones formades en salut mental comunitària.
 - 10) Es proposa que es trobin fórmules per incrementar l'AUTONOMIA DE GESTIÓ DELS PROFESSIONALS i també la seva participació en els acords i convenis que facin les corporacions i proveïdors amb l'Administració pública.