

Informe SESPAS

Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020



Rocío Juliá-Sanchis^a, Carlos Aguilera-Serrano^{b,*}, Francisco Megías-Lizancos^c
y José Ramón Martínez-Riera^d

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, Alicante, España

^b Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía, Motril, Granada, España

^c Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), Madrid, España

^d Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de noviembre de 2019

Aceptado el 25 de junio de 2020

Palabras clave:

Atención dirigida al paciente

Derechos del paciente

Psiquiatría comunitaria

Salud mental

Keywords:

Patient-centered care

Patient rights

Community psychiatry

Mental health ;

R E S U M E N

La transición legislativa e ideológica producida en los últimos años en España ha favorecido el desarrollo del modelo comunitario de atención a la salud mental. No obstante, aún persiste una fuerte resistencia a la inclusión de abordajes comunitarios en la atención de las personas con problemas de salud mental y a la implementación de una atención y unos cuidados integrados de enfoque salutogénico. El propósito del siguiente artículo es describir la evolución del modelo comunitario de atención a la salud mental en el sistema nacional de salud español y evaluar su estado actual. Inicialmente se realizó una revisión de los planes y estrategias de salud mental nacional publicados y luego se evaluaron tomando como referencia el *Documento de consenso sobre los principios fundamentales y elementos clave de la salud mental comunitaria*, que establece los criterios de valoración de la calidad de la atención comunitaria. Ante la falta de planes o estrategias actualizados, se incluyeron informes y recomendaciones internacionales. Los resultados se agruparon en: 1) perspectiva social, en la que se evidencia la controversia sobre la capacidad de las personas usuarias para tomar decisiones a pesar del reconocimiento de sus derechos como agentes morales autónomos; 2) perspectiva de la centralidad de las personas usuarias de los servicios de atención a la salud mental, en la que se plasma la resistencia a la implementación de una atención y unos cuidados comunitarios integrados; y 3) perspectiva profesional en relación con la efectividad de las intervenciones y la red comunitaria de principios de atención, que señala la necesidad de transformar las instituciones para realizar intervenciones comunitarias en salud mental basadas en la evidencia y de manera intersectorial, integral, integrada e integradora.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Evolution and status of the community model of mental health care. SESPAS Report 2020

A B S T R A C T

The legislative and ideological transition produced in recent years in Spain has favoured the implementation of the community model of mental health care. However, there is still strong resistance to the inclusion of community approaches in the care of people with mental health problems and to the implementation of integrated care and attention with a salutogenic approach. The purpose of the following report is to describe the evolution of the community model of mental health care in the Spanish National Health System and to assess its current status. Initially, a review of the published national mental health plans and strategies was carried out. Subsequently, the evaluation was carried out taking as reference the *Consensus Document on the Fundamental Principles and Key Elements of Community Mental Health*, which establishes the criteria for evaluating the quality of community care. In the absence of updated plans or strategies, international reports and recommendations were included. The results were grouped into: 1) social perspective, where the controversy about the capacity of the users to make decisions despite the recognition of their rights as autonomous moral agents is evident; 2) perspective of the centrality of the users of mental health care services, where the resistance to the implementation of integrated community care and attention is expressed; and 3) professional perspective in relation to the effectiveness of the interventions and the community network of care principles, which highlights the need to

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos85enf@gmail.com (C. Aguilera-Serrano).

transform the institutions to carry out community interventions in mental health based on evidence and in an intersectoral, comprehensive, integrated and integrating manner.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Puntos clave

- La transición legislativa e ideológica producida en los últimos años en España ha favorecido la implementación del modelo comunitario de atención a la salud mental, que se mantiene a pesar de la resistencia a la inclusión de abordajes comunitarios en la atención de las personas con problemas de salud mental y a la implementación de una atención y unos cuidados integrados de enfoque salutogénico.
- La calidad de la atención comunitaria de salud mental en España, desde la perspectiva social, la perspectiva de la centralidad de la persona usuaria del servicio en la atención de los problemas de salud mental en un entorno de alta complejidad, y la perspectiva profesional, se evidencia como insuficiente.
- Es necesario realizar un seguimiento de las intervenciones comunitarias en salud mental basadas en la evidencia mediante la participación de los diferentes agentes que conforman las redes sociales y comunitarias a través de su participación directa o indirecta.
- Se requieren una revisión estructural del sistema y una legítima inversión, así como enfatizar el papel activo de las personas usuarias en su proceso de recuperación en consonancia con una atención centrada en la persona y su familia, y bajo el paradigma de la recuperación.

Introducción

El complejo contexto sociodemográfico y epidemiológico, así como la crisis estructural que afronta el sistema de protección social, han fortalecido la actual heterogeneidad del modelo de salud comunitaria en España¹, razón por la cual el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social publicó en 2019 el *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*². Este documento fue discutido con los/las principales responsables públicos de las comunidades autónomas, profesionales sanitarios/as y personas usuarias del sistema, para impulsar de manera alineada la red asistencial y la actualización de la Atención Primaria y Comunitaria de Salud del Sistema Nacional de Salud (SNS).

A pesar de que estas medidas fueron bien acogidas por las partes interesadas, persiste una fuerte resistencia a la inclusión de abordajes comunitarios en la atención de las personas con problemas de salud mental y sus familias, y a la implementación de una atención y unos cuidados integrados de enfoque salutogénico³. Dichas reticencias parten de planteamientos epistemológicos biomédicos, tecnificados, asistencialistas y hospitalocentristas que tienden a la fragmentación de la asistencia, la reducción de la complejidad de los padecimientos subjetivos, nosografías estancas y, en definitiva, el entendimiento de los trastornos mentales como un producto sociogenético⁴.

Según las estimaciones en población general, una de cada cuatro personas experimenta un trastorno mental común o de conducta, y entre el 0,5% y el 1% un trastorno mental grave, siendo la prevalencia declarada de trastornos mentales de la población adulta en España del 10,7%⁵, lo cual evidencia la necesidad de tener una

red asistencial de salud mental comunitaria capaz de ofrecer una asistencia integral a través de la cobertura sanitaria universal, y con especial atención a la prevención⁶. Por ello, el propósito del siguiente artículo es realizar una breve descripción de la evolución del modelo comunitario de atención a la salud mental en el SNS español y evaluar su estado actual.

Evolución del modelo comunitario de atención a la salud mental

Para describir la evolución del modelo comunitario de atención a la salud mental hemos escogido como punto de partida la década de 1980, con la publicación de la Ley General de Sanidad (LGS) y el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Dichas publicaciones produjeron la transformación de la asistencia psiquiátrica en un modelo integrador y desinstitucionalizador mediante cambios conceptuales, políticos, legislativos y técnicos^{7,8}, que permitieron la transición a una nueva era. Plantearon la asistencia de la salud mental en atención primaria de salud⁹ sin que ello implicara un conflicto, sino la confluencia de la acción comunitaria desde una perspectiva participativa de la comunidad¹⁰. Sin embargo, las instituciones sanitarias autonómicas lo abordaron con escaso éxito a causa de las desigualdades, entre otras, en el calendario de las transferencias de las competencias sanitarias desde el gobierno central, en las voluntades políticas regionales y en el propio compromiso de los/las profesionales^{7,8}.

En 2007 se publicó la *Estrategia en Salud Mental del SNS*¹¹, fruto del consenso entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, las sociedades científicas, las asociaciones de personas usuarias y las comunidades autónomas para conseguir una mejor atención basada en la excelencia clínica y la igualdad, desde un paradigma biopsicosocial, que combinara la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes, la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, y medidas de inserción laboral y social. Esta estrategia detalló los principios regidores de la atención comunitaria en salud mental (autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad), definió la planificación de la asistencia y posicionó a los centros o unidades de salud mental comunitarios como los coordinadores de la interacción con atención primaria, servicios sociales, instituciones educativas y sistema judicial¹², para un abordaje integral e integrado a la salud mental de la población.

Diez años más tarde, el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS¹³ identificó una serie de buenas prácticas alcanzadas relacionadas con la mejora en la cobertura sanitaria, la digitalización de la historia clínica, los planes individualizados de atención y el tratamiento asertivo comunitario¹⁴. Por el contrario, evidenció que solo la mitad de las intervenciones propuestas en las líneas estratégicas y en los objetivos de los planes de salud mental de las comunidades autónomas (tabla 1) habían sido ejecutadas, y que fueron pocas las que se examinaron o valoraron. También denunció la escasa participación social, considerada un factor dinamizador fundamental para la visibilidad social de la transformación asistencial⁸, así como la ausencia de una perspectiva de salud pública, una mala gestión y una ralentización del desarrollo de los servicios comunitarios.

Tabla 1Resumen de las principales líneas estratégicas y objetivos de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006⁹

- Intervenciones para promocionar la salud mental.
- Intervenciones de apoyo en atención primaria para prevenir problemas de salud mental.
- Intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización de las personas con trastornos mentales.
- Establecimiento de procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y el tratamiento precoces de los trastornos mentales.
- Intervenciones comunitarias en áreas de alto riesgo de exclusión social o marginalidad.
- Implantación efectiva de las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios común del SNS.
- Implantación de mecanismos eficaces de coordinación, cooperación y corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucradas en la mejora de la salud mental, garantizando la atención integral de las personas.
- Desarrollo de un modelo de colaboración con los órganos de justicia y las instituciones penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con los del resto de la población.
- Definición e implantación de protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes o de mayor complejidad asistencial en las diferentes etapas de la vida.
- Implantación de procedimientos de contención involuntaria para garantizar el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los/las pacientes.
- Desarrollo de estrategias de información dirigida a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos.
- Implantación de mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.
- Establecimiento de mecanismos y vías de participación de las sociedades científicas y profesionales relacionadas con la salud mental en la planificación y la evaluación de los servicios.
- Disposición y ejecución de planes de formación para profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.
- Promoción de líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.
- Mejora del conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el SNS.

Debemos recalcar que, durante esta última década, la acción política y económica se ha desarrollado bajo medidas restrictivas de la cobertura universal de las prestaciones sanitarias, debido a la crisis económica. Dichas políticas de austeridad se han caracterizado por la descapitalización de los servicios públicos, la transferencia a centros privados y el incremento de los servicios concertados, la desinversión comunitaria y un presupuesto hospitalocentrista¹⁵. En definitiva, han promovido un diseño y una gestión basados en la rentabilidad en detrimento de la calidad, la satisfacción en la atención y los cuidados o en el impacto de los resultados de salud de la población, como establece el artículo 6 de la LGS.

Evaluación del estado actual

Dado que el último plan o estrategia de salud mental publicado en España caducó hace más de 5 años, ha sido necesario describir el estado actual del modelo comunitario de atención a la salud mental español mediante informes y recomendaciones internacionales. Para ello hemos empleado el *Documento de consenso sobre los principios fundamentales y elementos clave de la salud mental comunitaria*¹⁶, en el que participaron personas profesionales expertas europeas y miembros de la red EUCOMS (Red Europea de Servicios Comunitarios de Salud Mental). Dicho documento establece una serie de criterios de valoración de la calidad de la atención comunitaria de los problemas de salud mental: 1) protege los derechos humanos; 2) tiene un enfoque de salud pública; 3) apoya a las personas usuarias de los servicios de salud mental en el proceso de recuperación; 4) hace uso de intervenciones efectivas basadas en la evidencia y los objetivos de las personas usuarias; 5) promueve una amplia red de apoyo en la comunidad; y 6) utiliza la experiencia de pares en el diseño de servicios.

Estos seis criterios pueden agruparse en tres perspectivas interrelacionadas: 1) la perspectiva social, que defiende la protección de los derechos humanos para todas las personas, incluidas aquellas con algún trastorno mental (incluye los criterios 1 y 2); 2) la perspectiva de la centralidad de la persona usuaria del servicio en la atención (incluye los criterios 3 y 6); y 3) la perspectiva profesional, que combina la efectividad de las intervenciones y la red comunitaria de principios de atención (incluye los criterios 4 y 5)¹⁶. Así pues, ¿cómo podríamos considerar el modelo comunitario de atención a la salud mental español?

Perspectiva social en relación con la protección de los derechos humanos

Desde la entrada en vigor de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)¹⁷, en 2008, ha habido un notable progreso en la promoción de los derechos del colectivo (autonomía, información y participación en la toma de decisiones clínicas) y en el desarrollo de legislaciones, estrategias, políticas y programas para la igualdad, la inclusión y el empoderamiento¹⁸. Sin embargo, diversos informes internacionales^{19,20} han identificado situaciones de vulneración de los derechos humanos, asociados a aspectos institucionales y a prácticas profesionales inadecuadas por la falta de reconocimiento de la personalidad jurídica, protección contra tratos degradantes, libertad de expresión, opinión y acceso a la información y a la atención sanitaria²¹.

En el ámbito asistencial español, el derecho a la participación en el proceso de toma de decisiones viene reconocido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²², el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal²³, y la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la CDPD²⁴. Sin embargo, en la práctica clínica diaria son pocos los centros o unidades de salud mental comunitarios en los que se sigue un modelo específico de planificación anticipada de decisiones o se suscriben documentos de voluntades anticipadas psiquiátricas legalmente establecidas²⁵. El debate actual se centra en si la capacidad de decisión debería ser un criterio necesario para el tratamiento involuntario en la atención psiquiátrica, como así sucede en la atención somática²⁶. De esa manera podrían reducirse prácticas obsoletas en la atención de personas con problemas de salud mental, como la institucionalización, la medicalización excesiva o la realización de medidas coercitivas aún fuertemente arraigadas en nuestro sistema a pesar de las campañas de información, sensibilización y movilización #0Contenciones, como así se deriva del informe del Comité de Bioética de España en 2016²⁷. Sin embargo, la vulneración de los derechos humanos anteriormente expuesta es una realidad por falta de recursos comunitarios^{25,28} como los equipos asertivos comunitarios o los equipos de asistencia aguda domiciliaria²⁹. Quienes gestionan las instituciones sanitarias

y profesionales de salud mental deberían atender a las evidencias sobre las mejoras en los resultados de salud de las personas usuarias y de los/las propios/as profesionales^{21,25}, así como a la rentabilidad económica que supone la reducción de las medidas coercitivas (reducción de reingresos, de rotación del personal, de litigios y de gastos en responsabilidad civil)²⁸.

Siguiendo con la protección de los derechos, el derecho de toda persona al disfrute del «más alto nivel posible de salud» está garantizado por las acciones en salud pública. Con la publicación de la *Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020* de la Organización Mundial de la Salud⁶, el modelo asistencial de la salud mental comunitaria español viró hacia la promoción de la salud mental, la prevención del trastorno mental, el tratamiento y la rehabilitación, siendo prioritaria la recogida de datos en la vigilancia de la salud pública mediante sistemas de información. No obstante, los datos publicados son dispersos y de una calidad, una consistencia y una validez heterogéneas⁶. La mortalidad es la fuente más estable, pero no la más eficaz para dimensionar el problema. Los registros al alta hospitalaria también son estables, pero de mejorables exhaustividad, homogeneidad y calidad en la codificación. Las referencias sobre salud mental en las encuestas poblacionales, así como los estudios centinela, son de escasa utilidad para la toma de decisiones. Aunque los indicadores de intensidad de utilización de los recursos sanitarios ofrecen una visión homogénea, no definen el perfil de la persona usuaria ni la adecuación de las infraestructuras a las necesidades²⁹. Por ello, es necesario mejorar la codificación de los procesos y el apoyo en la interpretación epidemiológica de las observaciones realizadas, y replantearse la recogida mediante la codificación de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-11)³⁰ y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5)³¹, así como potenciar los sistemas taxonómicos de *Diagnósticos Enfermeros*, *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* y *Clasificación de Resultados de Enfermería*, conocidos por sus acrónimos en inglés NANDA-NIC-NOC³²⁻³⁴.

Perspectiva de la centralidad de la persona usuaria del servicio en la atención de los problemas de salud mental

La salud mental hace referencia a cómo una persona piensa, siente y actúa cuando hace frente a situaciones de la vida, cómo se ve a sí misma, cómo ve su vida y sus relaciones personales, cómo evalúa los cambios y los problemas, y cómo los afronta. La recuperación de la salud mental es un proceso individual único en el que, con una buena atención de salud mental basada en la comunidad, los/las profesionales buscan resolver las necesidades individuales desde la centralidad de la persona¹⁶, con énfasis en el manejo de su competencia y su capacidad ante la percepción de sí misma, del estrés, de las relaciones con otras personas y la toma de decisiones²¹. Además de la recuperación clínica (alivio de los síntomas psiquiátricos), la persona con problemas de salud mental debe alcanzar la recuperación funcional (participación significativa en la sociedad) y la recuperación personal (restauración de la identidad personal).

Sin embargo, dicha recuperación está mediada, en primer lugar, por las decisiones de quienes gestionan, ya que es habitual que planteen soluciones centradas en aspectos económicos en vez de en las personas; en segundo lugar, por la despersonalización de la relación terapéutica³⁵ debido a la sobrecarga de trabajo y al paradigma biomédico centrado en síntomas y no en la persona y su contexto³⁶; y en tercer lugar, por el estigma asociativo y la discriminación asociados a la enfermedad mental, que son importantes obstáculos para un abordaje normalizado. Las actitudes y las creencias negativas de los/las profesionales hacia las personas con problemas de salud mental⁷ son consecuencia de los prejuicios de la sociedad a la que pertenecen, como por ejemplo las creencias que vinculan el trastorno mental con agresividad, peligrosidad o incompetencia, así como la creencia de que no existe posibilidad de recuperación, o con

el suicidio. Esta relación viciada favorece una estigmatización institucionalizada que vulnera los derechos y dificulta la integración social.

Por ello, se precisa la inclusión de abordajes comunitarios en los que se realice una atención individualizada, humanizada y de aceptación de las condiciones subjetivas, sociales y espirituales, centrados en la persona y su familia³⁶. Los abordajes comunitarios deben decidir con y no sobre la persona usuaria, enfocarse en las fortalezas y no tanto en las debilidades¹⁶, educándolas en el autocuidado, favoreciendo que sean cocreadoras y cogerentes de su propia salud, y no meras receptoras de servicios³⁷.

No obstante, en la actualidad, algunos servicios llevan la etiqueta de recuperación como mera propaganda dadas las dificultades para la implantación de estos abordajes por la infradotación y la infrafinanciación. Educar a la población en la gestión de su autocuidado, y trabajar con las familias y las redes sociales, requiere unos recursos humanos que no tenemos. Además, es necesario el legítimo compromiso con las personas usuarias de los servicios de salud mental, tanto en las opciones de tratamiento individual como en la formulación de políticas, involucrándolas en comités asesores de salud mental, órganos de monitorización y estructuras de defensa de pacientes y familias¹¹.

Perspectiva profesional en relación con la efectividad de las intervenciones y la red comunitaria de principios de atención

Una buena atención de la salud mental comunitaria utiliza intervenciones basadas en la evidencia científica de alta calidad, como directrices clínicas, revisiones sistemáticas y metaanálisis¹⁶. Dado que la salud mental comunitaria se desempeña dentro del propio entorno natural, las adaptaciones de las intervenciones basadas en la evidencia a cada contexto son importantes para reflejar las realidades y los recursos locales. Por lo tanto, la práctica basada en la evidencia y el modelo de recuperación son dos enfoques que pueden combinarse para mejorar la calidad de la red asistencial.

Con la Reforma Psiquiátrica (1985) y la LGS (1986), las personas con algún trastorno mental vieron cómo sus necesidades se ajustaban algo más a las del conjunto de la población general, como por ejemplo la necesidad de recibir una educación, de trabajar, de acceder a una vivienda digna, de relacionarse, de ocupar el tiempo libre y, por supuesto, de recibir tratamiento adecuado, incluyendo el rehabilitador^{11,38}. Con la transición a una nueva era de práctica basada en la evidencia y la responsabilidad moral¹⁶, las intervenciones implementadas tuvieron éxito gracias a la intersectorialidad enfocada en la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas usuarias, mediante una atención integral, integrada e integradora^{38,39}, dejando de lado las medidas obligatorias y la hegemonía profesional.

A pesar del aumento de la evidencia que refuerza la poderosa influencia de los factores sociales, como la desigualdad⁴⁰, en la atención de la salud mental, hoy por hoy las intervenciones que se implementan siguen siendo pensadas por profesionales y sostenidas por escasa evidencia sobre la mejora de los resultados de los enfoques biológicos y psicológicos. Por ello, la EUCOMS recomienda el uso de intervenciones que integren un tratamiento psicológico basado en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y la terapia psicodinámica, con el uso de medicación como una herramienta y no como un objetivo¹⁶, así como la mejora de la salud física y la inclusión social de las personas usuarias.

Dichas intervenciones deben realizarse prioritariamente en los servicios de salud mental de base comunitaria, que suelen consistir en una red de atención terapéutica multidisciplinaria y multiservicios que puede proporcionar un amplio espectro de intervenciones que favorecen que el proceso de recuperación se produzca en su

entorno natural y con el apoyo de su red social informal (familiares, recursos de autoayuda, etc.), situando a la atención primaria como el principal asociado de la red asistencial. Aunque ahora pueda verse como algo utópico, la tendencia de los/las profesionales del equipo comunitario de salud mental (profesionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y educación social) es a trabajar de manera interdisciplinaria incluyendo la experiencia de la persona usuaria.

El tratamiento asertivo comunitario es un modelo integrado de atención de salud mental basado en la evidencia que ha demostrado su efectividad sobre los modelos estándar de gestión de casos para reducir la gravedad de los síntomas en las personas sin hogar con enfermedades mentales graves^{14,29}. Entre las buenas prácticas de atención integrada de la salud mental basada en la comunidad con pruebas menos concluyentes se incluyen el tratamiento asertivo flexible en la comunidad y el tratamiento integrado de trastornos duales¹⁶. No obstante, la integración de la atención de salud mental comunitaria y la colaboración con la red social de la persona usuaria se ve obstaculizada por una financiación que favorece la atención institucional, así como por las complejas y dispares redes de servicios y prestaciones de las distintas comunidades autónomas, que han causado dificultades de coordinación y sinergia entre los dispositivos⁴¹.

Discusión

Este informe ha descrito la evolución del modelo comunitario de atención a la salud mental en el SNS español de los últimos 40 años y ha evaluado su estado actual de acuerdo con los criterios establecidos en el *Documento de consenso sobre los principios fundamentales y elementos clave de la salud mental comunitaria*¹⁶. Siguiendo las recomendaciones de sus autores originales, se han agrupado los criterios en tres perspectivas: 1) la perspectiva social, que defiende la protección de los derechos humanos para todas las personas, incluidas aquellas con algún trastorno mental, la cual incluye los criterios sobre protección de los derechos humanos y el enfoque de salud pública; 2) la perspectiva de la centralidad de la persona usuaria del servicio en la atención, que incluye los criterios referidos al apoyo de las personas usuarias de los servicios de salud mental en el proceso de recuperación y la inclusión de su experiencia de pares en el diseño de los servicios; y 3) la perspectiva profesional, que combina la efectividad de las intervenciones y la red comunitaria de principios de atención.

Tras analizar la situación actual de la atención comunitaria de salud mental en España bajo los criterios previamente descritos, consideramos que, a pesar de los esfuerzos legislativos de las últimas décadas y la inclusión de nuevos paradigmas asistenciales, en su estado actual no ha alcanzado la globalidad del sistema.

Para conseguir una mejor atención de las personas con trastorno mental, basada en la excelencia clínica, desde un paradigma biopsicosocial, respetuoso con los principios de autonomía y derecho a la información y la toma de decisiones, y que combine la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los/las pacientes, la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, así como medidas de inserción laboral y social, son necesarias una revisión estructural del sistema y una inversión económica, así como enfatizar el papel activo de las personas usuarias en su proceso de recuperación⁴², en consonancia con una atención centrada en la persona usuaria y su familia, y bajo el paradigma de la recuperación.

Según nuestros hallazgos, la heterogeneidad del modelo comunitario de atención a la salud mental español se debe a la falta de coordinación, consenso y sinergia entre las complejas y dispares redes de servicios y prestaciones de las comunidades autónomas⁴¹, que dificultan la continuidad de los cuidados y la accesibilidad. Si

a ello añadimos las duras políticas de austeridad secundarias a la pasada crisis económica, y la actual sobrevenida por la alarma sanitaria de la COVID-19, encontramos una infradotación económica y de recursos humanos que propicia la descapitalización de los servicios públicos, la transferencia a centros privados y el incremento de los servicios concertados, la desinversión comunitaria y el presupuesto hospitalocentrista¹⁵.

Finalmente hay que destacar la necesidad de seguir trabajando por establecer y realizar el seguimiento de intervenciones comunitarias en salud mental basadas en la evidencia mediante la participación de los diferentes agentes que conforman las redes sociales y comunitarias a través de su participación directa o indirecta.

Conclusiones

Tras la evaluación del estado del modelo comunitario de atención a la salud mental español en 2020 encontramos que se ha producido un notable progreso ligado al impulso institucional transformador en pro de la mejora de la atención primaria y comunitaria de salud del SNS, así como de las propias líneas de desarrollo planteadas en los inicios de la Reforma Psiquiátrica.

Entre las principales carencias destacan la falta de reconocimiento de la personalidad jurídica como parte del núcleo duro de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales; el mantenimiento de prácticas profesionales inadecuadas, obsoletas y no avaladas por la evidencia; la insuficiente perspectiva de salud pública; la limitada participación activa de las personas usuarias y sus familias tanto en los planes individualizados de atención como en la formulación de políticas; y la ineficiente gestión clínica o las obsoletas planificación y evaluación sanitarias, con nulos mecanismos de rendición de cuentas.

Es necesaria una revisión estructural del sistema, una legítima inversión, así como enfatizar la participación activa de las personas usuarias en su proceso de recuperación⁴¹, en consonancia con una atención centrada en la persona usuaria y su familia bajo el paradigma de la recuperación.

Para integrar el modelo comunitario de atención a la salud mental es importante asegurar, desde un punto de vista coste-efectivo, la implementación de una atención y unos cuidados integrados de enfoque salutogénico con inversiones en servicios comunitarios de acuerdo con los objetivos de la política y de los planes. Finalmente, los planes y las estrategias de salud mental nacionales deben ser renovados.

Contribuciones de autoría

La concepción y el diseño del trabajo de investigación de campo corresponden a R. Juliá Sanchis, J.R. Martínez Riera y C. Aguilera Serrano. La redacción del artículo la realizaron R. Juliá Sanchis, J.R. Martínez Riera y C. Aguilera Serrano, con importantes contribuciones intelectuales y críticas de F. Megías Lizancos. Todas las personas firmantes han aprobado la versión final para su publicación y se responsabilizan de que todos los contenidos han sido revisados y discutidos con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

Agradecimientos

A varias referencias clave que no han podido aparecer en la bibliografía por falta de espacio. A todas las personas que trabajan para mejorar la salud mental comunitaria.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32 (Supl 1):5–12.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. BOE, núm. 2019;109:48652–70 (Consultado el 14/2/2020.) Disponible en: <https://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761>.
- Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, et al. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública. 2011;85:129–39.
- Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas. 2014;13:109–20.
- De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, et al. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016;23:67–73.
- World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. WHO; 2013. (Consultado el 3/10/2019.) Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
- Ebsworth SJ, Foster JLH. Public perceptions of mental health professionals: stigma by association? J Ment Health. 2017;26:431–41.
- Desviat M. La Reforma Psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Pública. 2011;85:427–36.
- Parra MA. Articulaciones entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2016;34:30–7.
- Stolkiner A, Solitario R. Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira D, editor. Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós; 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid; 2007. (Consultado el 14/2/2020.) Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA.SALUD.MENTAL.SNS.PAG.WEB.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental. Madrid. 2014. (Consultado el 14/2/2020.) Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Transversalidad.y.continuidad.pdf>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2015. (Consultado el 14/2/2020.) Disponible en: <https://www.aen.es/docs/Informe-de-Evaluacion-Salud-Mental.CISNS.pdf>.
- Gómez-Beneyto M, Rodríguez Pulido F, Caamaño Sánchez V, et al. Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018;38:19–43.
- Informe de la AMSM sobre la atención de salud mental en Madrid. Asociación Madrileña de Salud Mental; 2014. Disponible en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2014/09/informe-amsm-pdf.pdf>.
- Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. BMC Psychiatry. 2019;19:174.
- United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CDDP). 2006. (Consultado el 11/11/2019.) Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>.
- Hamann J, Cohen R, Diplich S. Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical making and others do not? J Clin Psychiatry. 2011;72:1636–43.
- United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2017. A/HRC/35/26/Add.2. (Consultado el 11/11/2019.) Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/srrihealthindex.aspx>.
- World Health Organization. Quality Rights Tool Kit. Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. WHO; 2012. (Consultado el 11/11/2019.) Disponible en: http://www.who.int/topics/human_rights/Instrument.derechos_OMS_spa.pdf.
- Suess Schwend A, Bono del Trigo A, Ibáñez Rojo V, et al. Planificación anticipada de decisiones en salud mental: modelos, utilidades y propuestas de aplicación. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2016;36:79–102.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Consultado el 9/10/2019.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. (Consultado el 9/10/2019.) Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-3160>.
- Ley 26/2011, de 1 de Agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (Consultado el 9/10/2019.) Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-13241>.
- Juliá-Sanchis R, García-Sanjuan S, Zaragoza-Martí MF, et al. Advance healthcare directives in mental health: a qualitative analysis from a Spanish healthcare professional's viewpoint. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2019;00:1–10.
- European Network of National Human Rights Institutions. Implementing supported decision-making. Developments across Europe and the role of National Human Rights Institutions. 2020. (Consultado el 9/6/2020.) Disponible en: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2020/06/Report-ENNHR-and-MHE-Implementing-supported-decision-making.pdf>.
- Comité de Bioética de España. Informe sobre consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016. (Consultado el 5/6/2020.) Disponible en: <http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>.
- Inchauste Aróstegui JA. Actualidad en coerción y asistencia en salud mental: de la pugna declarativa al impulso a alternativas. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019;39:9–15.
- Vázquez-Bourgos J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. Actas Esp Psiquiatr. 2012;40:323–32.
- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th revision. Geneva: WHO; 2018.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018–2020. 11.ª ed. NANDA International. Barcelona: Elsevier; 2019.
- Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMM, et al. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Gafo J. Diez palabras clave en bioética. 3.ª ed. actualizada. Navarra: Verbo Divino; 1997.
- Oliveira R, Andrade L, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. Cien Saude Colet. 2012. (Consultado el 28/10/2019.) Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a22.pdf>.
- Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2009;2009(1):CD005963. Published 2009 Jan 21. doi:10.1002/14651858.CD005963.pub2.
- Yohanna D. Deinstitutionalization of people with mental illness: causes and consequences. AMA J Ethics. 2013;15:886–91.
- Dawson J, Huikuri S, Armada F. Liverpool Active City 2005–2010: increasing population physical activity levels through intersectoral action. J Phys Act Health. 2015;12:749–55.
- World Health Organization, Fundacao Calouste Gulbenkian. Social determinants of mental health. 2014. (Consultado el 5/6/2020.) Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/.
- Fernández Liria A, Moreno Pérez A, González Cases J. La red de atención a la salud mental correspondiente al hospital universitario Príncipe de Asturias en Madrid (España). Estud Psicol (Natal). 2011;16:319–27.
- Bhugra D, Tasman A, Pathare S, et al. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. Lancet Psychiat. 2017;4:775–818.