

S U M A R I O

EDITORIAL [pág. 1]

INFORME [pág. 3]

del "Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la postcrisis por COVID-19"

COLABORACIONES [pág. 18]

La receta de la salud: Introducción a los determinantes sociales.

Sebastià March, Lorena Ruiz, Gustavo Zaragoza y Clara Benedicto

Deabajo de la pandemia.

Gabriela López

Rehabilitación en tiempos de COVID.

Eva Muñiz

COVID-19: de la crisis matrioshka a la justicia social.

Javier Padilla

HEMOS ESTADO... [pág. 39]

Seminario "COVID-19 y Salud Mental". UIMP.
Mikel Munarriz

EL PANÓPTICO [pág. 46]



Boletín núm. 47 INVIERNO año 2021

**BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL**

**JUNTA DIRECTIVA 2018-2021
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD
MENTAL (A.E.N.)**

AMSM

PRESIDENTA

Carmen Cañada Gallego

VICEPRESIDENTA

Marta Carmona Osorio

SECRETARIA

Eva Muñiz Giner

TESORERO

José Camilo Vázquez Caubet

VOCAL DE PUBLICACIONES

Maite Climent Clemente

VOCALES

Ana Moreno Pérez

Inmaculada Liébana Gómez

María José Darder Mayer

Miguel Ángel Martínez Barbero

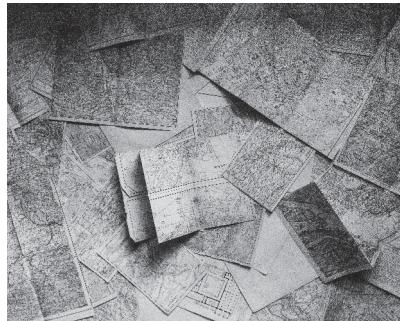
COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN

Laura Carballeira Carrera

Luis Nocete Navarro

Belén González Callado

editorial



Fuente: pixels

“El año en el que ...se habló de salud mental augurando...una temible avalancha de malestar en forma de consecuencias a largo plazo de la pandemia donde los trastornos mentales crecían hasta la asíntota...”

“...la pandemia nos ha dañado a todos...ha golpeado con más fuerza...a quienes ya estaban excluidos...volvemos a encontrarnos con políticas que no sólo no resuelven las desigualdades, sino que las mantienen o acrecientan.”

“Era el mejor de los tiempos y era el peor de los tiempos; la edad de la sabiduría y también de la locura; la época de las creencias y de la incredulidad; la era de la luz y de las tinieblas; la primavera de la esperanza y el invierno de la desesperación. Todo lo poseíamos, pero nada teníamos; íbamos directamente al cielo y nos extraviábamos en el camino opuesto. En una palabra, aquella época era tan parecida a la actual, que nuestras más notables autoridades insisten en que, tanto en lo que se refiere al bien como al mal, sólo es aceptable la comparación en grado superlativo.”

Charles Dickens. *Historia de dos ciudades* (1859)

Ha terminado por fin 2020, el año que cambió todo, que nos cambió a todos. El año en el que tuvimos problemas nuevos, como el SARS-CoV-2, la soledad del confinamiento o la escasez de respiradores, pero en el que los problemas de siempre, como la pobreza, la desigualdad, o la exclusión dañaron más que nunca. El año en el que una y otra vez se habló de salud mental augurando que, tras las curvas de neumonías, ingresos en UCI y muertes vendría otra curva, una peor, una temible avalancha de malestar en forma de consecuencias a largo plazo de la pandemia, con una gráfica escalofriante donde los trastornos mentales crecían hasta la asíntota sin posibilidad de descenso.

De la noche a la mañana se transformó el sistema sanitario, ese sistema del que llevábamos décadas escuchando que no tenía más capacidad de transformación porque en los sistemas públicos no existe el “*se hace, se puede*”. Hasta que hizo falta y entonces se hizo y se pudo. También de la noche a la mañana se transformó la red de rehabilitación psicosocial. Separamos ambas transformaciones en dos frases distintas, aunque sucedieran a la vez, aunque sucedieran por lo mismo, porque la pandemia demostró lo que ya sabíamos, que pese a la buena voluntad, las dos redes están separadas. Por su diseño, por su forma de funcionar, por ese lugar de complementariedad subsidiaria que tiene la red de atención psicosocial, por ese sobredimensionamiento de lo tecnológico y hospitalario que tiene la red sanitaria. Nos transformamos unos y otros sin poder acompañarnos, sin poder aprovechar para arreglar problemas estructurales, sin poder refundarnos ni rescatar esa vocación comunitaria que siempre hemos querido tener, pero nunca hemos terminado de conseguir. Hemos trabajado estos meses en un análisis de esa respuesta que supone el plan COVID, que podéis leer en este número, pero sabemos que volveremos una y otra vez a 2020 para mirarnos, entendernos y construirnos.

Aunque no supiéramos acompañarnos como habríamos necesitado, ambas redes, sanitaria y sociosanitaria compartimos con el resto de organismos que trabajan para la salud comunitaria, desde la Atención Primaria a las asociaciones vecinales, la misma conclusión: la pandemia nos ha dañado a todos pero ha golpeado con más fuerza y crueldad a quienes ya estaban excluidos de una u otra manera. Siempre lo hemos sabido y defendido y pese a ello volvemos a encontrarnos con políticas que no sólo no resuelven las desigualdades, sino que las mantienen o acrecientan. Mientras llegan, si lo hacen, remedios técnicos concretos (sean vacunas, psicofármacos, psicoterapias o intervenciones comunitarias) necesitamos más que nunca políticas

“Conjugar todos esos factores y ofrecer a todos los profesionales de la salud mental un espacio de reflexión y aprendizaje con capacidad de autocritica, pero también propositivo y constructivo...”

“... un mundo en el que hemos visto con nuestros propios ojos cómo de la noche a la mañana sucedía lo impensable y se «transformaba lo que no se podía transformar.”

que mejoren las condiciones de vida de las personas¹. Sólo así disminuirá de verdad el sufrimiento, físico y mental. Virchow y Rose están más vigentes que nunca. Y sin embargo a medida que nos acostumbramos al mundo postcovid, más se perfila que, si no lo reencauzamos, los recursos irán una vez más a poner parches, medicalizar la tragedia y apagar fuegos mientras las desigualdades sociales se hacen cada vez más insalvables. No sólo en salud mental, aunque todo repercute en la salud mental. Cuando escribimos este texto, en la ciudad de Madrid cerca de 1200 familias llevan más de cien días sin luz eléctrica, ante el silencio de las administraciones; incluso pese a haber tenido que afrontar sin ese suministro básico las nevadas más intensas en décadas. Nadie en el s. XX hubiera pensado que bien avanzado el s. XXI íbamos a ver a niños ingresando en hospitales con síntomas de congelación porque se les niega la luz eléctrica. En aquel 2020 aciago constatamos que ni una sola conquista podía darse por hecha.

Ha terminado también, no solo 2020, sino el periodo de esta junta directiva. Comenzamos nuestra andadura pensando que vivíamos un momento histórico difícil para los servicios de salud mental. Una etapa en la que era imprescindible una evolución de los servicios; tanto para rescatar la vocación comunitaria que siempre quisimos, pero nunca terminamos de conseguir, como para transformar unos servicios acostumbrados a suplir con coerción y paternalismo la falta de medios y capacidad para hacer un acompañamiento respetuoso con los derechos humanos. A la vez, esos servicios que necesitaban recuperar su vocación inicial y mejorar en su funcionamiento debían hacer frente a casi una década de recortes y desmantelamiento. Conjugar todos esos factores y ofrecer a todos los profesionales de la salud mental un espacio de reflexión y aprendizaje con capacidad de autocritica, pero también propositivo y constructivo se nos antojaba difícil.

Este 2020 nos ha hecho redefinir nuestro concepto de momento histórico difícil. Las preocupaciones y prioridades que teníamos en 2018 se mantienen. Seguimos considerando necesarias esa consecución, esa transformación, esa reivindicación. Nos enfrentamos a un periodo que empieza en un mundo donde la normalidad es nueva, donde el miedo y la solidaridad tienen nuevas caras, donde “salud mental” significa una gráfica terrible de secuelas que vendrán. Pero también es un mundo en el que hemos visto con nuestros propios ojos cómo de la noche a la mañana sucedía lo impensable y se transformaba *lo que no se podía transformar*. No vamos a olvidarlo.

Las desigualdades no son nuevas. Ni las pandemias. Ni las instituciones que no son capaces de llegar a donde deberían. 2020 nos enseñó que el s. XXI no es tan distinto a los siglos anteriores como creímos. Y esto es así para los conflictos, pero también para sus soluciones. En 2019 una nueva Alma-Ata, una nueva reforma, parecían impensables. Ya no.

Era el mejor de los tiempos y era el peor de los tiempos.

Junta AMSM

1) A este respecto recomendamos encarecidamente la lectura del documento Equidad en Salud y Covid-19, editado por el ministerio de sanidad y disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

LA PARADOJA PREÁMBULO COMUNITARIO / PRESUPUESTO HOSPITALARIO. LA PANDEMIA POR COVID-19 Y LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROPUESTAS

INTRODUCCIÓN



Fuente: pexels

“...no estamos en un escenario post-crisis...la crisis sanitaria avanza por oleadas, que el malestar psíquico no ha dejado de crecer y no tiene una relación causal unívoca.”

“Necesitamos construir colectivamente un quehacer que no pierda de vista los derechos y la calidad de la asistencia en salud mental comunitaria.”

Comenzamos 2021 envueltos en la mayor crisis sanitaria de la historia reciente. La pandemia producida por el virus del SARS-CoV-2 ha sacado a la luz la precariedad y escasez de los sistemas de cuidados, de los servicios públicos y nos ha puesto delante (si queremos verlo) la interdependencia de todos los aspectos de la vida sobre el planeta y la certeza de que sólo es posible salir adelante atendiendo a los múltiples desafíos que se plantean (sanitarios, sí; pero también sociales, económicos, ecológicos...). Nos ha mostrado también que las redes de apoyo, en ocasiones, son capaces de llegar allá donde las instituciones han hecho dejación de sus funciones, que gracias a ellas ha sido posible en muchos casos tener alimento, compañía, calor... La vulnerabilidad, esa palabra que hace alusión a la posibilidad de ser herido, nos ha mostrado la fragilidad en la que vivimos... y también que esa fragilidad no es igual para todos: no todas las casas son iguales, no todos los confinamientos son posibles, no todas las voces se escuchan con el mismo interés, no todos estamos expuestos a la misma violencia ni a la misma vulneración de derechos; no todos tenemos luz.

Una crisis sanitaria de estas características desbordaría (y ha desbordado) cualquier sistema sanitario y sociosanitario. Desde aquí, nuestro reconocimiento a todos los/ las profesionales que han tenido que encontrar soluciones a una situación harto complicada, tanto quienes han estado en primera línea frente a la enfermedad como quienes, desde los despachos, han buscado la mejor forma de organizar los pocos recursos disponibles.

Ahora sabemos que no estamos en un escenario postcrisis, sino que la crisis sanitaria avanza por oleadas, que el malestar psíquico no ha dejado de crecer y no tiene una relación causal unívoca. Por eso planteamos una oportunidad para reflexionar sobre la interconexión de los elementos que acaban resultando en malestar psíquico para poder abordarlos, mejorando las redes de cuidado, los servicios públicos; reduciendo la desigualdad, potenciando las redes naturales de solidaridad...

El revulsivo que están suponiendo la pandemia y sus múltiples crisis asociadas (sanitaria, social, económica, de sistemas de cuidados) podría suponer también una oportunidad de oro para enfrentarnos a carencias estructurales graves de nuestros sistemas de protección, incluido el sistema sanitario y, dentro de este, la atención a la salud mental. Proponemos revisar la situación de partida previa a la pandemia, en su contexto, la atención a la pérdida de la salud mental durante la misma y el Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la postcrisis por COVID19 de la Comunidad de Madrid. Necesitamos construir colectivamente un quehacer que no pierda de vista los derechos y la calidad de la asistencia en salud mental comunitaria. Desde la Asociación Madrileña de Salud Mental creemos que todavía queda mucho camino por recorrer en lo relativo a la pandemia y en él necesitamos una mirada integradora y una actitud flexible y reflexiva que haga

que no asumamos las pérdidas como inevitables y podamos contribuir a corregir un sistema que enferma.

Esta es la intención y la propuesta.

EL SUSTRATO

Las epidemias acontecen sobre un sustrato y sobre realidades materiales que condicionan y modulan sus daños; en palabras de David Harvey “Los virus mutan todo el tiempo. Pero las circunstancias en las que una mutación se convierte en un problema mortal dependen de las acciones humanas” (Harvey, 2020). En esta misma línea, Padilla y Gullón (2020) nos invitan a entender la pandemia no como fenómeno fortuito que nos azota como si de una plaga divina se tratase, sino como un fenómeno social cuyas raíces están en la propia estructura de nuestras sociedades y las desigualdades que operan en ella. Entender el sustrato, por tanto, es entender la situación de partida de determinadas poblaciones y su potencial vulnerabilidad (la pobreza, el hacinamiento, la precariedad, el acceso desigual a los sistemas de atención; los modelos de cuidados de los mayores,...); y los distintos daños que pueden sufrir fruto de la pandemia, tanto a nivel de daños directos causados por la infección y las medidas para contenerla (secuelas de la enfermedad, hospitalización, aislamiento, duelos, etc.) como a nivel de daños indirectos fruto de la crisis económica, social, educativa y de cuidados sobrevenidos de la misma.

Al inicio de la pandemia se hizo patente una línea discursiva que, desde las instituciones gubernamentales y sanitarias, afirmaba que la pandemia no entendía de clases sociales. Sin embargo, en el transcurso de la misma se ha hecho evidente cómo las desigualdades sociales son una vez más condicionantes de



Fuente: unsplash

la salud de las poblaciones y nos recuerdan que ningún análisis en este campo puede hacerse prescindiendo del marco de los Determinantes Sociales de la Salud.

En todo análisis social de la pandemia aparece el concepto de vulnerabilidad. The Lancet (2020) define a los grupos vulnerables como aquellos que están expuestos de manera desproporcionada al riesgo, pero quién está incluido en estos grupos puede cambiar dinámicamente a lo largo del tiempo. Más allá del tradicional concepto de vulnerabilidad que enmarca la problemática desde un punto de vista del sujeto o grupo vulnerable, la vulnerabilidad está supeditada a las condiciones sociales y las respuestas políticas: “una persona no considerada vulnerable al inicio de la pandemia puede llegar a serlo dependiendo de las políticas implementadas” (The Lancet, 2020). Durante el tiempo que llevamos sufriendo los efectos de la pandemia, los grupos vulnerables no han sido solo las personas mayores, las personas con mala salud y comorbilidades, o las personas sin hogar o con infravivienda; sino también las personas de un gradiente socioeconómico con dificultades para hacer frente financiera, social, mental o físicamente a la crisis. La criminalización de la migración durante la pandemia, el señalamiento del sinhogarismo, el encierro de las personas sin techo en centros abarrotados, el confinamiento familiar en estructuras sociales desiguales, el aumento de los síntomas en mujeres, el aumento de situaciones de violencia machista, el abandono de nuestros mayores... todos han sido colectivos vulnerables y vulnerados a lo largo de estos meses.

Más allá del agente infeccioso, el daño no solo está en la infección, ni tampoco está solamente en la desigualdad previa: el daño también puede estar en la respuesta. De ahí la importancia de una respuesta que contemple y alcance múltiples aspectos interrelacionados y pueda irse adaptando a una situación cambiante.

LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA: LOS PROBLEMAS DE LA RED EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS

El gasto sanitario total de la Comunidad de Madrid en el año 2018 fue el que menor % del PIB dedicó a sanidad, 3,6%, comparado con el resto de CCAA. En cuanto a euros por habitante, el gasto es el penúltimo de la lista, sólo por delante de Andalucía como puede verse en la tabla (Unidad responsable de la estadística de Gasto Sanitario Público. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación. Estadística de Gasto Sanitario Público 2018: Principales Resultados. Madrid; 2018).

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	10.184	6,3%	1.212
Aragón	2.107	5,7%	1.601
Asturias (Principado de)	1.717	7,4%	1.676
Baleares (Illes)	1.655	5,1%	1.407
Canarias	3.062	6,7%	1.399
Cantabria	896	6,5%	1.543
Castilla y León	3.802	6,6%	1.577
Castilla-La Mancha	2.919	7,1%	1.438
Cataluña	10.765	4,7%	1.432
Comunitat Valenciana	7.000	6,3%	1.415
Extremadura	1.735	8,7%	1.626
Galicia	4.025	6,4%	1.491
Madrid (Comunidad de)	8.389	3,6%	1.274
Murcia (Región de)	2.317	7,4%	1.567
Navarra (Comunidad Foral de)	1.067	5,3%	1.651
País Vasco	3.809	5,3%	1.753
Rioja (La)	462	5,4%	1.477
Comunidades Autónomas	65.911	5,5%	1.416

Tabla: Gasto sanitario público del sector de gasto Comunidades Autónomas en el ejercicio económico 2018.

Fuente: Ministerio de Sanidad.

El sustrato de la Red de Atención a la Salud Mental presentaba al inicio de la pandemia importantes carencias debido a políticas públicas que habían privatizado parte de la misma, mermando sus recursos y su orientación comunitaria durante, al menos, las dos décadas previas. La AMSM ha venido denunciando en una serie de documentos la precaria situación del sistema de atención a la Salud Mental. El análisis sobre la evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid entre los años 2000 y 2015 (AMSM, 2016) pone en evidencia la falta de inversión en los CSM y la transformación desde un modelo comunitario, ni uniforme ni totalmente desarrollado hasta entonces, a uno jerárquico en el que el Hospital tiene el mayor poder para organizar la asistencia y distribuir los recursos. Asimismo, pone de manifiesto varios problemas de gran calado.

La inversión en Salud Mental Comunitaria fue prácticamente nula desde el año 2008 hasta la aprobación del último Plan de Salud Mental (2018-2020). La red comunitaria, en concreto los Centros de Salud Mental y los Programas de Continuidad de Cuidados que deberían ser los dispositivos/programas que la sostienen, fueron los grandes damnificados de esta falta de inversión con plantillas que se mantuvieron inalteradas desde principios de los años 2000, llegándose a reducir en algunos sectores profesionales y centros, a pesar de un importante aumento de la demanda. Por citar algunos ejemplos, las ratios de profesionales sanitarios por cada 100.000 habitantes se redujeron entre los años 2008 y 2016, pasando de 5,46 a 5,21 psiquiatras, de 3,10 a 3 psicólogas clínicas, de 0,45 a 0,40 tera-

peutas ocupacionales y de 0,61 a 0,33 auxiliares de enfermería (ORCSM, 2018); muy alejados de las ratios aconsejadas por organismos como la OMS. Las ratios de enfermería y trabajo social en la red comunitaria eran menores que en el año 2000. Estos datos explican las dificultades para un adecuado seguimiento y apoyo comunitario de los pacientes más graves y la muy escasa capacidad de los CSM para atender la demanda de forma útil pese al esfuerzo de sus profesionales.

Esta falta de inversión en los recursos que suponen el núcleo del sostenimiento de la atención comunitaria se complementa con el aumento de los recursos destinados a unidades de hospitalización de corta, media y larga estancia. En términos globales, desde el año 2007 se traspasó la inversión en recursos comunitarios a recursos hospitalarios. En lo relativo a las unidades de corta estancia (UHB) la apertura de unidades de hospitalización de los nuevos Hospitales concentró la poca inversión que se realizó durante esos años. Una inversión más relacionada con la apertura estrella de los nuevos Hospitales que con una gestión eficiente de los recursos disponibles. De forma paralela, se produjo un incremento del número de camas conveniadas en media y larga estancia, lo que supone un claro indicador del fracaso de los Servicios de Salud Mental Comunitarios en el apoyo social a las personas con los problemas de salud mental más graves, así como un paso atrás en la prevención de su exclusión y la defensa de sus derechos. En una especie de profecía autocumplida, la demanda de centros de larga estancia se dispara ante la falta de inversión en recursos que permitan el apoyo necesario de personas que padecen

sufrimiento psíquico intenso para el sostén de su vida en la comunidad.

El Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 (ORCSM, 2018) no trajo un cambio sustancial en las políticas públicas en materia de salud mental. Planteábamos (AMSM, 2019) dudas sobre la vocación comunitaria de un plan cuyas ratios de profesionales de continuidad de cuidados estaban muy alejadas de los estándares; en el que una dotación económica muy significativa, un tercio del total, se dedicaba a seguir conveniendo camas de larga estancia; o en el que los problemas más prevalentes, que colapsan los Centros de Salud Mental se colocaron en el nivel de Atención Primaria sin que se haya producido un incremento en los recursos humanos de Atención Primaria que lo permita. No medicalizar, no psicologizar parece haberse convertido en un mantra que podría servir para resignificar el sufrimiento y potenciar recursos propios y de las redes de apoyo (si los recursos públicos necesarios estuvieran disponibles), pero finalmente se utiliza para negar el sufrimiento y la atención al mismo. Las políticas de los últimos años se podrían resumir en la *paradoja vocación comunitaria / dotación hospitalaria* que provoca una incapacidad de generar la respuesta integradora biopsicosocial imprescindible en la atención a la pérdida de la salud mental.

En las consultas, la percepción de los profesionales es de un sistema en precario. Centros de Salud Mental cada vez menos “centro” y más consultorio, sin capacidad real de centralizar la atención y darle un hilo coherente y verdaderamente terapéutico a nuestra actividad. Consultas anegadas de malestar derivado de las malas condiciones de vida (precariedad, desigualdades sociales, violencia) ante las que se busca una respuesta técnica que difícilmente llega: lo que llamamos ansiedad o insomnio o somatización por poner sólo algunas, es inevitable cuando no hay luz o cuando de la noche a la mañana se debe recurrir a las colas del hambre para alimentar a la familia. Sea donde sea que se aborde con las herramientas sanitarias al uso estas situaciones (Atención Primaria, Salud Mental, las consultas de Digestivo), ni conseguirán atajar el problema para la persona que lo padece, ni evitará la sensación de ruina moral para el profesional. En este sentido, el reduccionismo biológico es señalado por el relator especial de Naciones Unidas (Puras, 2017), como constituyente de lo que llama carga mundial de obstáculos para una atención acorde con los principios de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.

En la Comunidad de Madrid la rehabilitación de los pacientes más graves (contemplada en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud) se lleva a cabo con los recursos diurnos y residenciales desarrollados a partir del Plan de Atención Social

a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 (Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, 2003). La gestión ha sido privatizada desde casi sus inicios mediante contratos de gestión de servicios públicos en dos modalidades: concesión, si el edificio es propiedad de la Comunidad de Madrid; y concurso, si el edificio es propiedad de la entidad adjudicataria, ajustándose a unos pliegos de prescripciones técnicas y administrativas (Consejería de Asuntos Sociales, 2014). El hecho de que solo se pueda acceder a ellos a través de la derivación del Centro de Salud Mental, hace que la cobertura de sus plazas dependa en gran medida del modelo que ese dispositivo tenga respecto a la comprensión y abordaje del trastorno mental grave, habiendo un uso desigual de los recursos dependiendo de las áreas sanitarias. Es importante destacar que, pese al esfuerzo puesto por parte de todos los profesionales en el trabajo conjunto, queda mucho camino por recorrer para que se produzca una atención sociosanitaria integral en la que la intervención psicosocial y comunitaria no sea considerada un mero complemento, a veces prescindible, de la atención farmacológica.

A principios de 2008, la Red de Rehabilitación contaba con 5222 plazas (Consejería de Asuntos Sociales, 2014) y con 6669 en octubre de 2020. Si bien el Plan se ha consolidado y ha crecido con un gran esfuerzo por parte de la Consejería, parece que está pendiente tanto la “potenciación y consolidación de los mecanismos de planificación conjunta, coordinación y colaboración con la Red sanitaria de Salud Mental” (Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, 2020), como una revisión de su funcionamiento más allá de datos cuantitativos relacionados con el incremento de plazas o con las inserciones laborales. Sería fundamental que esa revisión valorase también aspectos como si los pliegos técnicos y los recursos han sabido incorporar los cambios de paradigma en sus programas (por ejemplo, contemplar la importancia de la biografía, la situación socioeconómica o los factores socioculturales; en lugar de quedar atrapados en una explicación biológico del síntoma), si la dotación presupuestaria es suficiente para acometer los objetivos definidos en los pliegos técnicos (teniendo en cuenta, por ejemplo, las precarias condiciones salariales de los profesionales de la Red); si el acuerdo marco usado como herramienta de concertación de plazas ha introducido variables económicas en la intervención con efectos indeseables en la evolución de las personas atendidas (AMSM, 2013); o si ha tenido repercusiones en la calidad de la atención el hecho de que un menor presupuesto tenga más peso en los concursos públicos que el proyecto asistencial.

Finalmente, el Decreto 308/2019, de 26 de noviembre de 2019, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la es-

"Sabemos cómo las líneas de vulnerabilidad que terminan provocando fracturas sociales siempre deben leerse también en clave de desigualdad y opresión social..."



Fuente: pixabay

"...la primera ola supuso, sobre todo, la saturación hospitalaria: se anuló prácticamente toda actividad que no estuviera relacionada con la COVID y los Hospitales se llenaron de pacientes contagiados."

tructura directiva del Servicio Madrileño de Salud, denomina por primera vez a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental como Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Desconocemos si este cambio de nombre ha supuesto la integración esperada de las Redes de Drogodependencias (dispersas entre recursos municipales y de la Comunidad y con una coordinación particular en cada territorio).

LA RESPUESTA DE LA RED DE SALUD MENTAL Y PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL POSTCRISIS COVID19

Nos quedan muchas lecciones que aprender de la infección por SARS-CoV-2. Lo que sí tenemos en el momento actual es un amplio conocimiento de cómo han ocurrido otras epidemias o pandemias en el pasado, conocemos modelos sobre cómo se pueden producir las infecciones, conocemos el incremento de riesgo de pandemia relacionado con las condiciones de vida de la especie humana, las distintas fases u olas que pueden presentar virus respiratorios como la gripe y otros coronavirus; y hemos vivido lo complicado e imprescindible que es dar respuestas sanitarias, sociales y políticas efectivas ante situaciones como en la que estamos inmersos. Sabemos cómo las líneas de vulnerabilidad que terminan provocando fracturas sociales siempre deben leerse también en clave de desigualdad y opresión social (véase la pandemia por VIH). Sabemos que hay medidas que se pueden y se deben tomar, que hay formas efectivas de reducir o mitigar los mecanismos de transmisión y que desde hace miles de años han sido utilizadas por distintas culturas: lavado de manos, distanciamiento social y cuarentenas forman parte de ellas. También sabemos del impacto emocional tanto de las pandemias como de los mecanismos para intentar mitigarlas.

A pesar de nuestra incapacidad para predecir la aparición de un fenómeno epidémico concreto en un momento dado, si existían indicadores de que era un escenario probable que algún virus respiratorio pudiese provocar una pandemia en los próximos años, la llamada *enfermedad X*. Este es el concepto que utilizó la Organización Mundial de la Salud (2018) para referirse al conocimiento de que una epidemia podría causar una pandemia en el futuro cercano y para establecer esta entidad hipotética como una de las prioridades para la investigación y desarrollo de tecnologías sanitarias. Dada la previsibilidad de este escenario también existían guías e indicadores desarrollados en el ámbito de la salud mental (Huremovic, 2019).

LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA Y LA RED DE SALUD MENTAL

A pesar de que varios países de nuestro entorno cercano estaban dando señales de la magnitud del problema, nuestro país no fue distinto a la gran mayoría de estados europeos a los que la primera ola de la pandemia cogió desprevenidos y sin planes concretos para hacer frente a la infección. España y en concreto, la Comunidad de Madrid, fue uno de los lugares del mundo más azotados en este primer momento. El virus se extendía sin freno por la comunidad y fueron los Hospitales los que tuvieron que dar solución a la demanda grave y masiva producida por el virus. En paralelo se tomaron de forma rápida medidas drásticas de distancia social y confinamiento.

En el entorno sanitario la primera ola supuso, sobre todo, la saturación hospitalaria: se anuló prácticamente toda actividad que no estuviera relacionada con la COVID

y los Hospitales se llenaron de pacientes contagiados. Como respuesta se reforzó la dotación hospitalaria (hay que recordar los altos índices de contagio y bajas entre el personal sanitario). Ya veníamos apuntando en apartados anteriores que tanto el sistema sanitario, como específicamente la Red de Salud Mental, presentaban un importante sesgo hospitalocéntrico. Es probable que esta particular orientación de la Red facilitara una respuesta ágil a la demanda surgida en el Hospital, a diferencia del ámbito comunitario, donde la respuesta requería más niveles de complejidad. En todo caso, los Hospitales, al reconvertir todos sus espacios en unidades COVID, redujeron prácticamente a cero toda la actividad no relacionada con la pandemia. Además de las medidas sanitarias, esta primera ola estuvo también marcada por otras que, si bien pertenecen al ámbito económico, son fundamentales para reducir el sufrimiento psíquico asociado a la pandemia como la aprobación del Ingreso Mínimo Vital, la adopción de un sistema de ERTEs y el refuerzo de las prestaciones por desempleo, entre otras medidas de carácter social.

En un *post* publicado el 31 de marzo de 2020 en la web de la AMSM, un socio resumía cómo se había modificado la atención a la pérdida de la salud mental en aquellos momentos de confinamiento y máxima ocupación de los Hospitales por pacientes afectados por la COVID-19: cierre de las consultas externas de psiquiatría (como en el resto de las especialidades) y cierre de camas de hospitalización (UHB) para transformarlas en camas de atención a patología COVID. Los psiquiatras y psicólogos clínicos del Hospital bien hicieron funciones de apoyo, acompañamiento o administrativas, bien organizaron programas de atención psicológica a profesionales, pacientes y familiares. En momentos en los que fue más que evidente la necesidad de acompañar y aliviar el sufrimiento de la incertidumbre, el ingreso en soledad, el fallecimiento sin testigos familiares, la tensión permanente entre la vida laboral y la personal, fue necesario mantener una actitud proactiva para poder realizar este trabajo.

Algunos profesionales, especialmente de enfermería y de trabajo social de la red comunitaria, fueron desplazados a los Hospitales, dejando en una mayor precariedad a los equipos que atienden a los pacientes más graves. Los que se mantuvieron en el CSM, con equipos mermados a su vez por las bajas, inventaron una atención telefónica y telemática de la que habrá que conocer potencialidades y límites. En todo caso, puso de manifiesto también la pobreza tecnológica de pacientes e instituciones.

Durante la gestión de la pandemia, el traslado de los profesionales de los Centros de Salud Mental a los Hospitales y su sobrecarga de funciones, ha imposibilitado que pudieran se-



Fuente: pixabay

guir brindando el servicio que daban antes de la misma, con lo que ha sido la Red de Rehabilitación la que ha sostenido el apoyo psicosocial y comunitario de las personas con trastorno mental grave junto con el Programa de Continuidad de Cuidados que se pudo conservar: la salud mental sigue estando escindida entre lo social y lo sanitario y existe mucha dificultad para desarrollar respuestas integradoras.

A la Red de Rehabilitación, en Madrid dependiente de la Consejería de Políticas Sociales, se le aplicó la misma normativa que a los recursos de atención a los mayores: Minirresidencias confinadas (en muchos casos con restricciones más estrictas que el resto de la población); Pisos Supervisados sin apenas recibir intervención directa; CRPSs, CDs, CRLs y EASCs cerrados, sin poder proporcionar atención presencial. También allí se reinventó el teléfono. En un momento de máxima vulnerabilidad e incertidumbre, sin el poder que da la presencialidad, crearon sistemas de contacto disponibles, predecibles y cotidianos que permitieron la atención de personas afectadas de sufrimiento psíquico intenso, evitando el desencadenamiento de crisis que hubieran supuesto un mayor colapso de los recursos hospitalarios. No obstante, este reconocimiento no es incompatible con cuestionar algunos aspectos de la respuesta que se ha dado desde Rehabilitación. En esta primera etapa de la crisis, el trabajo en Rehabilitación ha estado muy atravesado por el conflicto no resuelto entre las necesidades de cuidado y de control. La posición anexa a la red sanitaria ha hecho que se asumiera la responsabilidad de revisar si los usuarios estaban cumpliendo con las normas sanitarias, sin valorar con ellos el impacto de las mismas y sin establecer medidas que ayudaran a paliar sus efectos. Por otro lado, tal vez el cierre de los recursos de atención diurna y, por tanto, la prestación exclusivamente telemática de la atención, haya supuesto desatender parte de las necesidades de los usuarios más vulnerables. Tampoco

se facilitaron las medidas de seguridad a los profesionales, ni se contempló la posibilidad de brindar una atención domiciliaria que pudiera haber mitigado estas carencias.

Las medidas de confinamiento en Unidades de Media y Larga Estancia, así como las condiciones de los ingresos en las Unidades de Hospitalización Breve, se han visto modificadas desde el inicio de la pandemia, con medidas más restrictivas de las que afectan a la población general. Cabría reflexionar con Kelly *et al.* (2020) sobre las implicaciones legales y éticas en la atención a la salud mental devenida de la legislación de emergencia actual o futura y sobre las consecuencias negativas en cuanto al respeto a los derechos de las personas que padecen trastorno o discapacidad mental. ¿En qué circunstancias, por ejemplo, es ético restringir más los derechos de las personas afectadas de sufrimiento psíquico? Los autores señalan un camino por donde podríamos avanzar: la importancia de prevenir restricciones éticamente injustificadas y discriminación hacia personas con diagnóstico de trastorno mental durante la pandemia de COVID-19 mediante el análisis de la situación, la valoración de riesgos, la puesta en marcha de alternativas y la supervisión rigurosa y transparente de las medidas.

EL PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL EN LA POSTCRISIS POR COVID-19

1.- Contexto y marco teórico

En el contexto de la primera ola se elabora un Plan de Respuesta por parte de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA, 2020) que realiza un análisis de situación de lo acontecido durante esta fase de la pandemia, la respuesta y el posible impacto que esto tendrá en la Red de Salud Mental; con el objetivo de organizar una dotación extra de recursos humanos a partir de ese análisis. El privilegio de la visión retrospectiva nos lleva a fijarnos en un primer momento en un concepto que figura en el título del plan y apunta al alcance del mismo, la **postcrisis por COVID-19**:

“Estimando como fin de la crisis y normalización de la actividad el verano de 2020, consideramos la siguiente estimación de demanda aumentada desde el momento actual, extendiéndose al menos en el segundo semestre de 2020 y primer semestre de 2021” (ORCSMyA, 2020; p. 24).

Se trata del primer y único Plan de Respuesta elaborado por la ORCSMyA, fechado el 25 de mayo de 2020, momento en el que todavía no quedaba claro cuál iba a ser la historia natural de la pandemia. Desde este lugar retrospectivo, reconocemos

la ingenuidad (o la ceguera) con la que quizás se pensó que en verano lo peor de la COVID habría pasado y lo que tendríamos entonces por delante serían las otras olas: la patología aguda cuya asistencia se había retrasado, la patología crónica sin tratar y la oleada de la pérdida de la salud mental. No obstante, el Centro Europeo de Control de Enfermedades (2020) establecía recomendaciones basadas en el mantenimiento de las medidas de control y mitigación y el gobierno de la Comunidad de Madrid empezaba a proyectar la construcción de un hospital de pandemias.

Compartimos con este plan el marco desde el que se articula la respuesta basado en las guías de intervención del Comité Permanente entre Organismos (IASC, 2007) y, en consonancia con las recomendaciones de la Naciones Unidas (United Nations, 2020), coincidimos en los preceptos sobre los que debería asentarse el Plan:

1. El enfoque poblacional de las medidas, en contraposición a un abordaje individualizador de los problemas sobrevenidos de la crisis provocada por la COVID-19.
2. La atención de emergencia a los problemas de salud mental y psicosocial.
3. La oportunidad de construir una organización de atención a la salud mental para el futuro, de calidad, para apoyar la recuperación de la sociedad, lo que requiere de una inversión específica centrada en el refuerzo de los servicios comunitarios y con la participación de los usuarios y valoración de la experiencia en primera persona.

Estos principios no se ven reflejados en las medidas adoptadas en el desarrollo del Plan; lejos de encaminarnos a solucionar esos problemas estructurales, se repiten los mismos patrones que nos han llevado a brindar una respuesta que no se corresponde con la salud mental comunitaria que se afirma defender; de hecho, se ahonda en la orientación hospitalocéntrica. Observamos que la participación de usuarios y la valoración de usuarios en primera persona no pasa de una declaración de intenciones en la introducción. De nuevo vuelve a aparecer el hilo conductor de las políticas en salud mental en las últimas décadas basadas en la **paradoja de un preámbulo comunitario y un presupuesto hospitalario**.

El primer problema que plantea el documento tiene que ver con el marco temporal y la previsión que plantea: el Plan concibe la pandemia por COVID-19 como un escenario de una ola que abarcaría desde marzo a junio de 2020 y en el que el tiempo posterior se produciría una suerte de vuelta a la normalidad previa. En este sentido realizan unas estimaciones en las

que “*globalmente se considera que el aumento de los problemas mentales en la postcrisis de manera sostenida y creciente en el medio y largo plazo resulta uno de los principales retos en el impacto en la salud de la crisis por COVID-19*” (ORCSMyA, 2020; p.10). No contar con un escenario cambiante y más duradero del contexto de crisis dificulta enormemente la capacidad de hacer una previsión y dimensionamiento de la respuesta, así como la capacidad de poder brindar una respuesta flexible.

Dentro de las estimaciones del documento, de la bibliografía consultada por sus autores destacan las estimaciones de Van Ommeren (2005) y Charlson (2019) que señalan que en situaciones de catástrofe, se ha observado un aumento de la prevalencia tanto de los trastornos mentales comunes (pasando de un 10 a un 15-20%) como de los trastornos mentales graves (de un 2% a un 3-5%). Las limitaciones que a nuestro juicio, plantea la utilización de los indicadores de prevalencia de la OMS en situaciones de conflicto, es que hacen referencia a situaciones de conflictos armados, de crisis humanitarias, desplazamientos forzados y situaciones de pobreza extrema generalizada, que no sabemos hasta qué punto son equiparables a nuestro marco. Se podría pensar que las poblaciones más vulneradas durante la pandemia y por las políticas en respuesta a la misma podrían alcanzar ratios similares, pero resulta aventurado hacer una extrapolación general. Asimismo, cabría destacar que, si esas previsiones se cumplieran, estaríamos ante un escenario donde la prevalencia de los trastornos mentales comunes y graves llegaría a casi duplicarse, por lo que sería necesaria una dotación de personal más ambiciosa que la propuesta en el Plan: contratos temporales a 54 profesionales de psiquiatría y psicología.

Una vez analizado un previsible aumento del sufrimiento que se formulará como demanda, el documento plantea que las líneas de vulnerabilidad de la población son ubicuas. A pesar de esto, cuando el Plan pasa a analizar los aspectos específicos del trastorno mental en situaciones de crisis elige centrarse en dos entidades clínicas: el TEPT y el duelo patológico. El documento del IASC (2007) plantea una realidad más compleja y diversificada describiendo varias áreas de incremento de problemas generadores de sufrimiento psíquico:

- 1) **Problemas preexistentes** (por ejemplo, trastornos mentales graves; abuso de alcohol).
- 2) **Problemas suscitados por la catástrofe** (por ejemplo, duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés postraumático (TEPT)).
- 3) **Problemas inducidos por la asistencia humanitaria** (por ejemplo, ansiedad debida a la falta de información respecto de la distribución de alimentos).

Por consiguiente, los problemas de salud mental y psicosociales en situaciones de emergencia abarcan mucho más que la experiencia del estrés postraumático y el duelo y cabría preguntarse el criterio de elección de estas dos entidades. Un ejemplo llamativo es que la prevalencia de los trastornos relacionados con adicciones aumenta en estos escenarios, pero la atención a las adicciones, la necesidad o no de incrementar programas de prevención, detección y de recursos humanos para llevarlos a cabo, ni se menciona; a pesar de ser, aparentemente, un ámbito competencial de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

2.- Evitar la medicalización y psicologización

Podemos leer que una línea clave del Plan es “*evitar la patologización inapropiada de los malestares y adversidades que crecerán sin duda con la crisis, y que requieren de una respuesta no sanitaria, sino acorde a su naturaleza social, laboral o económica*” (ORCSMyA, 2020; p. 10). Sin embargo, no se desarrolla una línea de trabajo específica que contemple esta problemática o estrategias para resignificar estas formas de sufrimiento. Parece complicado, así, que la estrategia pueda ser una herramienta adecuada para abordar la problemática de la medicalización.

No podemos negar que el discurso imperante medicaliza los problemas de la vida cotidiana y que contra eso debemos generar otras narrativas (dentro y fuera de la consulta). La resignificación es una tarea pero, pensar que no incluir la variable del sufrimiento relacionado con los determinantes sociales de la salud, hace que esta demanda no se vaya a producir es una quimera.

Lucy Jhonston (2020) señala que traducir reacciones humanas comprensibles en el momento actual: la fatiga, la hipervigilancia, la ansiedad, el insomnio, el desánimo... al lenguaje de la “salud mental” las convierte en una epidemia tan global y difícil de abordar como el coronavirus. Bajo el imperativo de “tenemos que hablar de la salud mental” se fomenta cada vez más que todas las formas de sufrimiento sean vistas como problemas de salud mental. Este discurso, señala, ha penetrado de manera tan profunda en las mentes de los profesionales, los medios de comunicación y el público general que ni siquiera entienden que esto pueda ser problemático o sujeto a crítica. La idea de que estamos frente a dos epidemias simultáneas -una de salud física y, por una trágica coincidencia, otra de salud mental- no solo es carente de sentido: es peligrosa. Si caemos en las redes de esta forma de pensar, perderemos la posibilidad de conectar con cuestiones más amplias, tanto -de

hecho, más, porque no nos daremos cuenta de que lo estamos haciendo- como aquellos que están promoviendo más abiertamente la narrativa médica de la “pandemia de trastornos mentales crónicos”.

Hay dos razones principales para esto, de acuerdo con la autora, la primera es que cuanto más etiquetemos reacciones humanas comprensibles como problemas o trastornos de salud mental, mayor será la tentación de centrarnos en tratamientos individuales. En segundo lugar, plantea que las etiquetas diagnósticas y el discurso de la “Salud Mental” nos impiden lidiar con los motivos más generales de nuestro sufrimiento, al desconectar nuestras respuestas con las amenazas que podrían estar en su origen. En tiempos más “normales”, esas amenazas generalmente incluyen aspectos como abusos, negligencia, violencia, discriminación y pobreza.

En el contexto de la pandemia, estos condicionantes previos se ven agravados por las múltiples crisis sobrevenidas y se prevé un empeoramiento del sufrimiento psíquico relacionado con la pérdida del empleo, la privación económica, la violencia de género, etc. Estas situaciones, aunque derivadas de las condiciones estructurales, no son ni de menor intensidad ni de menor legitimidad que las que se producen en un duelo patológico o en el estrés postraumático. Es por eso, que dotar un plan basado en recursos humanos, únicamente con facultativos psicológos y psiquiatras, comete a nuestro juicio, un error de diagnóstico comunitario que repercute además en la perpetuación de un modelo de atención medicalizador e individualista, que perpetúa la fantasía de que es posible “extirpar” un malestar sin modificar el contexto que lo ha producido. La ausencia de contratación de otras profesionales de la Red, como trabajadoras sociales y enfermeras, que podrían ayudar a traer un enfoque poblacional a la atención, precisamente en un contexto que necesita de abordajes que trasciendan el marco individual, aleja más el objetivo de la desmedicalización. En este momento se hace necesaria una Red de Salud Mental Comunitaria con los Centros de Salud Mental actuando como nexos con la comunidad de modo que puedan facilitar (con las Asociaciones, las Juntas de Distrito, los Servicios Sociales, Educación...) la mirada psicosocial en las respuestas colectivas. De la misma manera, estamos ante una gran oportunidad para reformular el trabajo con Primaria, una de las líneas estratégicas más débiles del Plan de Salud Mental 2017-2020.

3.- Estimación de necesidades y dimensionamiento de la respuesta

A la hora de estimar las necesidades y el aumento de la demanda surgen dos problemas. El primero es el marco temporal

que contempla el documento, como hemos señalado en los apartados anteriores. El fin de la crisis no será antes del primer semestre de 2022, siendo necesario valorar la evolución de la pandemia, que en escenarios más pesimistas podría extenderse más tiempo; por tanto, la población estará sometida a situaciones de estrés psicosocial durante más tiempo, agravando de esta manera las previsiones. El segundo problema tiene que ver con la estimación de las necesidades de la población. El documento plantea un aumento de la prevalencia que puede llegar a duplicarse en nuestro entorno, lo que es un aumento del 100%, (del 10 al 20% en TMC y del 2 al 4 en TMG). Sin embargo, el Plan concibe este aumento como únicamente del 50%, sin justificar la vía por la que se llega a esta cifra. A partir de la estimación de la prevalencia, tratan de hacer una previ-



Fuente: unsplash

sión de cómo esta se traducirá en aumento de la demanda: de nuevo, con un algoritmo no especificado, se realiza una estimación: *“el aumento del 50% de la prevalencia se traducirá en un aumento del 30% de la demanda en salud mental en TMC y un 20% en TMG que recibirán fundamentalmente los Centros de Salud Mental”*. El diferente curso de la pandemia hace necesaria una revisión de las necesidades de manera que se ajuste la temporalidad en la que se basan las estimaciones y donde se utilicen indicadores transparentes que justifiquen de una manera pormenorizada el cálculo del aumento de la demanda. Otro hecho importante tiene que ver con el problema actual de la accesibilidad a la Red de Salud Mental: estamos en un escenario de aumento de las barreras a la asistencia sanitaria -por la saturación del circuito hospitalario y en mayor medida por el desbordamiento de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid acaecida desde el mes de agosto de 2020 hasta el presente- que tampoco tiene visos de mejora en el corto plazo (primer semestre de 2021).

“...el refuerzo de los Centros de Salud Mental y la Red Comunitaria...es claramente insuficiente para los datos que el mismo documento plantea...”

“El refuerzo mínimo en los Centros de Salud Mental supone que, en la práctica, los sanitarios no hospitalarios y la población en general van a recibir una atención escasa y precaria.”

Este aumento de la demanda se concreta en un refuerzo de profesionales para la Red de Salud Mental que teóricamente se ha dimensionado en función de criterios como la ratio de profesionales en el área, la demanda e incremento de la demanda en los últimos 5 años, el impacto COVID-19, la vulnerabilidad (índice de privación) de la población de referencia y las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria. Sin embargo, no se desarrolla la manera en que se han realizado las estimaciones y nos preocupa que en la distribución de los refuerzos se haya privilegiado la atención a la salud mental de los sanitarios hospitalarios dotando de 33 facultativos de psicología y psiquiatría (un 60% del total), que en su mayoría son destinados a hospitales e interconsultas. Sin duda son necesarios, pero - recordemos, preámbulo comunitario / presupuesto hospitalario- el refuerzo de los Centros de Salud Mental y la Red Comunitaria (23 profesionales) es claramente insuficiente para los datos que el mismo documento plantea; recordemos que según la previsión antes analizada se prevé un aumento de la prevalencia de trastorno mental que puede llegar a duplicar las cifras de prevalencia de nuestro contexto.

Este refuerzo de la Red no se ha planificado de modo que devenga en un incremento estable de profesionales que permita una mirada y planificación a medio/largo plazo de las intervenciones. Se han realizado contratos de seis meses de duración, prorrogables, que suponen, en el estilo que la Consejería tiene acostumbrados a los profesionales, una precarización del puesto de trabajo, un descuido de los profesionales y la dificultad para crear una relación terapéutica estable y prolongada en el tiempo, en los casos que así lo requieran. Se plantea que los profesionales destinados al Hospital o a los Centros de Salud Mental puedan reforzar la atención allá donde sean necesarios pero nos preocupa que, dado el sesgo hospitalocéntrico de la Red, este no sea un camino que se transite en ambas direcciones.

El refuerzo mínimo en los Centros de Salud Mental supone que, en la práctica, los sanitarios no hospitalarios y la población en general van a recibir una atención escasa y precaria. El sufrimiento psíquico derivado de las situaciones sociales problemáticas generadas por la crisis, que obviamente van a afectar más a aquellas personas y comunidades que ya se encontraban en una posición de vulnerabilidad, se quedan fuera del marco asistencial en una suerte de prestidigitación en la que el argumento de “no medicalizar los problemas cotidianos” acaba sirviendo para ignorar el sufrimiento psíquico inevitable derivado de la crisis social y paradójicamente para medicalizar el impacto emocional que ha generado la pandemia.

De manera global, creemos que el Plan de Respuesta Asistencial perpetúa un enfoque de las políticas en materia de Salud Mental basado en la paradoja de la vocación comunitaria / dotación hospitalaria y que agravan la infradotación histórica mencionada en el apartado del sustrato de la Red de Salud Mental. Se trata de un plan que resulta insuficiente para dar respuesta a los problemas planteados por la pandemia y las múltiples crisis sobrevenidas, que contempla la pandemia como un fenómeno de temporalidad corta y de una sola ola.

Este Plan, por otra parte, no ha sido actualizado desde su aprobación. Es necesario un abordaje flexible que pueda ser revisado periódicamente con la colaboración de los agentes implicados entre los que destacan, desde nuestro punto de vista, al menos todos los implicados en la atención a la pérdida de salud mental: desde Atención Primaria a Salud Mental, incluidas las Redes de Rehabilitación y Drogas; las aso-



Fuente: unsplash

ciaciones de profesionales y las personas con experiencia en primera persona y sus familias (a pesar de ser considerados en los principios del Plan, no han sido tenidos en cuenta a la hora de su elaboración o de su revisión, hasta la fecha de redacción del presente informe).

LA SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA Y LA RED DE SALUD MENTAL

Podríamos convenir que la segunda ola ha estado marcada por la saturación en el circuito comunitario. Las recomendaciones de expertos como el ECDC (2020) de abril del pasado año—reforzar la Atención Primaria y detección precoz a través de pruebas y rastreadores—, no se llevaron a cabo. De hecho, lo que se vio durante el transcurso de esta fue todo lo contrario: la saturación de la Atención Primaria por la ausencia de refuerzo y por la asunción de tareas de detección y rastreo que llegaron a colapsar el sistema. Esto llevó a los profesionales de este nivel asistencial a la huelga, llegando a unos acuerdos que varios meses después no han sido respetados (AMYTS, 2021).

De nuevo, la respuesta de la Consejería de Sanidad se basa en una política hospitalaria errática, no basada en recomendaciones consensuadas con la comunidad científica, sino en la posibilidad de hacer negocio: la mayor inversión realizada en este contexto fue la de la construcción del Hospital Enfermera Isabel Zendal. Esto no ha permitido ni mejorar la atención de los pacientes en su Centro de Atención Primaria, ni reforzar la atención a colectivos especialmente vulnerables. No es de extrañar, ni la dificultad para controlar los casos cuando aparecen nuevos brotes, ni que los aplausos se hayan convertido en enfado ante la incapacidad del sistema de adaptarse a las necesidades de la población, ya sean a nivel de salud o en otras áreas como la educación y políticas sociales.

En un escenario de aumento de las barreras a la asistencia sanitaria por el desbordamiento de la Atención Primaria y la saturación del circuito hospitalario, es evidente un importante problema en lo relativo a la accesibilidad a la Red de Salud Mental. La situación actual no permite prever mejoras a corto-medio plazo. Cuando los canales de comunicación y derivación habituales desde Atención Primaria, Servicios Sociales, Atención Especializada... son difícilmente practicables, serían deseables propuestas alternativas para asegurar que la demanda no queda enredada en vías inaccesibles. En esa misma línea, en esta segunda ola también ha existido una marcada dificultad en el acceso a prestaciones sociales existentes (prestaciones por desempleo, rentas mínimas, Ley de Dependencia...) y a las creadas durante la pandemia (Ingreso Mínimo Vital, ERTEs,



Fuente: pixabay

ayudas a autónomos...). Esas mismas dificultades en el acceso a recursos de diversa índole las han padecido las personas afectadas de TMG.

Existen tres grupos que han sido especialmente vulnerados en el contexto de las primeras dos olas:

El primer grupo es el de las personas mayores. La primera ola nos puso como sociedad frente al espejo de la desatención y las terribles condiciones de vida que muchas personas sufrieron en instituciones depauperadas y precarizadas; también nos confrontó con cómo este abandono institucional devino en la vulneración de sus derechos fundamentales a la hora de poder brindar una atención mínima durante la pandemia. Ha quedado de manifiesto que con frecuencia no son tenidos en cuenta como sujetos de derecho. Se ha privilegiado una actitud paternalista en la que se ha elegido por ellos, sin considerar lo que es importante en este momento de su vida. Se ha desvelado que son considerados prescindibles. Cuando ha habido que elegir quién tenía que morir por falta de recursos, ellos han sido los elegidos. Se han vulnerado derechos básicos, no sólo en relación con la atención sanitaria. En una etapa de la vida compleja por la pérdida de capacidades y la proximidad a la muerte, se les priva del apoyo de la red social, del disfrute de los nietos (fuente de vida...), lo que ha tenido una grave repercusión en su estado de ánimo y en la vivencia traumática del proceso. Por último, ha quedado patente que morir en soledad, sin poder contar con el calor de familiares y allegados, es el escenario más temido y el que se ha visto trágicamente cumplido. Una sociedad que no permite realizar el proceso de acompañamiento en la agonía y la muerte deja de ser humana, señala Sergio Minué. Si no lo revertimos, el grado de embrutecimiento al que nos está llevando la gestión de la pandemia pondrá en cuestión buena parte de nuestros

supuestos avances como sociedad, cada vez más en tela de juicio (Minué, 2021).

El segundo es el de la infancia, adolescencia y juventud, que han tenido que sufrir las medidas de confinamiento en ausencia de otras que se adaptaran a sus necesidades específicas, un cambio radical en los métodos de aprendizaje y enseñanza y la modificación de sus modelos de ocio y tiempo libre. Esto no se ha acompañado de una política educativa que busque reforzar y ayudar las personas con más riesgo de quedarse atrás; todo lo contrario, Madrid ha sido la única Comunidad que ha despedido a todos los profesores de refuerzo contratados por la pandemia (Ferrero, 2020).

El tercer grupo es el de las personas en situaciones de pobreza y sin alternativa habitacional. Los ejemplos más flagrantes de cómo durante la segunda ola se ha avanzado en la vulneración de los derechos de estos grupos se han podido ver en la Comunidad de Madrid. Nos vendrían a la cabeza hechos como el reparto de los fondos extraordinarios COVID-19 que ha recibido la Comunidad de Madrid por parte del gobierno central: de los 3 300 millones, solo el 0,5% ha sido destinado a la lucha contra la pobreza y a la mejora de las condiciones de las residencias (Negro y Peinado, 2021). Otro ejemplo: los habitantes de la Cañada Real, la criminalización de la pobreza y cómo vulnerar más a una población ya de por sí vulnerable, quitándoles el acceso a bienes de primera necesidad como la electricidad, en un contexto epidémico y de eventos climáticos extremos.

La Red de Salud Mental ha tenido que afrontar los problemas surgidos en la segunda ola con un refuerzo insuficiente y con un modelo de atención que ha transitado hacia las formas de atención telefónica y de teleasistencia. A diferencia de la primera ola, en la que la ORCSMyA produjo el Plan *postcrisis*, no se ha realizado ningún análisis de situación que contemple la continuación y agravamiento de la pandemia y los nuevos escenarios posibles. Ante la ausencia de planificación o de datos que puedan arrojar luz frente a estos fenómenos cabe preguntarse: ¿qué ha pasado con la demanda en los CSM, Hospitales, la Red de Drogas y la de Rehabilitación?, ¿cuántas personas han sido atendidas en estos dispositivos?, ¿cómo están las listas de espera? y ¿están pudiendo las personas acceder a la Red de Salud Mental?

En los Centros de Salud Mental la percepción es que las cosas no han cambiado mucho desde la primera ola. El modelo de atención ha cambiado, transitando hacia modelos de teleasistencia que modifican la relación terapéutica. Es necesaria una profunda reflexión acerca de las ventajas, inconvenientes y posibles perjuicios de estas formas de comunicación. El refuerzo

de plantillas ha resultado insuficiente y se hace necesaria una mayor coordinación con los distintos dispositivos de la Red, especialmente con la Atención Primaria, que se encuentra en unas condiciones de saturación inasumibles para los profesionales y los pacientes desde hace meses. Nos preocupa que esto pueda generar una distorsión de la demanda que pueda agravar los problemas de salud mental en el futuro. Se han generado de igual modo, barreras importantes en algunas poblaciones específicas: por ejemplo, los mayores a los que se atiende más por teléfono, o las personas con discapacidad o institucionalizadas. No ha existido ni capacidad ni iniciativa para brindar una asistencia más accesible en lo relativo a la atención domiciliaria, debido a la situación de desbordamiento de las agendas de los profesionales.



Fuente: unsplash

En la Red de Rehabilitación, la segunda ola ha dejado en tierra el reto de volver a la atención presencial (en los centros de atención en horario diurno) y la tarea de habitar la comunidad de nuevo; analizando obstáculos percibidos, dinámicas de relación y diseñando estrategias que permitan reconectar con el otro en el cuerpo a cuerpo. Está por resolver el lugar que debe ocupar lo virtual y lo telemático: cómo hacer un uso que enriquezca la intervención sin caer en un abuso que implique conformarse con aceptar un mayor aislamiento y genere dinámicas cronificadoras. Hay personas que afrontaron el confinamiento sin que supusiera un mayor sufrimiento psíquico para ellas y que están sabiendo recuperar el contacto y la rutina sin dificultades. Pero también hay personas que han quedado atrapadas en el aislamiento, bien porque para ellas supone un refugio sin exigencias; bien porque ha sido una situación que les ha dañado profundamente y que ha levantado un muro

entre ellas y la comunidad. La tarea es minuciosa: reparar los daños y acompañar con herramientas que vayan erosionando esos muros.

EL FUTURO DE LA PANDEMIA Y NUESTRAS PROPUESTAS

Es difícil predecir los retos a los que nos enfrentaremos y la evolución que la pandemia seguirá. Ante nosotros tenemos un escenario complicado debido a las nuevas cepas que han surgido, que están causando numerosos contagios y muertes en el mundo. Pero también surgen posibilidades esperanzadoras con la aprobación e inicio de campañas de vacunación desde diciembre del pasado año. Las lecciones aprendidas durante este primer año nos permiten aventurar en primer lugar, que no estamos en un escenario postcrisis y será importante que podamos situarnos y dar sentido a lo que vendrá como un escenario de oleadas, cada una con sus particularidades. Hasta que estas no remitan, no podremos pensar en escenarios postcrisis propiamente dichos.

Por todo esto, se hace vital considerar un abordaje y una filosofía de flexibilidad para encarar los retos venideros, es decir, una forma de trabajar que permita acoger la imprevisibilidad del fenómeno. Igualmente, esto requerirá de una previsión y un dimensionamiento de las necesidades en Salud Mental que contemple un escenario más prolongado. Otro de los elementos fundamentales es que tenemos que poner en el centro de nuestra respuesta el enfoque poblacional, de determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales. Esto nos obliga a no perder de vista la máxima de no medicalizar ni patologizar malestares que pertenecen a ámbitos no individuales. Para ello es necesario replantear nuestros postulados teóricos sobre lo que es la salud y la enfermedad, articular estrategias que permitan resignificar los síntomas cuando ello sea necesario y dar respuestas efectivas cuando este sea el caso. Por eso mismo, la respuesta de “Salud Mental” sólo tiene sentido dentro de estrategias integradoras que contemplen y aborden las fuentes del sufrimiento.

Con estos principios en mente nos gustaría plantear un conjunto de propuestas fruto de las reflexiones compartidas durante los últimos meses por los profesionales que componen la asociación:

1. Es fundamental una respuesta integradora en cuanto al alcance y la participación: que contemple las condiciones de vida de las personas que provocan los problemas de salud mental. Que cuente con las instituciones, las
- organizaciones profesionales, y con las voces en primera persona.
2. Se hace necesario recabar y difundir de manera transparente los datos sobre la prevalencia y la demanda para hacer un dimensionamiento adecuado y flexible de los recursos, con criterios de equidad y justicia. Del mismo modo, consideramos que la publicación de estos datos es imprescindible para fomentar la participación y la diversidad de propuestas de los colectivos implicados en Salud Mental.
3. Si de verdad queremos una Salud Mental Comunitaria, necesitamos equipos profesionales que puedan orientarse a ella, empezando por equipos de Continuidad de Cuidados (trabajadores sociales, enfermeras) bien dotados en los Centros de Salud Mental. Al tiempo, la duración de los contratos debe poder asegurar longitudinalidad y continuidad.
4. Son necesarios espacios de reflexión sobre el trabajo de la Red de Salud Mental en los últimos meses, en los que quepa la pregunta: ¿A quién estamos dejando atrás?
5. La Red de Rehabilitación Psicosocial ha demostrado ser imprescindible para dar una atención de calidad a las personas con trastorno mental grave. Es vital generar una mayor integración entre los dispositivos dependientes de sanidad y los de rehabilitación psicosocial. No podemos plantear que la coordinación entre ambos campos dependa del voluntarismo personal de quienes trabajan en las distintas áreas. Lo mismo puede decirse de los recursos dedicados al tratamiento de adicciones.
6. Sólo desde la longitudinalidad y la continuidad asistencial entre los ámbitos de Atención Primaria, Servicios Sociales y Salud Mental podemos brindar una atención que no medicalice, no sobrepatriologice el sufrimiento y no duplique (o tripique) esfuerzos inútiles en resolver problemas sociales con intervenciones sanitarias. Es necesario explorar vías que mejoren la coordinación de los citados niveles asistenciales con las estructuras comunitarias. Si queremos crear espacios no individualizantes para dar respuesta al sufrimiento generado por la pandemia, debemos contar con las Asociaciones, las Juntas de Distrito, Ayuntamientos, Consejerías de la Comunidad Autónoma, entre otros, que aporten una mirada psicosocial. De igual forma, estamos ante una gran oportunidad para reformular el trabajo con Atención Primaria, una de las líneas estratégicas más débiles del Plan de Salud Mental vigente.
7. Tan importante como no patologizar respuestas humanas comprensibles en las crisis, es asegurar que las per-

sonas que precisan tratamiento lo recibirán. Resulta vital dar una respuesta a las necesidades de Salud Mental en poblaciones vulnerables como los mayores, personas institucionalizadas y la infancia y adolescencia. En relación a este último punto creemos que es necesario aumentar los recursos y hacer un estudio pormenorizado de las necesidades de la población infantojuvenil en la Comunidad de Madrid.

8. Es vital asegurar la accesibilidad a la Red de Salud Mental, por ello creemos necesario un análisis de situación que contemple las dificultades provocadas durante la pandemia en la Atención Primaria, así como en lo relativo a personas con discapacidad o personas institucionalizadas (residencias de mayores, sistema penitenciario).
9. Hablamos sobre teleasistencia y telemedicina sin haber-nos asegurado que esta tecnología sea accesible para los equipos y centros de atención a la Salud Mental. Del mismo modo, no todos los pacientes disponen de los medios ni de los conocimientos para hacer uso de estos modelos de asistencia. Tampoco sabemos si este es un medio adecuado para la atención de todas las personas, dadas las barreras que el medio tecnológico puede generar. Por todo ello, sería necesario reflexionar sobre los beneficios y los perjuicios de este modelo de atención, para poder diversificar nuestra respuesta sin implantar de manera acrítica, un único modelo con potenciales problemas de calado.
10. Por último, no se puede negar el daño que han sufrido los profesionales (tanto sanitarios como sociosanitarios) expuestos en primera línea. Consideramos que, más allá de que quienes presenten alteraciones psicopatológicas concretas tengan acceso a tratamiento, es importante que se pongan en marcha procesos de “verdad, justicia y reparación”. De acuerdo con el Hasting’s Centre (2020), existen tres deberes éticos fundamentales por parte de los líderes y de las instituciones de salud en lo relativo a la respuesta a crisis sanitarias: el deber de planificación y de gestión de la incertidumbre; el deber de salvaguarda de los profesionales, apoyando a los trabajadores y protegiendo a las poblaciones vulnerables; y finalmente, el deber de guía en relación a los niveles de atención de contingencia y los estándares de atención en la crisis. Las instituciones han desatendido estas funciones y esto ha devenido en un daño innecesario, tampoco ha existido una reflexión posterior que permita poner el foco en estos deberes. Por ello, sería adecuado poder crear espacios donde los profesionales puedan expresar en qué no se han sentido respaldados por sus superiores/direccio-

nes y, respecto a los no pocos errores cometidos, exista una disculpa oficial (por ejemplo, las amenazas de sanción por querer llevar mascarilla en urgencias la semana previa a que se constatará la transmisión comunitaria). Además de las disculpas cuando procedan, entendemos que dichos espacios servirán para que los profesionales sean escuchados y se establezca un intercambio de conocimiento fructífero en estas instituciones. Será beneficioso que hayamos creado canales de comunicación que permitan aprovechar lo aprendido en esta crisis para poder reducir el sufrimiento.

El revulsivo que ha supuesto la pandemia supone también una oportunidad de oro para enfrentarnos a carencias estructurales graves de nuestro sistema de atención a la Salud Mental. Expresamos desde aquí, nuestra voluntad y disposición para colaborar en este proceso, sin olvidar las voces y experiencias en primera persona. Como señalamos al inicio, tenemos la responsabilidad de generar una respuesta que no vulnere más a las personas en una situación de partida más desfavorecida. Este es el reto.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Madrileña de Salud Mental (31 de marzo de 2020). *COVID-19 y Respuesta de la Red de Salud Mental en Madrid*. Recuperado de: <https://amsm.es/2020/03/31/covid-19-y-respuesta-de-la-red-de-salud-mental-en-madrid/>
- Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). 2019. Editorial: Sobre el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. *Boletín 45, primavera 2019*. Disponible en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2019/03/amsm-nc2ba-45.pdf>
- Asociación Madrileña de Salud Mental (14 de mayo de 2016). *Informe sobre la evolución de los recursos de recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2015*. Recuperado de: <https://amsm.es/2016/05/14/informe-sobre-evolucion-de-recursos-de-salud-mental-de-la-comunidad-de-madrid-2000-2015/>
- Asociación Madrileña de Salud Mental (29 de octubre de 2013). *Informe AMSM sobre los cambios en la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental tras el Acuerdo Marco para la Contratación de Servicios Públicos en modalidad de Concierto*. Recuperado de: <https://amsm.es/2013/10/29/informe-amsm-sobre-los-cambios-en-la-red-de-atencion-social-a-personas-con-enfermedad-mental-tras-el-acuerdo-marco-para-la-contratacion-de-servicios-publicos-en-modalidad-de-conciertos/>
- Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) 2008. Informe de los servicios de psiquiatría hospitalarios. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Otoño de 2008. Disponible en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2012/05/2008-otono.pdf>
- Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS). (Enero de 2021). AMYTS interpone un recurso judicial contra la Comunidad de Madrid por incumplir los acuerdos de mejora de Atención Primaria. Recuperado de: <https://amyts.es/amyts-interpone-un-recurso-judicial/>

- contra-la-comunidad-de-madrid-por-incumplir-los-acuerdos-de-mejora-de-atencion-primaria/#:~:text=de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,,AMYTS%20interpone%20un%20recurso%20judicial%20contra%20la%20Comunidad%20de%20Madrid,de%20mejora%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria&text=En%20concreto%2C%20por%20el%20procedimiento,por%20este%20incumplimiento%20del%20acuerdo Charlson, Fiona et al. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 394, Issue 10194, 240-248.
- Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. 2003. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Edita Comunidad de Madrid.
- Consejería de Asuntos Sociales, 2014. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Resumen informativo. Dirección General de Servicios Sociales, septiembre de 2014.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed. ECDC Technical report. April 2020.
- Ferrero, Berta. (22 de diciembre de 2020). Los 1.117 profesores de refuerzo se irán a la calle el día 22 pese a lo que se votó en la Asamblea. *El País*. Recuperado de: <https://elpais.com/espagna/madrid/2020-12-10/los-1117-profesores-de-refuerzo-se-iran-a-la-calle-el-dia-22-pese-a-lo-que-se-voto-en-la-asamblea.html>
- Harvey, David. (19 de marzo de 2020). *Anti-capitalist politics in the Time of COVID-19*. Recuperado de: <http://davidharvey.org/2020/03/anti-capitalist-politics-in-the-time-of-covid-19/>
- Hastings Centre. 2020. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice.
- Huremovic, Damir. (2019). *Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infectious Outbreak*. Springer.
- Inter Agency Standing Committee / Comité Permanente entre Organismos (IASC) 2007. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC.
- Johnstone, Lucy (31 de marzo de 2020). COVID 19 Resources – We're all in This Together. Recuperado de: <https://www.madintheuk.com/2020/03/covid-19-resources-were-all-in-this-together/>
- Kelly BD, Drogin E, McSherry B, Donnelly M. (2020). Mental health, mental capacity, ethics, and the law in the context of COVID-19 (coronavirus). *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 73.
- Minué, Sergio (21 de agosto de 2020). *La nueva normalidad (X): la residencia como prisión de alta seguridad*. Recuperado de: <https://gerentemediado.blogspot.com/2020/08/la-nueva-normalidad-x-la-residencia.html>
- Negro, Mercedes y Peinado, Fernando. (5 de enero de 2021). Madrid destina solo un 0,5% del fondo COVID-19 a residencias y pobreza. *El País*. Recuperado de: <https://elpais.com/españa/madrid/2021-01-04/madrid-destina-solo-un-05-del-fondo-covid-19-a-residencias-y-pobreza.html#:~:text=Pero%20seg%C3%A1n%20ha%20sabido%20este,personas%20en%20riesgo%20de%20exclusi%C3%B3n>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM). 2018. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Editado por Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA). 2020. Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la postcrisis por COVID19. Mayo de 2020. Servicio Madrileño de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) (2020).
- Organización Mundial de la Salud (2018). *List of Blueprint priority diseases*. Recuperado de: <http://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/news/list-of-blueprint-priority-diseases.html>
- Padilla, Javier y Gullón, Pedro (2020). *Epidemocracia*. Madrid: Capitán Swing.
- Puras, D. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/HRC/35/21. Recuperado de: <http://undocs.org/es/A/HRC/35/21>
- The Lancet (2020). Editorial: Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *The Lancet*, Volume 395, Issue 10230, 1089.
- Van Ommeren et al. (2005). Psychosocial and mental health assistance to populations affected by the tsunami: WHO projections and recommendations. *BMJ*; 330: 1160-1.
- Unidad responsable de la estadística de Gasto Sanitario Público. Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación. Estadística de Gasto Sanitario Público 2018: Principales Resultados. Madrid; 2018.
- United Nations (13 de mayo de 2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. Recuperado de: <https://www.hhrf.org/publication/policy-brief-covid-19-and-the-need-for-action-on-mental-health/>



Fuente: unsplash

colabor&cciones

LA RECETA DE LA SALUD: INTRODUCCIÓN A LOS DETERMINANTES SOCIALES

Sebastià March, Lorena Ruiz y Gustavo Zaragoza

Cooperativa APLICA.

smarch@aplicacoop.com

Clara Benedicto

Centro de Salud San Blas, Parla. Colectivo Silesia

XXIII Jornadas de la AMSM. 2019



"Existe una idea general sobre qué es lo que influye en la salud de las personas...biológicos-genéticos, infecciosos o ambientales/climatológicos..."

"se ha ido transformando y

enriqueciendo con la aportación

de nuevos elementos y combinaciones desde diversas perspectivas, entre ellas la de los determinantes sociales de la salud..."

Resumen: Si la receta de lo que compone la salud pudiera parecer sencilla en un principio, los avances científicos en el campo de la salud pública y la epidemiología social indican que no es así. Existen factores sociales que determinan la salud más allá de lo estrictamente biológico. Desde los estilos de vida individuales, a factores estructurales como las políticas públicas o el lugar donde vivimos influyen en nuestra salud. Esta presentación pretende hacer un repaso histórico y conceptual, desde una perspectiva divulgativa, a los hitos y autores que han enriquecido esta receta de la salud.

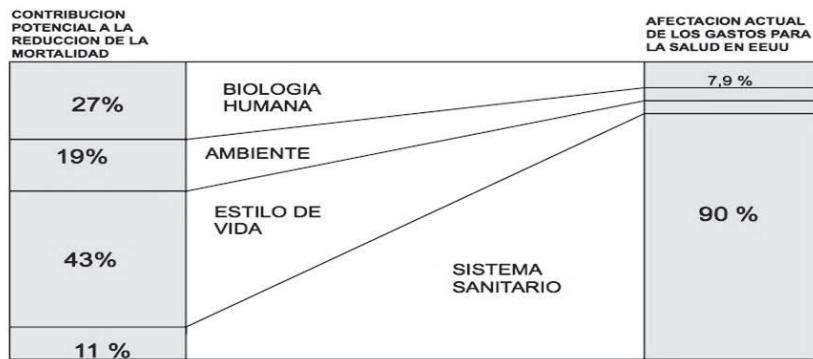
LA RECETA TRADICIONAL

Existe una idea general sobre qué es lo que influye en la salud de las personas. Aunque esta idea pueda ser diferente entre profesionales de la salud y ciudadanía, hay muchos elementos comunes. Desde una perspectiva tradicional, los "ingredientes" de la salud, los factores que se relacionaban con que alguien tuviera más o menos salud, podían ser biológicos-genéticos, infecciosos o ambientales/climatológicos. Por tanto, se pensaba que la salud dependía de la edad (de nuestro natural deterioro corporal), de nuestra herencia genética (los problemas de salud que tuvieron nuestros antepasados), y de la exposición que teníamos a ciertos vectores de insalubridad (virus, bacterias, humedades, etc.). Esta receta sigue siendo popular, aunque a estos ingredientes en la actualidad se les suele añadir otro, que es el acceso a la atención sanitaria: la disponibilidad de recursos para la atención y el cuidado de las personas enfermas, profesionales sanitarios formados y centros equipados para detectar, curar o paliar los problemas de salud. Todos estos ingredientes mezclados en sus justas proporciones componen la visión clásica de la receta de la salud. Esta receta se ha ido transformando y enriqueciendo con la aportación de nuevos elementos y combinaciones desde diversas perspectivas, entre ellas la de los determinantes sociales de la salud, que es la que presentamos en este artículo.

UN NUEVO INGREDIENTE: LOS ESTILOS DE VIDA

En los años 70 del siglo pasado se comienzan a incorporar ingredientes a la receta de la salud. El ministro canadiense de Sanidad, Marc Lalonde, siguiendo las ideas del modelo ecológico de la salud (1), plantea un enfoque de la concepción de la salud y la enfermedad que incorpora y da nueva importancia a los estilos de vida. Este marco es plasmado en un informe que supone un hito para la salud pública (2), conocido como el Informe Lalonde. En base a este planteamiento, el estudio Dever (3) estableció la contribución potencial de determinados factores a la reducción de la mortalidad, vinculándolos a la proporción que suponían para el gasto sanitario de los Estados Unidos (Imagen 1). De esta manera, la parte biológica (constitución in-

Imagen 1: Modelo Lalonde de Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Dever, GEA. An epidemiological Model For Health Policy Analysis, 1976.

dividual, genética...) contribuía a una cuarta parte de la mortalidad, aunque solo se invertía en ella el 8% del presupuesto sanitario. En cambio, en el sistema sanitario y la dotación de recursos se invertía un 90%, cuando tan solo influían un 11% en la potencial reducción de la mortalidad. La inversión en estilos de vida y la creación de ambientes saludables era mínima, a pesar de que según estos cálculos suponían casi dos terceras partes del impacto sobre la mortalidad.

Es en estos años cuando los ingredientes relacionados con los estilos de vida, la alimentación, el ejercicio físico, las adicciones, etc. empiezan a adquirir más protagonismo en la receta. No es que no estuvieran antes, sino que la salud pública no les había dedicado mucha atención. Por tanto, **las intervenciones se centran en dotar de información a las personas sobre el impacto que tienen sus hábitos sobre su salud para que puedan tomar decisiones más saludables** (educación para la salud). En los años posteriores muchas aportaciones desarrollarán este modelo, y otras hasta lo cuestionarán, aunque hoy en día sigue siendo el más extendido entre profesionales asistenciales y de salud pública y, a menudo, entre la población general.

ENRIQUECIENDO LA RECETA: LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Antes de todos estos debates ya hubo voces abogando por la incorporación de los ingredientes sociales y políticos en la receta de la salud (4). Desde finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, Friedrich Engels (5) en Inglaterra, Rudolf Virchow (6) y Johann Peter Frank (7) en Alemania, y Lemuel Shattuck (8) en Estados Unidos, venían señalando la importancia de la pobreza y de las acciones que se llevaban a cabo para paliarla (políticas) como componentes fundamentales de la salud.

Estos autores son considerados padres de las tradiciones más sociales de la epidemiología y la medicina.

En los años 70 del siglo XX, en Latinoamérica, distintos autores asociados a las corrientes de la medicina social y la epidemiología crítica, como Asa Cristina Laurell (9) o Jorge Breihl (10), empiezan a utilizar las ideas de **determinación social del proceso salud-enfermedad** para explicar cómo determinados factores estructurales del orden social, como las políticas, influyen en la salud de las personas y las comunidades. De esta manera, la enfermedad puede considerarse una manifestación corpórea de ciertos problemas sociales, como la desigualdad. Estos conceptos serán años después incorporados en la perspectiva de determinantes sociales de la salud de la OMS, sin mucho reconocimiento, y despojándolos de la perspectiva de militancia anticapitalista que tenían estas corrientes. Estas voces pioneras, europeas y americanas, aunque tienen impacto, no lograrán tener trascendencias profundas en su tiempo, sino que la mirada cambiará algunos años después.

La aplicación del modelo de estilos de vida en intervenciones de salud pública suponía que si se ofrecía formación a las personas sobre la necesidad de cambiar sus hábitos, podría mejorar su salud. Por lo tanto, otorgaba mucho peso a la responsabilidad individual: la fuerza de voluntad y la capacidad de generar cambios. Esta responsabilidad individual de la salud se pone en cuestión en los años noventa con la aparición del modelo socioeconómico de la salud de Dahlgren y Whitehead (11). Este modelo, por su capacidad de síntesis y sencillez, logra un gran impacto que se mantiene hoy en día dentro de los campos de la salud pública y la atención sanitaria en general. El modelo de los Determinantes Socioeconómicos de la Salud (Figura 2) ayuda a comprender los diferentes niveles que influyen en la salud y la relación entre ellos. En un primer nivel, el individual, encontramos los ingredientes

Figura 2: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de Dahlgren y Whitehead.



Fuente: Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991.

“clásicos” y biológicos: la edad, el sexo o la constitución física. Pero estos determinantes están condicionados por los estilos de vida individuales, que constituyen el segundo nivel. Estos a su vez están influidos por las redes sociales y comunitarias en las que vivimos (tercer nivel), que a su vez se ven afectadas por las condiciones de vida y de trabajo (cuarto nivel). Finalmente, todos estos factores se enmarcan en un contexto concreto de condiciones generales socioeconómicas, culturales y medioambientales que condicionan sus efectos. Este sería el quinto y último nivel.

El impacto de este modelo es fundamental en varios niveles. Para empezar, permite argumentar por qué existen diferencias de salud entre grupos sociales. Además, en un contexto donde las intervenciones sanitarias se han centrado en reforzar la responsabilidad individual respecto a los estilos de vida (tabaquismo, actividad física, alimentación), permite explicar cómo esta mirada puede ser insuficiente. Los hábitos de vida individuales están relacionados con factores exógenos a las personas, como su familia, sus seres cercanos o su grupo de iguales, todos ellos condicionados por determinantes estructurales como la educación, el empleo, el acceso a recursos, etc. Esto tiene lugar en el contexto de un sistema capitalista que promueve la competición desigual por la explotación de los recursos escasos. Bajo esta mirada se entiende que la responsabilidad individual no es tan individual, y que tiene un importante componente estructural: **no todo el mundo tiene las mismas posibilidades de escoger comportamientos saludables**. Esto explicaría por qué las clases sociales más bajas o con menor nivel de estudios tienen más prevalencia de obesidad (12), tabaquismo (13) y sedentarismo (14). Esta es la posición que plantea el abordaje de las capacidades de Amartya Sen (15) y Martha

Nussbaum (16), concretado en el ámbito de la salud a través de Sridhar Venkatapuram (17). Su propuesta se resume en una idea clave: somos responsables de nuestras elecciones en función de nuestras capacidades. Es decir, nuestras elecciones dependen de nuestras opciones, no podemos pensarlas de manera independiente.

EL TOQUE FINAL: LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS

Todo este desarrollo teórico es simultáneo a un desarrollo empírico del campo de la epidemiología social (18), la rama de la epidemiología que estudia los determinantes sociales de los estados de salud y su distribución. En las últimas décadas del siglo XX hay un volumen creciente de publicaciones científicas que señalan el impacto que tienen sobre la salud los determinantes sociales (la posición social, el género, el lugar de nacimiento, ...). De esta manera se profundiza en la idea de las desigualdades sociales en salud (19) (20), es decir, las diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Vinculado a esta noción de desigualdad está el concepto de gradiente social. Este advierte que las desigualdades no solo se producen entre los extremos (los más privilegiados y los más excluidos), sino que forman un gradiente en forma de escalera a lo largo de todo el espectro, de manera que en los grupos “intermedios” también se encuentran personas que están peor y personas que están mejor.

En este contexto de auge de la epidemiología social, la Organización Mundial de la Salud crea una Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, presidida entonces por el epidemiólogo

go social Michel Marmot. Esta comisión, tras una revisión de la literatura, redacta un informe titulado “Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados” (21), donde se identifican diez determinantes sociales de la salud y la evidencia que los respalda. Estos nuevos ingredientes de la receta de la salud son: la pendiente social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación y el transporte.

La comisión elaboró otro documento con propuestas para reducir las desigualdades en una generación (22) que centraba las intervenciones en el ámbito más macro o de políticas sociales, lo cual incorporaba una nueva dimensión a la salud pública y enraizaba con la tradición de los padres de la medicina social. A Marmot se le atribuye la frase *“si los mayores determinantes de la salud son sociales, así deben ser sus remedios...”*.

En la actualidad la evidencia sobre el impacto de estos determinantes es tan grande que se los considera como un **factor de riesgo de mortalidad de igual o mayor relevancia que el tabaco, la obesidad o el alcohol** (23)(24). Por tanto, los estilos de vida tienen que contemplarse bajo la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (25).

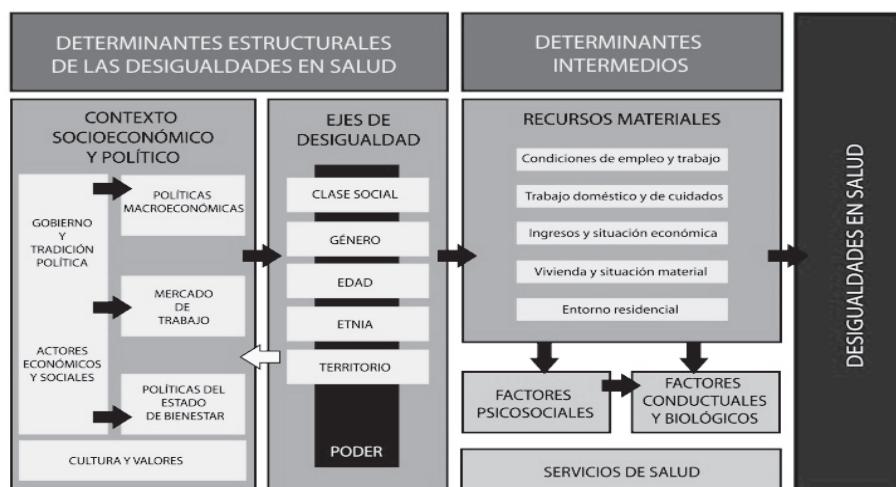
Desde esta óptica, los determinantes sociales se interpretan como las “causas de las causas”, los factores que influyen sobre los ingredientes “clásicos” individuales de la salud, sobre los estilos de vida y los determinantes biológicos, de edad, etc. Existen diversos modelos teóricos que tratan de explicar cómo estas causas sociales influyen en las causas biológicas, pero hasta el momento se trata más bien de explicaciones

para problemas de salud específicos (26) (27) (28). Algunos de estos modelos incluyen la perspectiva de la epigenética, o el estudio de cómo los contextos (y por tanto los determinantes sociales) influyen en la carga genética de las personas. Bajo esta perspectiva, estas alteraciones genéticas podrían ser el vehículo mediante el cual los determinantes sociales pasan a los cuerpos (29).

En España, en el año 2008, también se creó la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud, presidida por Carme Borrell. Esta comisión realizó el informe “Avanzando hacia la equidad” (30), que recogía diferentes propuestas de políticas e intervenciones para abordar la desigualdad. El documento incluía un marco teórico de interpretación de las desigualdades (Figura 3) que diferenciaba entre los determinantes intermedios y los estructurales. Entre los intermedios estaban el acceso a recursos materiales y servicios de salud y también los factores psicosociales, conductuales y biológicos. Entre los estructurales se mencionaba la importancia de los ejes de poder que determinan la desigualdad social (clase social, género, edad, etnia y territorio) y el contexto socioeconómico y político que influye sobre estos.

Con todos estos ingredientes la receta de la salud se va complicando, pero todavía faltan algunos más, ya que hay ingredientes agregados, poblacionales, que influyen sobre los individuales. Wilkinson y Pickett (31) demostraron que vivir en sociedades más desiguales (las que tienen más diferencia entre el quintil que recibe mayores ingresos y el quintil que recibe menos) tiene efectos negativos para la salud de toda su población. Es decir, que **las desigualdades son malas para**

Figura 3: Marco de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España..



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwiny Navarro.

toda la población, incluidas las personas más privilegiadas. Por otra parte, en las últimas décadas hay diversas líneas de investigación en auge alrededor de cómo el ambiente de los lugares en los que vivimos o hemos vivido influyen en nuestra salud. El efecto “barrio”, por ejemplo, puede ser independiente de otras variables individuales (32). De esta manera, se afirma que “el código postal influye más en la salud que el código genético”.

EL PLATO ESTÁ EN LA MESA: ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

Los ingredientes están ya mezclados y la receta está compuesta, pero falta el emplatado. La presentación también es importante, porque con todo este conocimiento disponible, parecería que las políticas e intervenciones en salud estarían incorporando una perspectiva de equidad para reducir las desigualdades, pero esto no siempre sucede. Esta situación no se da en muchas ocasiones porque vivimos en un sistema capitalista que se nutre de estas desigualdades para promover la competición y el individualismo. Además, este marco se transmite de un modo u otro en todas sus estructuras y formas de actuación, a no ser que exista una oposición plenamente consciente. Las políticas de salud o las formas de organización del sistema sanitario, por ejemplo, pueden ser cristalizaciones de esa ideología neoliberal y servir al propósito de la competición social, o pueden contrapesarla. Los sistemas de salud basados en el pago por visita fomentan las desigualdades, y sin embargo los sistemas de acceso universal pueden ser un elemento de reducción contra las mismas (33).

De esta manera, la organización y financiación de los sistemas de salud puede contribuir a reproducir o aumentar las desigualdades, como también pueden hacerlo los servicios sanitarios que se ofrecen. En 1971, Julian Tudor Hart desarrolló la *ley de cuidados inversos* (34). Esta enuncia que “*la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida*”. Esto quiere decir que los servicios y las intervenciones son más accesibles y de mayor calidad para las personas más privilegiadas, o en otras palabras, que **se atiende más y mejor a quien menos lo necesita**. Según Hart, “*esto se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos donde la exposición esté reducida*”. Esta ley tiene especial incidencia cuando hablamos de servicios preventivos o especializados e intervenciones de promoción de la salud.

Por tanto, los sistemas de salud tienen sesgos que promueven las desigualdades, pero todavía hay más: también los tienen sus profesionales. Existe una propensión a atender mejor a

aquellas personas que se nos parecen (clase social, nivel educativo, género). Y las mismas formas de discriminación que existen en la sociedad (género, orientación sexual, origen) se reproducen en la práctica clínica. Este es un sesgo inconsciente, del que hay cada vez más evidencia(35), que produce desigualdades en la investigación, en los diagnósticos, en el tratamiento y por tanto también en la calidad de la atención y en los pronósticos, por lo que también las acciones sanitarias individuales crean desigualdad.

EPÍLOGO, POSTRE O RECETA CONTRA EL DESCONSUELO

Y así, la receta sigue y sigue, enriqueciéndose con nuevos ingredientes, pero lo sustancial ya está en la mesa. Las desigualdades en salud son ubicuas, existen entre países y dentro de cada país. Los determinantes sociales de la salud afectan además a la distribución de la morbilidad poblacional. La gente vive, enferma, cuida, es cuidada y muere en tiempos, lugares y modos distintos en función de factores sociales. Y también su atención sanitaria se ve afectada de la misma manera.

Entonces, ¿qué hacemos?, ¿cómo digerimos toda esta evidencia? Si tanto las formas de organización a nivel sistémico o de servicio, como la atención sanitaria que se ofrece pueden contribuir a aumentar las desigualdades, ¿cómo hacemos para paliarlas? Todo este conocimiento puede causar frustración e incluso inmovilismo, pero hay muchas acciones que han demostrado tener evidencia para reducir las desigualdades y podemos abogar por ellas. Acciones a diferentes niveles que hay que apostar por introducir en el menú. Estas pueden ser intervenciones a un nivel macro, incidiendo directamente sobre los factores más estructurales y con una perspectiva más poblacional (*upstream interventions*), como pueden ser políticas que desarrollen o refuerzen los derechos laborales y que protejan a los más necesitados, o medidas fiscales redistributivas. También pueden ser intervenciones más micro, vinculadas al ámbito de las consultas individuales que incorporen el marco contextual de las personas atendidas (*downstream interventions*), como por ejemplo actividades focalizadas o adaptadas para poblaciones con vulnerabilidades específicas, o intervenciones que refuerzan o desarrollen el tejido comunitario.

En cualquiera de estos niveles, **lo primero es ser conscientes: incorporar la perspectiva de equidad y determinantes sociales** en nuestra actividad. Reflexionar en nuestras prácticas sobre a quién está afectando y a quién no lo que hacemos y lo que dejamos de hacer. Pensar en el impacto sobre las desigualdades de las políticas públicas antes de implementarlas. Evaluar las intervenciones en términos de quién participa y

quién no, en qué grupos son más efectivas y en cuáles menos. Observar si existen desigualdades en nuestro ámbito y quiénes son las personas o grupos más perjudicados. Mirar a la comunidad por la mirilla de la consulta (36), reconociendo los contextos y determinaciones que influyen sobre las personas que atendemos. No ceder a la agenda que reduce la libertad a la responsabilidad individual. Reconocer las diferencias y denunciar las injusticias.

La receta se ha ido complicando. Ha creado un sabor nuevo y diferente. Como todo lo nuevo, necesitamos tiempo para conocerlo, para degustarlo y paladarlo con calma. Solo así podremos apreciarlo en su totalidad, reconocer sus matices y ser conscientes de su riqueza. Solo así podremos cambiar el menú de la salud: un menú que nos hable de lo social, lo colectivo y lo político.

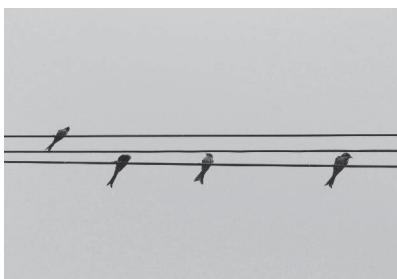
BIBLIOGRAFÍA

- (1) Laframboise, H. L. Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Can Med Assoc J.* 1973; 108: 388-93.
- (2) Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians. 1974.
- (3) Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Indic Res.* 1976; 2(4): 453-66.
- (4) Waitzkin H. The Social Origins of Illness: A Neglected History. *Int J Health Serv.* 1981; 11(1): 77-103.
- (5) Friedrich Engels. The Condition of the Working Class in England. 1845.
- (6) Virchow RC. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. *Am J Public Health.* 2006; 96(12): 2102-2105.
- (7) Carlos E. Medina-De la Garza. Johann Peter Frank y la medicina social. *Med Univ.* 2011; 13(52): 163-8.
- (8) Winkelstein W. Lemuel Shattuck: Architect of American Public Health. *Epidemiology.* 2008; 19(4): 634.
- (9) Laurell AC. La Salud-enfermedad Como Proceso Social. *Revista Latinoamericana de Salud* 1982; 2: 7-25
- (10) Breihl J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet].* 2013; 31(Sup 1): 13-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en
- (11) Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies.; 1991.
- (12) Bissell P, Peacock M, Blackburn J, Smith C. The discordant pleasures of everyday eating: Reflections on the social gradient in obesity under neoliberalism. *Soc Sci Med.* 2016; 159: 14-21.
- (13) Green MJ, Leyland AH, Sweeting H, Benzeval M. Socioeconomic position and early adolescent smoking development: evidence from the British Youth Panel Survey (1994-2008). *Tob Control.* 2016; 25(2): 203-10.
- (14) Juneau CE, Benmarhnia T, Poulin AA, Côté S, Potvin L. Socioeconomic position during childhood and physical activity during adulthood: a systematic review. *Int J Public Health.* 2015; 60(7): 799-813.
- (15) Sen A. *The Idea of Justice.* London: Allen Lane; 2009.
- (16) Nussbaum M. *Women and Human Development: The Capabilities Approach.* Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- (17) Venkatapuram S. *Health Justice.* Cambridge: Polity Press; 2011.
- (18) Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55(10): 693-700.
- (19) Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol.* 2016; 26(4): 238-40.
- (20) Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 2015; 8(1): 27106.
- (21) Oficina Regional para Europa de la la Organización Mundial de la Salud. *Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos probados.* OMS; 2003.
- (22) Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet.* 2008; 372(9650): 1661-9.
- (23) Stringhini S, Zaninotto P, Kumari M, Kivimäki M, Lassale C, Batty GD. Socio-economic trajectories and cardiovascular disease mortality in older people: the English Longitudinal Study of Ageing. *Int J Epidemiol.* 2018; 47(1): 36-46.
- (24) Iacobucci G. Socioeconomic status should be seen alongside smoking as mortality risk, say experts. *BMJ.* 2019; l1450.
- (25) Petrovic D, de Mestral C, Bochud M, Bartley M, Kivimäki M, Vineis P, et al. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Prev Med.* 2018; 113: 15-31.
- (26) Diez Roux AV. Residential Environments and Cardiovascular Risk. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* 2003; 80(4): 569-89.
- (27) Layte R, McCrory C, Cheallaigh CN, Bourke N, Kivimaki M, Ribeiro AI, et al. A Comparative Analysis of the Status Anxiety Hypothesis of Socio-economic Inequalities in Health Based on 18,349 individuals in Four Countries and Five Cohort Studies. *Sci Rep [Internet].* diciembre de 2019; 9(1). [citado 13 de marzo de 2020]
- (28) Loi M, Del Savio L, Stupka E. Social Epigenetics and Equality of Opportunity. *Public Health Ethics.* 2013; 6(2): 142-53.
- (29) Notterman DA, Mitchell C. Epigenetics and Understanding the Impact of Social Determinants of Health. *Pediatr Clin North Am.* 2015; 62(5): 1227-1240. doi:10.1016/j.pcl.2015.05.012.
- (30) Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. 2012; p. 182-9. [citado 13 de marzo de 2020]
- (31) Wilkinson RG, Pickett K. Desigualdad: un análisis de la (in)felicidad colectiva. Madrid: Turner; 2010.
- (32) Arcaya MC, Tucker-Seeley RD, Kim R, Schnake-Mahl A, So M, Subramanian SV. Research on neighborhood effects on health in the United States: A systematic review of study characteristics. *Soc Sci Med.* 2016; 168: 16-29.
- (33) Padilla J. ¿A quien vamos a dejar morir? Sanidad Pública, crisis y la importancia de lo político. Madrid:Capitan Swing; 2019.
- (34) Tudor Hart J. The Inverse Care Law. *The Lancet.* febrero de 1971; 297(7696): 405-12.
- (35) FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics [Internet].* 2017; 18(1). [citado 13 de marzo de 2020];
- (36) Turabián, JL; Pérez Franco, B. «Atención médica individual con orientación comunitaria. Atención contextualizada: la figura es el fondo». *Revista clínica electrónica en atención primaria,* 2008; 16: 1-5. <<https://ddd.uab.cat/record/98663>> [Citado 13 marzo 2020].

DEBAJO DE LA PANDEMIA

Gabriela López. Sir[a]

Jornadas online de la AMSM 2020



Fuente: pixabay

Se inicia la intervención con un minuto de silencio por la muerte de 480 personas senegalesas en las últimas dos semanas, tratando de llegar a las costas canarias.

Si hablamos de migración, hablamos de silencio como mecanismo de opresión y de supervivencia. La criminalización y la negación de la realidad migratoria como mecanismo de control y de violencia, frente a la clandestinidad como estrategia de afrontamiento, para escapar de las trampas del sistema migratorio. El silencio impacta, provoca sufrimiento psíquico y quiebra identidades, más profundo, por debajo de la pandemia.

La migración, aunque debería, no responde a la búsqueda natural de supervivencia y desarrollo, sino que está atravesada por intereses políticos y económicos. La pandemia, es una oportunidad para implementar nuevas medidas y políticas, que bajo un marco de excepcionalidad, provocan un impacto directo sobre las personas migradas:

“...silencio como mecanismo de opresión y de supervivencia. La criminalización y la negación... como mecanismo de control y de violencia...”

“Riesgo sanitario y aumento de barreras... para el acceso al sistema sanitario (por la situación administrativa, por discriminación o xenofobia, por malas experiencias previas, por falta de comprensión...)”

- Cierre de fronteras, que conlleva entre otras, la restricción del movimiento de personas que están en riesgo (personas que huyen de contextos de violencia o miseria) y situaciones de hacinamiento y condiciones inhumanas de supervivencia en los territorios fronterizos (Melilla, Canarias, Marruecos).
- Criminalización del movimiento para personas que en muchas ocasiones no tienen el entorno adecuado para poder realizar el confinamiento de manera segura, lo que agrava las estrategias de clandestinidad en el contexto de acogida.
- Ralentización o paralización de los trámites, lo que provoca situaciones de irregularidad administrativa y por lo tanto, riesgo de deportación y pérdida de acceso a derechos.
- Precariedad y riesgo de exclusión, ya que la situación de irregularidad (con empleos no formales) exime de derechos laborales. Permite despidos sin salvaguardas e impide el acceso a las ayudas estatales derivadas de la situación de crisis. En el caso de las personas migradas, la precariedad económica afecta a la familia en país de origen. A raíz de la crisis COVID-19, han disminuido significativamente el envío de remesas.
- Aumento de la presencia y controles policiales, como elemento estresor.
- El confinamiento invisibiliza (menor presencia y participación ciudadana). Las situaciones de riesgo, precariedad o vulneración que sufren las personas migradas, tienen menos posibilidad de denuncia o defensa.
- Riesgo sanitario y aumento de barreras para el acceso al sistema sanitario, para una población que en muchas ocasiones está en situación de hacinamiento y tiene dificultades para el acceso al sistema sanitario (por la situación administrativa, por discriminación o xenofobia, por malas experiencias previas, por falta de comprensión...)

Factores protectores personales – Resiliencia - Afrontamiento	Factores de riesgo personales – Desconocimiento del contexto – Historia vital traumática – Precariedad económica – Cansancio – Sintomatología previa
Factores protectores sociales – Organizaciones – Ciudadanía involucrada – Recursos sociales	Factores de riesgo sociales – Irregularidad - Falta de acceso – Invisibilidad – Ausencia de redes de apoyo – Entidades colapsadas - paradas – Sociedad inmovilizada – Redes naturales lejanas – Discriminación – Ausencia de oportunidades

Hay que comprender el fenómeno migratorio y tener en cuenta los contextos de origen y de tránsito, así como las condiciones de la acogida para analizar el sufrimiento psíquico que este provoca. Hay que criminalizar, denunciar y señalizar la violencia que sufren las personas migradas para poder realizar un proceso reparador.

Existe una desproporción entre los factores protectores y los factores de riesgo en las personas migradas. Se deposita, la capacidad de regulación psíquica en la capacidad individual de afrontamiento, a pesar de los elementos de riesgo personales que acarrean. La situación de pandemia ha agravado significativamente los factores de riesgo.

La migración conlleva duelos y la crisis COVID-19 está estrechamente ligada a la muerte. Las personas migradas están obligadas a acompañar y despedir a sus seres queridos desde la distancia. Además, la posibilidad del retorno, supone un riesgo sanitario extremo por la situación de pandemia en contextos donde el acceso a la salud, y los recursos existentes, son escasos en muchos casos.

La situación actual, impide a las personas migradas la posibilidad de tener un periodo de restablecimiento de la experiencia, con el contexto de seguridad y estabilidad mínimo. Existe sintomatología que aparece o se agrava a raíz de la situación de pandemia y aislamiento:

- La presencia de estresores, aumenta el nivel de activación. Existe mayor reexperimentación ante la falta de recursos, que recuerda la escasez en el contexto de origen. La militarización de la ciudad y la presencia de cuerpos y fuerzas

de seguridad del estado, desencadena recuerdos de personas que han sufrido violencia.

– A nivel ontológico, ante la parálisis mundial, existe un quiebre en el proyecto vital por el bloqueo de oportunidades. Puede aparecer culpa por la distancia con la familia y la incapacidad de ofrecer soporte. A nivel identitario, las situaciones de discriminación aumentan en frecuencia e intensidad y las personas migradas, ven impedida su capacidad productiva.

A raíz de la situación actual, se observan (entre otros) cuadros de adicción, depresivos, psicóticos (de carácter psicógeno) o cuadros de ansiedad. Las personas migradas, a raíz de la situación de pandemia, se han visto especialmente expuestas a terminar en situación de calle.

La complejidad de la situación implica una responsabilidad como profesionales y como ciudadanos y ciudadanas de la sociedad de acogida. Acompañar desde una perspectiva psicosocial, cultural y humana. Facilitar en nuestro entorno (personal y laboral) la representación de las personas migradas como agentes con voz y participación en el contexto. Visibilizar su historia para promover derechos.

Tenemos la obligación de contextualizarnos, porque no saber, con la accesibilidad que existe a información, es una irresponsabilidad.

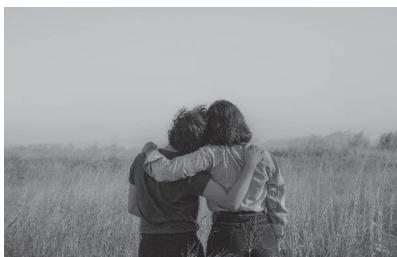
Acompañar a las personas migradas, exige romper el silencio en la dirección correcta; criminalizar y denunciar la violencia y vulneraciones sufridas, visibilizar su identidad (más allá de la identidad migrante) y reconocer el sufrimiento.

REHABILITACIÓN EN TIEMPOS DE COVID¹

Eva Muñiz

Jornadas online AMSM 2020

“Esta pandemia nos enfrenta a una constante paradoja, ha evidenciado que estamos irremediablemente conectados, y que a través de ese vínculo circula tanto el cuidado como el daño.”



Fuente: pixels

“...los que pueden VIVIR, en el sentido amplio del término y los que pueden morir en vida; los que importan y los que son invisibles.”

Esta pandemia, cuyo impacto hasta ahora se contabiliza en número de muertos y pérdidas económicas, ha dejado un legado profundo y duradero, ha desvelado que “el emperador está desnudo”, que aquello que se defendía con fuerza desde los discursos en realidad se sostenía sobre bases débiles, era vulnerable o estaba impostado.

Esta pandemia nos enfrenta a una constante paradoja, ha evidenciado que estamos irremediablemente conectados, y que a través de ese vínculo circula tanto el cuidado como el daño. Nos ha llevado a pensar que podemos pagar el precio de vivir sin el otro, a cambio de estar médicaamente sanos, obviando que la vida se sostiene en relación, que los niños no pueden desarrollarse sin el contacto con otros cuerpos, que los afectos no se transmiten igual a dos metros y, que un abrazo calma la angustia y contiene el dolor como no puede hacerlo una pantalla.

Ha desvelado que nadie cuida de los héroes, que son solo iconos de usar y tirar, creados para que la ciudadanía se sienta más segura y protegida, para que se pueda descargar la energía de su dolor en un fuerte aplauso, en lugar de exigir una mayor inversión en los recursos humanos de la sanidad pública.

La pandemia ha permitido ver cómo los mismos que defendían la salud mental comunitaria cerraban los centros de salud mental y desviaban su personal a los hospitales, “desvistiendo un santo para vestir a otro”, en un momento de máxima vulnerabilidad.

Esta pandemia ha puesto de manifiesto el “nosotros-ellos”, los que pueden VIVIR, en el sentido amplio del término y los que pueden morir en vida; los que importan y los que son invisibles.

La pandemia ha traído un dolor indescriptible, desgarrador... pero también nos ha permitido discernir lo que es de verdad, lo que perdura, lo inquebrantable, y eso, en los tiempos que corren, es un camino a la esperanza.

EL PRINCIPIO

Recuerdo que hace muchos años, cuando yo era muy pequeña me adentré en el mar de la mano de mi madre. Ir de su mano siempre era una aventura segura, divertida, no me podía pasar nada si me mantenía agarrada. Pero el mar a veces se encrespa y una ola, que me pareció enorme, rompió con fuerza sobre nosotras soltándome de su mano, volteándome durante unos segundos e impidiéndome salir a la superficie.

1) Este texto es el producto de unos espacios de cuidado que han sido imprescindibles para pensarlo, de caminar de la mano con personas con las que se puede ir a una guerra, de disfrutar de la tribu. Es el fruto del trabajo cotidiano y de la reflexión con el equipo del CRPS Torrejón, con quienes es una delicia abordar la tarea y tejer para arroparnos en el trabajo y en la vida; de las aportaciones de Inmaculada Liébana que desde la amistad solo sabe ser sincera y honesta; de pensar junto a mi hermana, con la que siempre tengo necesidad de compartir las cosas importantes de la vida ... y del cuidado de Paco, que siempre es un refugio, desde el que puedo salir a la vida con coraje.

Mi madre no debió tardar mucho en cogerme de nuevo, pero sentí mucho miedo y una infinita soledad. El 14 de marzo me recuerda mucho a aquel día.

Las primeras sensaciones fueron de confusión e incertidumbre. La información era precaria, no estaban claras las directrices. No había infraestructura creada para trabajar a distancia. La mayoría de los profesionales disponían de sus propios teléfonos y ordenadores como únicos medios para realizar la tarea, y un conocimiento a nivel de usuario, bastante precario en la mayoría, del manejo de las diferentes aplicaciones y de la seguridad en internet. Esto era todo.

No se sabía qué recursos comunitarios iban a estar disponibles y cómo se podía acceder, en el momento de máxima vulnerabilidad nos enfrentábamos a la necesidad del otro y a su ausencia. Los recursos ambulatorios se cerraron y los hospitalarios se pusieron a disposición de la emergencia sanitaria. Los profesionales de los centros de salud mental fueron reclamados por el hospital para atender las urgencias psiquiátricas y para dar soporte a los compañeros que estaban en primera línea de atención. No fuimos capaces de arroparnos y tampoco supimos coordinar una intervención que garantizara un cuidado de calidad a las personas que atendíamos conjuntamente. Quizás el hecho de que la Red de Rehabilitación tenga un lugar de complementariedad subsidiaria (acorde con el lugar que tiene lo psicosocial en la comprensión y atención a la locura), ha configurado una relación en la que los profesionales de Rehabilitación “piden” permiso (para tomar decisiones complejas relacionadas con el proceso) y ayuda (para atender crisis, para optar a otros recursos...), y, desde ese lugar asimétrico, difícilmente los compañeros de los centros de salud mental podían contar con que la Red de Rehabilitación respondiera a una llamada de socorro. Creo que en ningún momento se planteó ni una delegación explícita de funciones, ni un reparto de tarea en función de las circunstancias de cada servicio. Se echó en falta el funcionamiento como “equipo ampliado”, hicimos lo que pudimos, con la mejor de las intenciones, pero sin contar con el otro.

Los escasos andamiajes que brindaban ilusión de control, sensación de predictibilidad o alguna certeza quedaron disueltos en la pandemia. La situación nos comprometía a nivel personal, sin poder evitar, que más que nunca, atravesara nuestra práctica.

El contacto telefónico individual se antojaba insuficiente. Teníamos necesidad de zurrir, retejer, conectar, hacer más nudos... para paliar el dolor, viniera de donde viniera, el nuestro y el de los otros, para sostener y sostenernos. Era una necesi-

dad que procedía de lo común, de lo profundamente humano, la necesidad de tribu, de pertenencia. Poco a poco nos fuimos anudando entre nosotras y con otros equipos, dentro y fuera de la Red de Rehabilitación. Crear comunidad desde el aislamiento parecía el único arnés que impedía precipitarnos en el agujero oscuro que se había creado.

Los primeros contactos fueron solo para decírnos “estamos aquí, y vamos a pasar esto juntos”, era un mensaje de ida y vuelta, una preocupación y un alivio mutuos.

Costaba afrontar cada desafío sin la presencia física, sin el abrazo que contiene, la caricia que calma y los ojos que sostienen y guían en la tarea. Con las primeras videollamadas nos reencontramos con cuerpos de hogar. Conocimos un poco más de nuestra cotidianidad a través de las pantallas, la sensación era como si estuviéramos mirando por una mirilla, una especie de trasgresión de la intimidad que era expuesta sin remedio. El trabajo se introducía en el hogar, lo contaminaba. Las compañeras con hijos entraban en multitarea, con la sensación de no llegar a nada, de saber que era fundamental estar con sus hijos para darles refugio y calma en este escenario incomprendible y hostil, pero con la exigencia de cumplir con lo laboral para no sobrecargar al resto del equipo. Cada rol profesional aparecía más que nunca atravesado por otros roles, no era posible la escisión.

En un primer momento la tarea era crear infraestructura y “estar”, disponible, predecible, acompañando y cuidando al otro (fuera quien fuera este otro)²⁾. No hubo un debate sobre qué significaba eso para cada una, parecía que hablar de cuidado remitía a un lenguaje universal sin matices ni contradicciones. Quedaban así borrados los contornos que definían el quehacer de cada profesional. Quizás por esta temporal suspensión de la intervención al uso y esa priorización del cuidado, las diferencias que causan tensiones en los grupos humanos quedaron minimizadas. Cada conquista sentida como equipo emocionaba, nutría y daba esperanza.

DURANTE EL CONFINAMIENTO

En un principio todo era COVID-19 y un recorrido por las actividades de la vida diaria. Las llamadas a las personas que atendemos versaban sobre cómo se lidiaba con una cotidianidad en aislamiento, llena de normas y vacía de productividad. Todas las conversaciones eran parecidas, apenas tocaban la su-

2) Gracias a Paloma Larrazabal, directora del CRPS de Arganda por su generosidad y cuidados durante el tiempo en que nuestro director estuvo enfermo de COVID. Se brindó a acompañarnos, teniendo que atender a sus equipos, su familia y su propio dolor por los estragos de la pandemia. Gracias de todo corazón.



Fuente: pexels

perficie de la vivencia. Se repetían día tras día, charlas necesarias al principio, para sentir la presencia del otro sin más, sentir que la vida continuaba porque había alguien conocido al otro lado del teléfono que habitaba el mismo escenario.

Pero se había abierto la Caja de Pandora. Tratábamos diariamente con la vulnerabilidad, la muerte, la represión, la soledad, los abusos de poder en las relaciones cotidianas.... Mientras se diseñaban medidas para evitar el contagio y la muerte, se pasaba por alto que no siempre la vida es habitable.

Cada día se ponía en cuestión la existencia según la habíamos entendido hasta el momento, sin embargo, durante un tiempo esos temas quedaban eclipsados por esa cotidianidad aséptica y un esfuerzo por poner la mirada en “lo bueno”. Parecía que para sobrellevar la situación teníamos que disociarnos del dolor trayendo “lo positivo”, convirtiendo la tragedia en una película de Marvel, con sus héroes, sus lecciones de ecología y solidaridad, y...sus aplausos.

Costaba retomar, salirse de ese carril maniforme por el que transitábamos y empezar a expresar/escuchar aquello que se decía casi de pasada, aquello que hablaba del dilema entre yo y el otro, del miedo a dañar y ser dañado, de la culpa, de la rabia por la pérdida de libertad, de la muerte... de lo feo de la existencia humana.

Relatos desde el confinamiento

Cuando estuvimos preparadas para escuchar y para explorar, más allá del “parte de actividades diarias”, nos encontramos con relatos diversos en torno a la experiencia que se estaba viviendo.

Para algunas personas era más fácil prolongar el confinamiento ante el temor de encontrarse con una realidad irreconocible, de nuevos códigos, en la que no pudieran aplicar las maneras de vivir anteriores. Temían encontrarse con un otro exigente, que supervisa la conducta y que interpela a que se cumplan de manera rígida unas normas ambiguas y confusas.

Ha habido madres diagnosticadas que han vivido la soledad del confinamiento con sus hijos en situación de pobreza, sin una red de apoyo, dependientes de unos servicios colapsados que no podían dar respuesta, aunque solo fuera para transmitir cierto amparo.

Hemos escuchado relatos sobre las diferencias en la flexibilidad con la que se establecían las medidas de protección en función de la relación con cada miembro de la familia, quedando de manifiesto que al fin y al cabo los límites protectores se han estado poniendo en función de los afectos, más que del riesgo real.

Algunas personas han vivido la pandemia como una aliada que emborroneaba los límites entre locura y cordura, que hacía que emergieran los miedos y los “síntomas” de sus familiares, creándose una relación más simétrica, permitiéndoles ubicarse en una suerte de horizontalidad, probablemente temporal. Por primera vez, era “normal” estar parado, sin exigencia, ni culpa, había certeza de que eso era lo que había que hacer, prescribiéndose y valorándose una forma de vida sistemáticamente cuestionada.

Son muchos los relatos sobre una soledad impuesta que amplifica y descarna la soledad previa, porque la red comunitaria, la que conforman los dependientes, los camareros... había desaparecido.

Ha habido personas que emigraron en su día y que se han encontrado de nuevo con la inseguridad y la pobreza de la que huían, dudando de si el desgarro por dejar a sus seres queridos en su país de origen había merecido la pena.

Ha habido personas que han vivido la muerte de un ser querido y el dolor por su pérdida en pleno confinamiento, con las restricciones para estar y acompañarse de otros en la despedida.

Cuando hemos sabido escuchar han surgido relatos de ira contra la represión, y cierta insumisión disfrazada de inocencia e ignorancia.

Nos cuentan que ahora, más que nunca, es inviable asumir los riesgos que conlleva el vivir para que la vida merezca la

pena, que uno no se puede aventurar a compartir espacios con otros, que es imposible practicar sexo con desconocidos, que el grupo familiar es el único grupo fiable, y el hogar el único lugar seguro.

El cuerpo como arma de destrucción masiva

Tocar sin duda es un modo de conocer el mundo, los objetos, las personas que lo habitan, la piel es una ventana para el alma... no se puede pensar en un crecimiento saludable que prescinda del contacto piel con piel, del cuerpo a cuerpo.

Es difícil sostener la prohibición de tocar, de acercarse, en un escenario de máxima vulnerabilidad en el que necesitamos buscar el cobijo del otro, su olor, ese territorio inexpugnable que es su cuerpo cuando hemos construido una relación de base segura. Tocar, acercarse, es imprescindible cuando la palabra, que brinda una envoltura a distancia, no está disponible o es insuficiente para calmar.

La experiencia con el COVID ha trastocado la vivencia del cuerpo. Ahora viajamos en burbujas de 4 metros de diámetro y consideramos un atentado contra la salud cualquier invasión de ese espacio. Tenemos cuerpos sospechosos, mentirosos, que infectan sin avisar y son rechazados a priori por preventión, que se diagnostican prematuramente (se tose con pudor, con vergüenza). Cuerpos cuya huella hay que limpiar, desinfectar, que no pueden tocar ni ser tocados, desordenándose un poco la dimensión del yo en relación con el otro que se constituye a través de la frontera de la piel.

Vivimos tiempos confusos, los actos han cambiado de significado. Acercarse al otro puede ser vivo, dependiendo de quien venga, como una agresión y una falta de respeto o como un acto de confianza, un signo de que apreciamos todo lo que esa persona traiga. En palabras de Anzieu³, (2007, pág. 159) "Toda prohibición es una interfaz que separa dos regiones del espacio psíquico dotadas de cualidades psíquicas diferentes. La prohibición del tocar separa la región de lo familiar, región protegida y protectora, de la región de lo extraño, inquietante, peligroso", quizás por ello, la distancia social tiene un sentido distinto dependiendo de la vivencia que tengamos del otro. El riesgo se define así desde los afectos, aplicándose de alguna manera su lógica: "quien nos quiere no puede ser causa de daño". Si nuestros familiares y amigos enferman lo harán "a las claras", no pertenecerán al temido grupo de los asintomáticos. El extraño, el que no pertenece, el que viene de fuera, es más que nunca objeto de sospecha, las fronteras que separan lo

familiar de lo de afuera se hacen rígidas. El extraño se encarna en los colectivos más vulnerables, los que literalmente vienen de fuera (emigrantes) y los que sentimos diferentes, los "ellos".

En el caso de las personas con diagnóstico psiquiátrico, se ha reactivado la idea de que son "peligrosos" por tener un mayor riesgo de ser fuente de contagio, no tanto porque tengan una red social amplia, hijos pequeños que vayan al colegio, usen el transporte público o se sumen a manifestaciones negacionistas, sino porque se les presupone un déficit para lidiar con la vida, cuidándose o cuidando al otro (idea que subyace al prejuicio sobre la capacidad para ser madres, por ejemplo).

La pandemia ha dado una respuesta al eterno dilema entre la pertenencia y la individuación proporcionando argumentos inapelables para que las personas con trastorno mental queden atrapadas en un proceso de emancipación inconcluso, recluidos en sus domicilios con padres y madres octogenarias cuya integridad física y mental no quieren poner en riesgo.

En este escenario, son los demás "sanos" los que definen las necesidades de los diagnosticados, confundiéndolas con las de los progenitores. Las subjetividades quedan diluidas en una masa informe y mimetizadas con un escenario que tiende a homogeneizar a todos los ciudadanos reduciendo el cuidado de la salud, a la evitación del contagio. La salud mental queda desatendida, el aislamiento se prescribe, independientemente de sus consecuencias. En los recursos residenciales se pautan confinamientos más extremos (que, en ocasiones, vulneran derechos fundamentales), se prioriza velar por el seguimiento estricto de las medidas higiénicas para impedir el contagio entre los residentes. La salud queda reducida a la ausencia de virus quedando pausados los planes que se habían elaborado conjuntamente con los residentes para continuar avanzando con los retos de la vida. Se pone de manifiesto la brutal sobre-carga del equipo humano con tareas sanitarias, que saturan el día a día impidiéndoles abordar el objeto último de su trabajo, también se pone de manifiesto la constante minimización de las consecuencias de vivir distanciado del otro, fuera de la comunidad.

La persona con trastorno mental no puede permitirse las "licencias" que se toman el resto de los ciudadanos para sobrellevar el recorte de las libertades o la debacle económica, porque estas licencias son diagnosticadas y reprimidas. Mientras que unos salen a trabajar, disfrutan de su red social (flexibilizando las distancias hasta donde les dictan las normas y los afectos), y habitan los espacios comunitarios, exponiéndose al contagio de un modo legítimo y, en muchas ocasiones, valorado, la persona con trastorno mental, cuyo cuerpo parece un anexo

3) Anzieu, D. (2007) "El Yo Piel". Edit. Biblioteca Nueva. Madrid

del cuerpo de otros, tiene que vivir un permanente confinamiento, el que “elige” y el que le es impuesto, evitando así la culpa de ser, una vez más, la causa última del sufrimiento familiar.

“Los cuidados...también tiene que ver con proporcionar herramientas para lidiar con una situación que afecta a cada uno y a la tarea de atender a otros.”

“Trabajar con gente implica asumir que pueden ser fuente de daño y que nos toca protegernos para que la intervención no esté atravesada por la exigencia de que nos cuiden y nos protejan cuando aún no pueden hacerlo.”

“...cada profesional es responsable de su propio cuidado... que no es omnipotente ni infalible...pedir y delegar...la desmesura de uno genera deuda...”

EL RETORNO A LA PRESENCIA

Los cuidados de los equipos

La pandemia ha puesto de manifiesto que los cuidados siguen siendo una asignatura pendiente. Se ha desvelado el modo en que las entidades que gestionan los recursos de rehabilitación entienden los recursos humanos: bien como herramientas de usar y tirar, bien como sujetos que es necesario atender y cuidar para que la tarea salga adelante. Los cuidados no solo tienen que ver con brindar gel hidroalcohólico, virucida o mascarillas quirúrgicas, también tiene que ver con proporcionar herramientas para lidiar con una situación que afecta a cada uno y a la tarea de atender a otros. Hay entidades que lo saben y cuentan con medidas de conciliación flexibles, espacios para la reflexión y sistemas de supervisión de equipos y de directivos. Hay otras que no.

El tema de las mascarillas impacta directamente en la tarea que nos compete. El acompañamiento a las personas en la pandemia requiere contemplar que la experiencia está siendo traumática, que para sobrellevarla se utilizan defensas y que una de ellas es la negación, que la adquisición de nuevos hábitos es un proceso lento y tiene que tener sentido, que la vivencia del cuerpo es diversa y cursa con muchas dificultades y que la mascarilla es una prótesis que confunde identidades y quita el aire... entre otras cosas. Trabajar con gente implica asumir que pueden ser fuente de daño y que nos toca protegernos para que la intervención no esté atravesada por la exigencia de que nos cuiden y nos protejan cuando aún no pueden hacerlo. En este escenario, llevar mascarillas FFP2 es una herramienta imprescindible.... pero también es mucho más cara.

Pero los cuidados no son patrimonio de las entidades, los equipos son responsables de su propio cuidado, que no sólo tiene que ver con tener espacios de descarga emocional, sino con ser capaces de asumir y repartir tarea atendiendo a las condiciones de cada uno. Tiene que ver también con arrimar el hombro aportando lo que uno sabe y lo que puede, a veces subiéndose al carrito, a veces empujándolo. Implica entenderse como algo más que una suma de individuos, un engranaje que no puede funcionar igual si falta uno, pero que encuentra maneras de tirar para adelante sin tener que estar revisando en cada ocasión que el reparto de tarea ha sido igual para todos, porque sabemos que lo justo no es lo igual.

Finalmente, cada profesional es responsable de su propio cuidado. De asumir que no es omnipotente ni infalible, que tiene que pedir y delegar cuando no puede, porque la desmesura de uno genera deuda, y la tarea común queda atravesada por el constante intento de equilibrar el libro de cuentas.

La atención

Antes de que se abriera la Caja de Pandora, los profesionales de la salud mental estábamos sumergidos en debates de gran calado, que pretendían mejorar el trato

y reducir la iatrogenia. Reflexionábamos sobre poner el poder que tenemos al servicio de los cuidados sin pasar por encima de los derechos; sobre cómo articular el saber profesional y el saber en primera persona; cómo acompañar en los procesos de cambio, sin que respondan a nuestra propia manera de entender la vida; cómo facilitar que se habite la comunidad sin ser los protagonistas...y otros asuntos que fueron fuente de tensiones y de importantes cambios en las prácticas.

Parece que el escenario de incertidumbre e inseguridad que estamos viviendo nos pone en riesgo de volver a maneras antiguas de trabajar, en las que nos sentíamos más seguras. Formas en las que los profesionales teníamos que aportar todas las respuestas y éramos los últimos responsables de la vida del otro.

La pandemia nos ha legitimado para saber qué necesita el otro, acercándonos a posturas paternalistas que dispensan soluciones estandarizadas para todos, sin tener en cuenta los significados propios. Nos ha parecido bien hacer por hacer y ocupar por ocupar... cumpliendo, a veces, con una función de entretenimiento⁴.

En un artículo leí que “tenemos que estar muy atentos, es decir, sensibles a cómo se articulan las demandas de cuidado con las de control, vigilancia y denuncia de lo amenazante”⁵ y me pareció que reflejaba bien la exigencia actual a los profesionales, de cuidar, pero también de vigilar, controlar y ser garantes de que todos cumplan.

Como señala Álvarez Teijeiro “Frente a la ética del sí mismo predominante, casi hegemónica, se levanta con modestia y humildad la ética del otro.... Frente a la consideración utilitaria del otro como medio para mis fines (materiales), se plantea aquí una concepción del otro como mediación para los comunes fines existenciales: soy más yo mismo cuando respondo de manera sólida a la pregunta que el otro encarna, su irreductible identidad me completa”. Quizás este es un momento idóneo para poner a prueba eso que defendíamos de que nuestro saber no es suficiente, que necesitamos el saber del otro para que el cuidado lo sea de verdad. Quizás es el momento de construir con las personas que atendemos maneras de afrontar la pandemia, de cuidarnos desde la pertenencia pero atendiendo a la diversidad, de escuchar más allá de las prescripciones higiénicas.

Lo humano y lo institucional. Entre la confusión y la ambivalencia.

El lugar de los recursos de Rehabilitación en la red de salud mental es complejo y confuso, y la gestión de esta crisis está siendo compleja y confusa también, porque se han puesto de manifiesto las contradicciones que pueden surgir al intentar conciliar la evitación de la enfermedad con el cuidado de la salud mental.

Las medidas de protección contra el virus no han contemplado las diferentes necesidades emocionales y circunstancias sociales, el confinamiento no ha supuesto el mismo coste para todos. Los determinantes socioeconómicos han hecho que algunas experiencias de reclusión se hayan convertido en fuentes de daño en lugar de protección. Aun así, los profesionales de la salud mental hemos asumido la responsabilidad de ser garantes del cumplimiento de las normas del Ministerio de Sanidad, para “contribuir eficazmente a evitar la propagación del contagio”⁶. La atención se ha estado debatiendo entre, por un lado,



Fuente: pixabay

minimizar los contactos entre personas que no pertenezcan a la misma unidad convivencial, evitando al máximo la movilidad, lo que nos ha llevado por momentos a priorizar el teletrabajo; y, por otro, la necesidad de brindar un acompañamiento presencial, de mucho más calado que la atención telemática, manteniendo las medidas básicas de seguridad (mascarillas, distancia y lavado de manos), pero asumiendo ciertos riesgos, porque el contacto humano y la vida en comunidad los tiene desde siempre.

4) Este párrafo se lo debo a Inmaculada Liébana
5) elciudadanoweb.com

6) Documento de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, “Criterios de actuación a aplicar en las plazas y centros/servicios que conforman la red pública de atención ocupacional, atención diurna a Personas con discapacidad o con enfermedad mental y atención Temprana, en la situación de emergencia ocasionada por COVID-19.”

Y esto nos lleva a una paradoja. Sabemos que la atención telemática es precaria e insuficiente, pero, la atención presencial está sujeta a normas que varían y se desdibujan en función de criterios sanitarios, económicos y políticos que tenemos que conjugar. La definición de “contacto de riesgo” (o la tolerancia a los mismos para hacer el trabajo que nos ocupa) está en constante revisión y con ello el abanico de posibilidades para realizar la tarea. Cada baja de un profesional tiene importantes repercusiones económicas y en el sostenimiento del quehacer cotidiano puesto que para prevenir el contagio no sólo tiene que marcharse la persona enferma sino todo aquel que tuviera contacto con ella. Esta cuestión lleva a que ahora, más que nunca, la intervención esté mediada por criterios económicos y pragmáticos que hay que conjugar con el abordaje técnico de cada caso. En esta confusión, corremos el riesgo de abandonar el objetivo último de nuestro trabajo: acompañar a personas con sufrimiento psíquico en encontrar maneras de vivir en comunidad cuando el otro es vivido como fuente de daño.

RIESGOS

Las grietas del modelo psicosocial

La pandemia ha desvelado que la dualidad mente-cuerpo no ha sido superada. Hoy más que nunca vivimos la disociación entre experiencia subjetiva, cuerpo biológico y sujeto social. La experiencia de enfermar por COVID se ha planteado como algo exclusivamente biológico sin reparar en el dolor profundo de vivirlo en aislamiento y excluido. Se ha obviado el impacto en los niños, no solo por los cambios en lo cotidiano, sino porque se les priva de dos de las herramientas básicas con las que crecer con salud: el contacto cuerpo a cuerpo y el vínculo social. Ha quedado en evidencia la dificultad para articular un discurso integrador y proporcionar un cuidado integral.

Aún no hemos sido capaces de profundizar en la complejidad del “vínculo”, a pesar de que es la base de nuestra intervención, y en los factores que le afectan (p.e. ir enmascarado, no poder tocar, las pantallas, la intermitencia...).

Seguimos arrastrando la dificultad para adoptar una perspectiva comunitaria en el sentido de “contextualizar los problemas, conductas u oportunidades de salud, ..., en la realidad de la comunidad donde viven o trabajan las personas y en sus determinantes psico-sociales y ambientales”⁷.

Ahora más que nunca, nuestro trabajo está atravesado por el miedo al otro, miedo a que su descuido nos lleve a enfer-



Fuente: pixels

mar, y desde ese miedo reaccionamos tratando de controlar su conducta. Sabemos que la adaptación a los cambios es un proceso complejo, que cursa con resistencias, especialmente cuando este proceso es acompañado por emociones intensas. También sabemos que el único modo que tenemos de conocer si las personas que nos rodean están siguiendo las medidas de protección es, además de nuestra observación cotidiana, que la relación sea suficientemente sólida como para que haya una comunicación sincera, y esto es impensable si el vínculo está atravesado por el juicio moral y la culpabilización.

Hemos vuelto a pensar en espacios separados entre profesionales y usuarios, pero sabemos que esto no sirve, que tan solo es síntoma de que los esfuerzos por superar el nosotros-ellos, derivados del cambio de paradigma, no se han traducido en cambios de fondo sino de forma.

La tarea de los profesionales de la rehabilitación corre el riesgo de convertirse en una extensión de la tarea de los sanitarios, en lo que se refiere a la exploración de síntomas físicos, seguimiento de los contagios, indicación de las medidas de protección, desaprovechando la posibilidad de co-construir el espacio de cuidado con las personas que atendemos, cumpliendo con la normativa pero atendiendo a la diversidad de experiencias subjetivas, evitando que el profesional se sitúe en el lugar de referente inmaculado que supervisa y controla, sin tener en cuenta las contradicciones, ambivalencias y sentimientos que nos atraviesan en una situación como esta.

Lo que ha traído lo telemático

La voz y la palabra son el medio por el que circulan los entresijos del vínculo cuando el cuerpo está inaccesible. La palabra

7) <https://saludpublicaytrasdudas.wordpress.com/tag/de-las-batas-a-las-botitas/>

y la “música” que la acompaña pueden brindar una envoltura protectora o desabrigar, pueden contener lo que está desbor-dado o romper los diques que ya existían, pueden nutrir o ex-tenuar, llenar huecos o crearlos.

Sin embargo, cuando el cuerpo del otro es demasiado estimu-lante, por vivirlo como amenaza o por desecharlo, una conversa-ción telefónica puede ser la única posibilidad de establecer una conexión desde la tranquilidad.

Pero la ausencia del cuerpo del otro crea impotencia. Poner el cuerpo en lugar de una pantalla, abre la posibilidad de un acceso directo, lo cual añade realidad a la experiencia del con-tacto humano, pero también permite ejercer cierto poder so-bre la satisfacción de las demandas. Lo telemático permite no atender, cortar la comunicación, dar largas, sin que el que está al otro lado del teléfono o de la pantalla pueda hacer gran cosa. En el cuerpo a cuerpo existe la posibilidad de imponerse, de utilizar cierta “violencia necesaria” en sus diversos grados y matices (insistir permaneciendo en el espacio, impedir que el otro continúe con la tarea, rogar...) para garantizarse la atención, el cuidado o los derechos. El cuerpo opone resistencia al ninguneo.

Lo telemático protege y calma a la vez que desampara, porque el cuerpo puede ser fuente de daño y de protección. Tiene con-secuencias directas en las posibilidades de comunicarnos pues-to que reduce la información sobre el otro. Implica una muy baja accesibilidad, lo que puede traer sensación de seguridad y protección, pero también impotencia y abandono.

Los espacios telemáticos son contextos más inseguros, que usamos habitualmente sin tener ni idea ni de los riesgos ni de

cómo protegernos. Reduce el ámbito de lo visto, haciendo que lo que está fuera de la cámara se convierta en fantasmático. Lo telemático nos coloca en el lugar de espectadores ante la pan-talla, creando una distancia afectiva similar a la que vivimos cuando vemos la TV. Es el escenario idóneo para los “como si”.

Lo telemático nos lleva a abandonar el espacio comunitario. Lo de afuera es relatado, no vivido.

PARA TERMINAR

Uno de los principales errores que cometemos es pensar en términos cortoplacistas. La vida no puede sostenerse sin los cui-dados, y estos trascienden la protección contra virus y bac-terias, y la administración de fármacos o vacunas.

Si consideramos que el aislamiento es un factor de riesgo para la locura, que los lazos sociales nos protegen y nos permiten crecer, que el contacto físico transmite algo más que agentes patógenos, que la vida en comunidad nos da la posibilidad de recurrir a otros cuando vivir se hace difícil... si todo esto tiene fuertes raíces, entonces no podemos sostener el mismo lugar que un epidemiólogo o un economista.

Somos agentes de lo social y trabajamos por la salud mental comunitaria, no es posible concebir los cuidados en el aislamiento, son dos términos incompatibles.

Pensemos pues, juntas es más fácil.



Fuente:pixabay

COVID-19: DE LA CRISIS MATRIOSKA A LA JUSTICIA SOCIAL

Javier Padilla

Jornadas online de la AMSM 2020



Fuente: unsplash

LO QUE HACE FALTA PARA QUE TODO FUNCIONE

En el año 2014, Nancy Fraser publicó un artículo (recientemente recogido en el libro “Los talleres ocultos del capital”)(1) en el que analizaba la estructura del capitalismo más allá del análisis de Karl Marx. En dicho artículo, señalaba que había tres condiciones primordiales para el funcionamiento del capitalismo: la reproducción social (todo aquello que, posteriormente, se ha venido a denominar como “la economía de los cuidados”, entre otras cosas), la ecología del planeta y el poder político. Según Fraser, no es que el sistema capitalista no entre en conflicto con estos aspectos, sino que estas dimensiones son esenciales para que el sistema capitalista funcione.

Entender que elementos estructurales son clave para el desencadenamiento de sucesos más coyunturales es fundamental para comprender cómo hemos llegado a la situación actual. Es decir, es fundamental identificar cuáles son las “condiciones primordiales” que generan un entorno de posibilidad para que la pandemia de SARS-CoV-2 llegue a su situación actual.

“...es fundamental identificar cuáles son las “condiciones primordiales” que generan un entorno de posibilidad para que la pandemia de SARS-CoV-2 llegue a su situación actual.”

El incremento del número de brotes y epidemias en los últimos 30 años no es una casualidad(2), ni un fallo del funcionamiento del sistema, sino su característica lógica. El correcto funcionamiento del capitalismo tardío post-thatcheriano es el que ha generado una situación perfecta donde confluyen tres elementos centrales para llegar a la situación de la pandemia de COVID-19 (y, sobre todo, para que esta no sea la última que vivamos): la intensificación de la invasión de ecosistemas por parte del ser humano (incluyendo un incremento del contacto –en forma y tiempo– con animales con los que antes no teníamos contacto directo), el transporte masivo y constante de personas en viajes transcontinentales, y la constante presión presupuestaria sobre los sistemas públicos de salud que ha resultado en su debilitamiento, así como en el adelgazamiento de las estructuras menos directamente asistenciales y sin alto consumo de capital tecnológico (la salud pública, principalmente, y también la atención primaria).

NO ES UNA CRISIS, ES QUE YA NO TE QUIERO

“...correcto funcionamiento del capitalismo tardío post-thatcheriano es el que ha generado una situación perfecta...”

Hablar de la-crisis-del-COVID ha pasado a ser una expresión algo vacía de significado por la multiplicidad de cosas a las que alude. La-crisis-del-COVID son las personas fallecidas de las residencias, las aisladas solas en sus casas, los nuevos parados, los viejos parados que ahora ven más difícil la salida a todo y quienes no encuentran en el empleo una forma de subsistencia. La-crisis-del-COVID son también los profesionales sanitarios infectados, la cajera del supermercado exponiéndose al contagio por el salario mínimo interprofesional –con suerte– (y sin aplausos), el transporte en vehículo privado recuperándose y el transporte público sin terminar de hacerlo. La-crisis-del-COVID es la disnea presente en muchas personas después de siete meses de haber pasado la enfermedad, las reuniones con gente querida que no hemos po-

dido tener o la conciencia de que todo empezó por el enésimo efecto del incremento de la invasión de los ecosistemas.

Jorge Riechmann lo llama “el mundo de las muchas crisis”(3), mientras que yo (nosotros, porque es un término acuñado con Pedro Gullón) prefiero utilizar el concepto de *crisis matrioshka*,(4) por ser más gráfico. Una crisis sanitaria se abrió ante nosotros pero fácilmente vimos que estaba contenida en una crisis económica que, a su vez, se veía alojada en una crisis más global, la ecológica, y todo ello atravesado por una perpetua crisis de cuidados que se evidenció de forma más clara cuando hubo que pararlo todo para preservar la vida. Estas crisis son lo que queda cuando conceptos como el de *nueva normalidad* se abren como un futuro deseable; la normalidad era la crisis, entendida no como algo circunstancial y pasajero, sino como la inestabilidad propia de un sistema en el que solo escapan de la volatilidad de la subsistencia aquellos que pueden escapar de la inseguridad y la precariedad mediante lo que se ha denominado “la secesión de los ricos”, esto es, haciendo uso de su capital económico y social para alejarse del resto de la sociedad. En los años 20 del siglo XX, *crisis* significaba algo temporal, pasajero y brusco; en los años 20 del siglo XXI, *crisis* significa inestable, inseguro pero duradero.

LAS MUCHAS CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA

Ese contexto de crisis sistémica multicapa tiene un correlato en el ámbito de la salud pública, perspectiva desde la que se ha abordado, como es lógico, la pandemia de COVID-19 de forma preferente. La salud pública tiene algunos elementos diferenciales que la hacen más vulnerable a su conversión en agente principal de análisis y acción en situaciones de crisis: prioriza lo colectivo frente a lo individual—aunque se preocupe por la preservación de las libertades y derechos individuales—, incorpora elementos de distribución de costes y beneficios, no solo intenta maximizarlos, de modo que pone la equidad como un elemento clave en su acción, y además tiene una cercana relación con el ejercicio de las políticas públicas, siempre en crisis pero especialmente tras un año de sobreexposición institucional.

A la luz de estas características, la *crisis matrioshka* de la salud pública podría definirse en torno a los siguientes elementos:

- *Crisis de marco*: si algo ha caracterizado a la pandemia de COVID-19 y las medidas que se han puesto en marcha para abordarla, ha sido la confrontación entre lo individual y lo colectivo; el choque (o la dialéctica, mejor dicho) entre estos dos aspectos es un elemento clave en la elab-

boración de respuestas desde la perspectiva de la salud pública y, en el caso del COVID-19, se ha convertido en el elemento central, tanto en el análisis de las dinámicas de transmisión, como en el diseño de las medidas de control o en la consideración de los elementos de coerción y limitación de las libertades por parte de las autoridades estatales. El peso fundamental durante estos meses ha recaído en la priorización de lo colectivo frente a lo individual, y esto ha sucedido en un momento en el que la propia definición de salud adolece de definiciones hegemónicas colectivas. Desde la definición de la OMS (“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”), pasando por otras como la que se puede enunciar desde la perspectiva de las capacidades (“El estado del individuo en el cual puede desarrollar de forma satisfactoria sus capacidades desde un punto de vista físico, psíquico y social.”), la salud es un elemento de titularidad individual, a pesar de la vasta literatura que nos muestra que la vinculación entre la forma en la que los individuos enferman y la forma en la que lo hacen las poblaciones; afrontar una pandemia que exige una centralidad de lo común y colectivo a partir de una definición de la salud que solo entiende del “yo” es un elemento que hace que la crisis de la salud pública también sea una crisis de marco, de definición de su primera palabra: “salud”.

- *Crisis de lo público*: cuando se hace alusión al concepto “crisis de lo público” rápidamente nos retrotraemos al marco *thatcheriano* de privatización de los servicios públicos y eliminación de barreras para la expansión de la iniciativa privada; sin embargo, la crisis de lo público que estamos experimentando a la luz de la pandemia de COVID-19 es una actualización de ese marco previo; actualmente, vivimos una crisis de definición de lo que es de todos y todas, de lo que conforma aquello de lo que debemos ocuparnos. ¿Hasta dónde ha de llegar la salud pública? ¿cuáles son sus límites? ¿ha de ocuparse solamente de elementos de distribución de enfermedades o también de aspectos ligados al reconocimiento de singularidades colectivas? Si bien la crisis del primer componente del binomio salud-pública era una crisis de marco, la crisis de lo público es una crisis de demarcación. Esta crisis de demarcación, además, se expresa por lo borroso de sus límites en lo relacionado con el trasvase presupuestario entre lo público y lo privado. Ante una situación de emergencia de salud pública, la iniciativa privada, en el ámbito de lo sanitario, se cohíbe y empieza a negociar la puesta a disposición de sus infraestructuras para el beneficio común, a cambio de un pago; esta evolución de la crisis-de-

lo-público como expresión de la privatización estándar a la crisis-de-lo-público como expresión de la parasitación es probable que vaya a definir cómo los poderes públicos interaccionan con *lo privado* en la próxima década, en un contexto de gran inestabilidad.

- *Crisis de la salud pública en la era del Antropoceno:* otra de las grandes crisis que vive la salud pública es la limitación del marco de la *Salud Global* para dar respuesta a sistemas complejos de interacción humano-animal en contextos económicos globalizados con un deterioro de los ecosistemas que pone en peligro la salud tanto de los seres humanos como de los seres vivos no humanos. Cabe preguntarse cuál es el marco correcto hacia el que la salud pública ha de transitar para hacer frente a la necesidad de velar por la salud interdependiente de humanos – animales no humanos y seres vivos no animales. El concepto *One Health* (para el cual se hace uso de la traducción, nada atractiva, “Una Salud”), parece uno de los propuestos para dar respuesta a este reto.
- *Crisis de la centralidad del cuidado:* más que una crisis de la salud pública es una crisis de lo que actúa en la interfase entre lo social y lo sanitario; entre los centros residenciales de personas con dependencia y la atención prestada por el sistema sanitario. El sistema sanitario tiene un problema con la incapacidad para materializar su *giro cuidador*; tras unas décadas hablando de los modelos de atención a pacientes crónicos, la transición epidemiológica, el cambio del paradigma del curar al paradigma del cuidar, etc, ha venido una pandemia respiratoria y ha puesto de manifiesto que aquellos dispositivos centrados exclusivamente en los cuidados y no en la curación eran débiles, no estaban articulados con el sistema sanitario y, además, han supuesto un ámbito de alta morbilidad y mortalidad. Es urgente hacer coincidir el discurso de la centralidad del cuidado con la centralidad de las prácticas institucionales.

Que la salud pública sea un lugar de unión de crisis de tal magnitud, que afectan a problemas de su propia definición y su delimitación puede ayudarnos a comprender los límites y dificultades encontrados a la hora de dar respuesta a la mayor situación de emergencia colectiva de las últimas décadas, poniendo al mando a la herramienta más descuidada en los últimos diez años.

EL SUSTRATO DEL QUE VENIMOS

Además de esta situación de crisis compleja, otro elemento importante para entender cómo llegamos a esta situación y



Fuente: unsplash

cómo se ha actuado para dar respuesta a ella es el denominado sustrato epidémico, es decir, “es el terreno sobre el que el resto del ciclo epidémico se construye y es fundamental para analizar no solo las dinámicas de contagio, sino incluso las diferentes respuestas que los países y sus poblaciones dan a la misma epidemia.”(4)

¿Sobre qué circunstancias previas se asienta la pandemia de COVID-19 para poder resultar tan devastadora? O, formulado de otra manera, ¿por qué a España le va tan mal con el COVID-19 si todo el mundo lleva mascarilla?

Más allá de responder señalando que ninguna medida concreta va a ser una bala de oro frente a una pandemia compleja, es preciso analizar más la estructura que la coyuntura para I) no caer en análisis cortoplacistas que doten a las instituciones de una agencia que no tienen sino de forma muy parcial y II) tratar de que los análisis puedan construir respuestas que sean válidas para la situación actual a la vez que para fortalecer el sistema de cara al futuro.

En diciembre de 2020, Michael Marmot publicó un artículo(5) en The Guardian donde afirmaba lo siguiente, en relación a la situación de Inglaterra:

“Hay cuatro posibles explicaciones: la calidad de la gobernabilidad y la cultura política, que no priorizó las condiciones para la buena salud; el continuo aumento de las desigualdades económicas y sociales, incluido un aumento de la pobreza entre las familias con niños; una política de austeridad y los consiguientes recortes a la financiación de los servicios públicos que fueron marcadamente regresivos; y un mal estado de salud de la nación.

Abordar estos cuatro es el núcleo de lo que se debe hacer para lograr el cambio.”

Si dirigimos esa mirada hacia España, observamos que la pandemia de SARS-CoV-2 llegó a impactar sobre un país que I) llevaba 8 años con un sistema sanitario que había dejado de ser plenamente universal, II) hacía 10 años desde el inicio de los recortes presupuestarios del gasto sanitario público, y 12 años desde se había iniciado una crisis económica de la que aún no se había salido (al menos para parte de la población en los deciles más bajos de renta), III) a pesar de tener una alta esperanza de vida, tenía una esperanza de vida saludable en población mayor de 65 años que le situaba en la zona media del ranking de países de la Unión Europea y IV) no había desarrollado normativamente y aplicado la mayoría de los aspectos reflejados en la mejor herramienta legislativa que tenía aprobada para afrontar una emergencia de salud pública global: la Ley General de Salud Pública.

Estos elementos, junto a algunos otros relacionados con la gobernanza o la incapacidad crónica para la recaudación fiscal, señalan aspectos estructurales relacionados con la desigualdad y la distribución habitual de la salud en la población residente en España. Estos aspectos estructurales, junto con otros elementos como el número de viajeros internacionales o la tasa de actividad probablemente tengan una mayor capacidad explicativa de la deriva de la pandemia por los diferentes países mucho mayor que las decisiones a las que señalamos habitualmente (la mascarilla, el toque de queda, el confinamiento perimetral o la PCR en el aeropuerto); decisiones, por otro lado, bastante homogéneas en todo el mundo.

Si la pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia nuestra crisis matrioshka, hay que señalar que esta matrioshka, sin duda, no está compuesta de aspectos coyunturales, sino que señala a la estructura, tanto de la sociedad y el modelo de organización política y económica, como del sistema sanitario, su distribución de fondos y sus jerarquías de saberes y prioridades.

LO QUE LA SITUACIÓN DE LO-QUE-NO-SE-VE NOS DICE SOBRE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

En los meses de mayo y junio comenzaron a salir varios textos acerca de cómo afrontar el escenario post-COVID en términos de organización del sistema sanitario(6): aumentos del número de camas de UCI, flexibilización de las condiciones laborales para poder mover a los profesionales con mayor facilidad, aumento de la capacidad industrial propia, poner el foco en el ámbito sociosanitario, mejorar la capacidad de respuesta y la agilidad institucional, etc. Eran múltiples las propuestas que se condimentaban con otra más: fortalecimiento de la salud pública, la atención primaria y los servicios de salud mental (esto último para hacer frente a esa autopropósita autocumpli-

da denominada “la cuarta ola del COVID-19”, correspondiente al incremento de los trastornos mentales tras la pérdida y el confinamiento).

“Fortalecer” es la forma en la que denominamos lo que hacer con unos niveles asistenciales con los que no sabemos bien qué hacer. La misma posición desde la que se exige un incremento a perpetuidad de las camas de UCI no puede responder satisfactoriamente a las necesidades del ámbito de la salud mental comunitaria, la salud pública o la atención primaria; no puede hacerlo, entre otras cosas, porque no se trata solamente de una redistribución en el marco presupuestario (no se arregla con más dinero), sino principalmente del reconocimiento de las estructuras de base comunitaria y territorial como elementos centrales de un sistema que necesita atender a la población de forma integral, coordinada y articulándose con el resto de dispositivos de atención.

Preparar el sistema para que en una situación similar responda mejor es prepararlo para que responda, también, de manera más justa, y esto solo puede pasar por alejarse de dinámicas de centralidad de la subespecialización y de la tecnologización biomédica que, probablemente, van a ganar más fuerza tras una pandemia a la que hemos dado respuesta ensalzando los valores de la certeza diagnóstica y el abandono de todo resquicio de duda o incertidumbre.

LA JUSTICIA SOCIAL COMO LA ÚNICA SALIDA

Para terminar este artículo, cabe preguntarse si la reivindicación de un sistema sanitario más equitativo se puede articular más allá del discurso teórico; esto es, cuáles son los elementos concretos que deberíamos aplicar a nuestras políticas (en lo macro, lo meso y también lo micro) para favorecer que tuvieran un impacto positivo sobre la equidad y la justicia social.

Hablar de equidad en salud es hablar de justicia social(7); mientras que muchos filósofos han abordado esa afirmación, son menos los salubristas que han tratado de operativizar qué implicaciones tiene en el diseño de políticas de salud.(8) Jennie Popay, en unas jornadas sobre profesionales sanitarios y equidad celebradas en Madrid en 2019, señalaba seis acciones que deberían incorporarse a la práctica de los profesionales sanitarios y a los servicios de salud en su conjunto para hacer de la justicia social uno de los objetivos para lograr sociedades más equitativas y más sanas:

- Diseñar acciones que pongan el foco en fomentar y construir nuevas capacidades no solo desde lo individual, sino también desde el abordaje de las capacidades colectivas.



Fuente: unsplash

- Evitar la perspectiva de los estilos de vida, tan centrada en la responsabilización (o incluso culpabilización) individual.
- Vincular la identificación de activos en salud con el análisis de las dinámicas de poder.
- Abandonar la estigmatización de las personas y los lugares, construyendo narrativas positivas que hablen sobre y partan de comunidades que ostenten menos poder.
- Desarrollar el poder interno y el poder conjunto trabajando con otros colectivos y comunidades, tratando de desarrollar sistemas de salud resilientes con perspectiva de equidad.
- Redefinir el concepto de «experto», valorando los saberes experienciales, así como los que parten del conocimiento situado, de individuos y comunidades

Estos elementos, fundamentales para hacer que las medidas sanitarias que se tomen sean más justas (o, al menos, menos injustas) habrían cambiado las medidas tomadas durante la pandemia (y las que tomaremos con posterioridad) si hubieran estado en el centro del diseño de las mismas. Además de incorporar estos elementos, otro aspecto importante para poner la justicia social en el centro es introducir en el análisis los elementos no productivos de la sociedad; en el caso de la pandemia, además de los cuidados previamente mencionados, uno de los aspectos *no productivos* más olvidados ha sido el del derecho a la educación por parte de la infancia. Citando un artículo recientemente publicado en la revista FMC:

“Poner la apertura de los centros educativos como objetivo central a conseguir es una buena manera de hacer entender que muchas de las actividades que son fundamentales para el correcto desarrollo de muchos miembros de nuestras sociedades solo se podrán desempeñar de manera aceptablemente segura si el nivel de transmisión comunitaria es muy bajo, y eso es algo que solo se podrá lograr con una salud pública y

una atención primaria que funcionen como las puntas de lanza de la respuesta a la pandemia, y no como los sumideros por los que se trata de contener lo que falla en otros sitios.”(9)

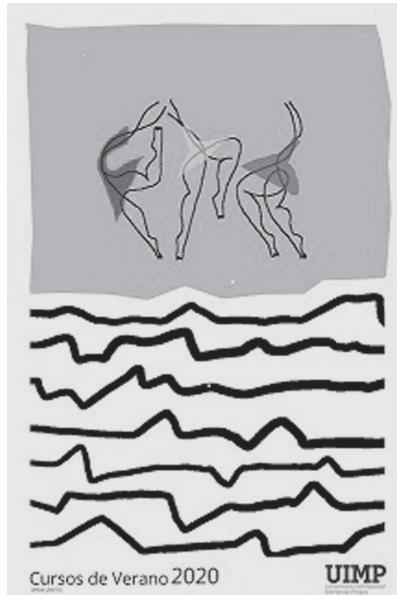
Pensar las respuestas de salud pública no solo con una suerte de velo de ignorancia rawlsiano que nos haga ponernos en la piel de quienes pueden no salir beneficiados de esa respuesta, sino trascender esa idea del sujeto liberal universal e introducir en los ámbitos de diseño de las políticas y medidas a las personas que van a verse afectadas por ellas parece la única forma de, verdaderamente, integrar los elementos señalados por Popay para la justicia social sin caer en una representación fallida de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fraser N. Fortunas del feminismo: del capitalismo gestionado por el estado a la crisis neoliberal. Madrid; Quito: Traficantes de Sueños; IAEN-Instituto de Altos Estudios Nacionales del Ecuador; 2015.
- (2) Smith KF, Goldberg M, Rosenthal S, Carlson L, Chen J, Chen C, et al. Global rise in human infectious disease outbreaks. *J R Soc Interface*. 6 de diciembre de 2014; 11(101): 20140950.
- (3) Riechmann J. En el mundo de las muchas crisis. Cuadernos de sostenibilidad y patrimonio natural. 2010; (19): 44-52.
- (4) Padilla Bernáldez J, Gullón P. Epidemiocracia: nadie está a salvo si no estamos todos a salvo. Madrid: Capitán Swing; 2020.
- (5) Covid exposed massive inequality. Britain cannot return to «normal» | Michael Marmot [Internet]. The Guardian. 2020 [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2020/dec/15/health-inequalities-covid-ucl-government-policymaking>
- (6) Meneu R, Ortún V, Peiró S, González López-Valcárcel, Hernandez I, Ibáñez P. La salida: Mejorar la capacidad de respuesta sanitaria (y social) - Blog Economía y Salud [Internet]. [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.aes.es/blog/2020/04/19/la-salida-mejorar-la-capacidad-de-respuesta-sanitaria-y-social/>
- (7) Venkatapuram S. *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach* [Internet]. Cambridge: Polity Press; 2011 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.wiley.com/en-us/Health+Justice%3A+An+Argument+from+the+Capabilities+Approach-p-9780745650340>
- (8) Suárez Álvarez Ó, Fernández-Feito A, Vallina Crespo H, Aldasoro Unamuno E, Cofiño R. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. *Gac Sanit*. 1 de noviembre de 2018; 32(6): 579-81.
- (9) Padilla Bernáldez. La pandemia de COVID-19 tras la primera ola: ¿hacia dónde mirar y qué mejorar? FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1 de enero de 2021; 28(1): 1-3.

hem(0)s estado...

SEMINARIO COVID-19 Y SALUD MENTAL. UNIVERSIDAD INTERNACIONAL MENÉNDEZ PELAYO. Santander 2020



Fuente: UIMP

INTRODUCCIÓN

Aunque breve y preciso, el título “Salud Mental y COVID-19” puede ser interpretado de diferentes formas. Una visión reducionista se centraría en describir lo que se sabe sobre cómo la infección del virus sobre el organismo afecta al dominio conceptual que abarcan las enfermedades mentales.

No es esa la intención de este texto. Entendemos la COVID-19 como una pandemia, como un problema colectivo que se instala en la sociedad. Y la salud mental como la confluencia de muchos factores que influyen en su mantenimiento, en su promoción, en su recuperación o en su ruina.

Para ello resumimos una parte de las aportaciones de un seminario sobre el tema celebrado en agosto.

La perspectiva que proponemos es inabarcable. Más aún cuando, ni en el momento de celebrar el seminario ni en el momento de redactar estas líneas, la pandemia se ha dado por erradicada y las previsiones iniciales ya están desbancadas por los hechos.

Por eso es necesario hacer una selección.

“La perspectiva que proponemos es inabarcable...ni...la pandemia se ha dado por erradicada y las previsiones iniciales ya están desbancadas por los hechos.”

Un simple repaso a las emociones que hemos vivido en los últimos meses, desde la subjetividad de cada persona, es la mejor manera de entender la complejidad del empeño.

¿Cómo nos hemos guiado entonces? En primer lugar, hemos querido huir de una posición de falso saber. A lo largo de estos meses, era frecuente ver en los medios de comunicación a profesionales de la salud mental opinando y aconsejando sobre cualquier aspecto de la cotidianidad o la excepcionalidad de la pandemia. Pretender tener un conocimiento riguroso a día de hoy, sería fraudulento. Como escribíamos en el pronunciamiento que hicimos desde la AEN, vamos a evitar constituirnos tanto en filósofos del subjuntivo, como en profetas apresurados, interesados o apocalípticos.

Pero sí que sabemos cosas y sí que podemos poner sobre la mesa aportaciones.

*) El resumen, la selección y la redacción final son responsabilidad exclusiva de sus coordinadores. Las intervenciones de los y las ponentes pueden seguirse completas en los siguientes enlaces que están disponibles en abierto en el canal de la UIMP (uimptv.es)
https://www.uimptv.es/video-3443_covid-19-y-salud-mental-iv.html
https://www.uimptv.es/video-3442_covid-19-y-salud-mental-iii.html
https://www.uimptv.es/video-3441_covid-19-y-salud-mental-ii.html

Hay tres aspectos que pensamos que han de sustentar cualquier reflexión sobre la Salud Mental, dentro de esa perspectiva amplia de la que hablamos.

Una muy clara es que no es posible elaborar un discurso sobre el sufrimiento psíquico sin contar con la experiencia vivida en primera persona, por los ciudadanos y ciudadanas con quienes trabajamos y a quienes acompañamos. En primer lugar, es una cuestión ética, un derecho de quienes no pueden ser ya más tenidos como objetos. Pero también es la única forma segura de avanzar en una forma de ciencia participativa en la que deberían convertirse las disciplinas de la Salud Mental.

Íntimamente relacionado con esto, es el extremo cuidado por no vulnerar los derechos humanos. El conflicto entre la coerción y la emancipación está en la esencia de la Psiquiatría y sólo un fuerte anclaje en los derechos humanos fundamentales, nos permitirá sostenerlo decentemente. En este sentido, para nosotras y parafraseando a Fernando Santos Urbaneja, *los y las juristas son también profesionales de la Salud Mental y que a nadie le extrañe que estén presentes en este curso.*

Hemos enfatizado también la importancia de lo social en un sentido también amplio. Tanto en el impacto de la determinación social en los efectos sobre la salud (y no solo mental) de la irrupción del coronavirus en nuestras vidas, como en la manera en que determinadas dinámicas, determinados ejes de opresión y emancipación dañan o ayudan. Y también a la hora de entender cómo se construyen las emociones en sus contextos históricos y sociales. Aquí nos ayuda mucho la visión de los historiadores, que hemos incorporado desde el principio.

La atención a la Salud Mental se sostiene en una multitud de encuentros, que queremos cada vez más próximos a los lugares de vida y sufrimiento, más diversificados y más integrados en las comunidades, cercanos y presenciales. Todo esto nos va a tocar reinventarlo. Va a ser muy complicado y tendremos que huir de las soluciones simplistas que acaban convirtiéndose en nuevas instituciones.

Como iremos descubriendo, esta crisis ha enfatizado aspectos que ya sabíamos, nos ha alertado sobre otros, y nos ha sorprendido al descubrir tanto lo que ha aguantado bien, como lo que se ha quebrado. Nos ha hecho a todos y todas entender que la vulnerabilidad está ligada a la condición humana y no es una cosa de los otros.

ANTECEDENTES

La aparición de la pandemia en nuestras comunidades nos ha sorprendido sin antecedentes cercanos, tanto temporal como



Fuente: pixabay

conceptualmente. No existía un conocimiento asentado y generalizable acerca de las interacciones entre la pandemia y la salud mental. Los datos recogidos en las primeras revisiones, urgentes y apresuradas, se referían a situaciones que eran de dimensiones y características muy diferentes a las que se están viviendo.

Por otro lado, la metáfora de la crisis *matrioshka* complica más aún la búsqueda de antecedentes o referentes. En efecto, como ocurre con las muñequitas rusas, el binomio salud mental-COVID-19 se incluye en una sucesión de muñecas que contienen y son contenidas. Se inserta en una crisis de los sistemas sanitarios, encerrada en una crisis del estado del bienestar y un incremento de las desigualdades, destructora del equilibrio entre equidad y reconocimiento, entre producir y cuidar, que a su vez proviene de decenios de políticas neoliberales, que tampoco son ajenas a la catástrofe medioambiental que facilita que una secuencia diminuta de material genético contagioso lo desbarate todo.

En el terreno estricto de la Salud Mental, la pandemia aparece en un momento en el que se vislumbra un cambio de paradigma o, al menos, de agotamiento del núcleo del paradigma vigente desde el último cuarto del siglo XX. Sin que quede claro aún si los acontecimientos van a llevar a su blindaje o a su transformación.

Una pandemia desconocida e incierta se combina con una teoría y una práctica de la Salud Mental poco preparada para el reto, sustancialmente compleja y en un periodo de cambio. Con estas condiciones, el programa del seminario ha de ser abierto y amplio de miras, curioso y ávido de conocimiento y modesto y creativo en sus propuestas.

ESTRUCTURA

El seminario se divide en conferencias y mesas redondas que se dispusieron a lo largo de dos días en el Palacio de la Magdalena, sede de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. En este artículo se hará un primer resumen, apresurado, de las tres primeras, que podríamos denominar una perspectiva de Salud Mental no sanitaria. Hecha desde el centro del problema, pero no desde el sistema asistencial ni sus profesionales. Incluye las ponencias de la primera jornada que son:

La cultura emocional de la pandemia. Una mirada histórica

Enric Novella Gaya

Profesor Titular de Historia de la Ciencia

Universitat de València

En primera persona

Dolores Romero Jimeno

Presidenta de la Federación Andaluza de Asociaciones de Salud Mental En Primera Persona

Derechos en crisis

M. Àngels Porxas Roig

Doctora en Derecho

Universitat de Girona

María Fuster Blay

Abogada especialista en Salud Mental, Valencia

Para estructurar este documento resumen se ha optado por redactar un texto que sumarice el contenido de las ponencias y los debates siguiendo su disposición durante el seminario y adelantar unas conclusiones.

LA CULTURA EMOCIONAL DE LA PANDEMIA. UNA MIRADA HISTÓRICA

Las pandemias están documentadas en la historiografía occidental al menos desde la Antigüedad Clásica Griega. Su estudio no solo ha interesado a la Historia de la Ciencia o de la Medicina, sino que forma parte de la Historia General por su especial impacto en determinados momentos y transiciones. Además, han dejado también su huella en la Historia de la Literatura de donde se pueden extraer muy buenos testimonios.

La Psiquiatría y, en general, las ciencias vinculadas a la Salud Mental son relativamente recientes y no han tenido ocasión de ocuparse del impacto de las pandemias u ofrecen una información muy pobre. Existe una ausencia de memoria cultural que coincide con los momentos en los que la Psiquiatría desarrolla sus instituciones y sus prácticas. La única excepción es la infec-

ción por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, pero sus características no son comparables a las de la presente pandemia.

Para una aproximación histórica hay que echar mano de las fuentes más amplias, incluyendo las de carácter literario y seguir la pista a las descripciones de las respuestas emocionales de las colectividades. La idea es construir una historia de la cultura emocional de las pandemias, indagando sobre las emociones básicas que en ellas aparecen y sus respuestas. Se trataría así de describir el régimen de experiencias y comportamientos individuales y colectivos que han aparecido en relación con las pandemias.

La COVID-19 constituye una reactivación de una memoria emocional que acompañó a la humanidad durante siglos y se perdió a lo largo del siglo XX.

Este régimen y esta memoria se desarrollan a partir de una emoción nuclear que es el miedo. Y este, entendido en su dimensión colectiva en Occidente.

Hay una cultura del miedo con cierta especificidad más allá de la universalidad.

La conferencia se propuso ofrecer una aproximación a la historia de los brotes epidémicos desde el punto de vista de la experiencia de los mismos. Tomando el miedo como emoción nuclear en el afrontamiento individual y colectivo de este tipo de crisis y partiendo de la fuerte impronta cultural de la experiencia del miedo, la presentación trató de reconstruir el régimen de experiencias y comportamientos que se ha ido configurando en Occidente como consecuencia de la presencia continuada de las enfermedades epidémicas a lo largo de la historia. Así, y tras revisar algunos episodios de gran impacto sanitario y significación cultural como la peste negra del siglo XIV, la irrupción del cólera en la Europa decimonónica o la pandemia de gripe de 1918-19, se examinaron sucesivamente y con la ayuda de diversas fuentes (clásicos literarios, crónicas, tratados, memorias, etc.) algunos de los elementos nucleares de dicho régimen como la negación, el pánico, la inseguridad, la incertidumbre, la desconfianza, la soledad, el heroísmo (y la cobardía), el castigo, la culpabilización, el exceso, el desaliento y, finalmente, la locura. Para finalizar, se apuntaron algunas de las formas y vías culturalmente establecidas para abandonar toda esta atmósfera emocional (desde las más marcadas por la cosmovisión religiosa tradicional a las más proclives a encorazonarse a la ciencia como religión secular del mundo contemporáneo) y se plantearon algunos de los grandes retos a los que se enfrenta la sociedad actual tras recuperar traumáticamente la memoria colectiva de las enfermedades epidémi-

cas y asistir perpleja y estremecida a un evento que sin duda tendrá importantes consecuencias en su particular relación con el miedo.

EN PRIMERA PERSONA

Desde la experiencia vivida en primera persona y desde el movimiento asociativo la pandemia ha permitido enfatizar algunas cuestiones.

El Real Decreto que declara el estado de alarma traslada al conjunto de la población una experiencia de confinamiento, restricción de la movilidad y soledad impuesta que estaba siendo ejercida sobre el colectivo de personas con diversidad mental. Una limitación ejercida desde fuera o autoimpuesta, pero que pasa a ser la norma. Y, en ese momento, lo que es vivencia cotidiana de muchas personas se convierte en una calamidad que va a surtir efectos dañinos sobre la salud mental de la población. Cuando ya estaba instalada en las vidas de muchas personas vulnerables (¿o ya vulneradas?) por problemas de Salud Mental.

Inmediatamente surge la necesidad de legislar la excepcionalidad que se ha de aplicar a las personas con discapacidad. La norma es cuidadosa en el lenguaje y prefiere los términos de persona especialmente vulnerable o con discapacidad, frente a trastorno mental o disminución. Pero la fuerza del estigma como una asociación casi refleja de ideas vuelve a aparecer cuando se habla de que “el autismo y las conductas disruptivas que puedan ser agravadas por el confinamiento” son una causa de fuerza mayor para aliviarlo.

En este juego de contradicciones la etiqueta diagnóstica o el “título” de discapacidad para ser un salvoconducto. Y quienes no la pueden exhibir se quedan en el estatuto de los “sin papeles”.

¿Una etiqueta que abre el acceso a prestaciones que ya tienes por derecho y que al mismo tiempo te pone en peligro de que se vulneren esos derechos? Una grieta en la racionalidad salta ya en pedazos en los primeros momentos del estado de alarma.

Se habla también el estatuto del psiquiatralizado cuya misión es regular las relaciones clínicas a partir del otorgamiento de una etiqueta diagnóstica. Una distorsión que toma la parte por el todo, el enfermo por la persona, lo que no se puede frente a las fortalezas.

Se discute en el debate acerca de su utilidad y de sus riesgos, insistiendo en la frecuencia con lo que la discriminación positiva pasa a ser discriminación sin adjetivos. Más allá de precarias ganancias secundarias, el balance no suele ser favorable.



Fuente: pixabay

Legislar no es suficiente. Más aún cuando son leyes que señalan que los derechos que ya están reconocidos no se ejercen y que los apoyos y salvaguardas para su pleno disfrute no se aplican. Garantizar que se cumplan los derechos que son de todos y de todas. Se trata de un proceso de reconquista de los derechos, de ganancia de poder, que es una parte de un proceso único, personal y autónomo como es el empoderamiento.

Todos compartimos el miedo y la incertidumbre como núcleos de la experiencia emocional de la pandemia. Vemos el riesgo de que estas vivencias sean patologizadas, privándolas así de la respuesta colectiva y compleja que merecen. Primando el controlismo. Desde la experiencia del movimiento en primera persona se manifiesta la importancia de los tiempos, del largo plazo y también la necesidad de asumir riesgos. Centrándose en idear los apoyos y las salvaguardas necesarias.

Conviene mencionar también, desde el colectivo, la clara percepción de que el sistema de atención sanitaria y social no estaba preparado para esta catástrofe. La dificultad de acceso a las consultas, la opción por las formas más simples de atención, las luces y las sombras de la teleasistencia, la complejidad de los sucesivos “protocolos” y, sobre todo, la re-segregación de los más vulnerables entre los vulnerables, son algunos de los ejemplos.

Es fácil enlazar desde aquí con el tema de la crisis de los derechos.

DERECHOS EN CRISIS

La manera en que, desde el mundo del derecho, se conceptualiza el sufrimiento psíquico, está íntimamente ligada a cómo se hace en cada momento histórico. Y, en la medida en que,

desde hace 200 años esa conceptualización está muy ligada a las instituciones y las prácticas de la psiquiatría, al desarrollo de esta disciplina y los discursos que son hegemónicos en ella. Consideramos tres modelos, que se suceden y también solapan, sin que la aparición de uno suponga la erradicación del anterior. Son el modelo de prescindencia, el rehabilitador-médico y el social. Los dos primeros ponen el foco en el individuo y en su “minusvalía” y el tercero en las barreras sociales y del entorno para el ejercicio de los derechos y el desarrollo de la personalidad individual, por razón de la divergencia psíquica o funcional de la persona. En el primero, la persona no es considerada como un sujeto de derecho, ni siquiera como una persona. En los otros dos, sí que hay una consideración de ciudadanía, aunque en el segundo, esta se ve condicionada por la lógica de la racionalidad y la capacidad. Sin ella, se accede a una “ciudadanía restringida”. Se es ciudadano bajo la condición de paciente, de objeto de cuidados.

El modelo social nace del activismo en primera persona que se extiende entre diferentes movimientos de personas con discapacidad y discurre por caminos similares al de otras luchas por el reconocimiento y la plena y efectiva igualdad en relación con el género, la raza, la nación...

En la medida en que este modelo prioriza la eliminación de las barreras y la facilitación de apoyos para el ejercicio de los derechos y la condición de igualdad, se vincula totalmente con el campo de los Derechos Humanos, al poner en la sociedad la responsabilidad de su reconocimiento y satisfacción. El marco jurídico que garantiza este modelo ha de erradicar cualquier tipo de discriminación de acceso por razón de discapacidad y facilitar el disfrute de las oportunidades en pie de la igualdad. Es precisamente la diversidad en la capacidad la que otorga el derecho.

De la misma manera en que el marco conceptual con el que se ve al loco o al diferente, marca su consideración en el mundo

del derecho; un desarrollo jurídico cercano al modelo social promovería cambios en la manera de atender a la peculiar modalidad de discapacidad que es el sufrimiento mental. Un hito clave en este proceso es la proclamación (y posterior ratificación) de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) por las Naciones Unidas en 2006. Alejada del dogma de la capacidad y la racionalidad, deja sin amparo todas las medidas que en marcos jurídicos anteriores estaban “justificadas” por su ausencia y que daban carta de legalidad a las medidas coercitivas.

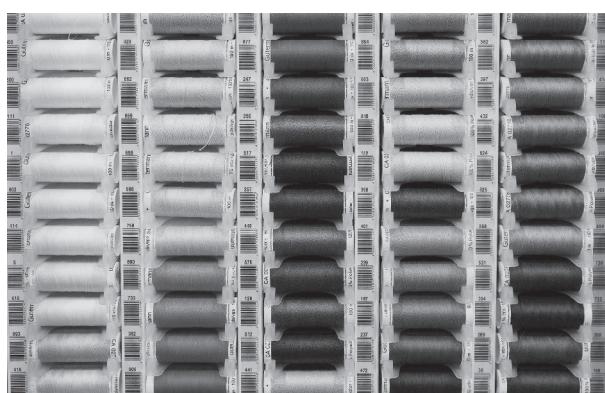
La Convención no ha sido adecuadamente implementada en las legislaciones nacionales con un marcado retraso en los aspectos referidos a la Salud Mental.

Dentro de esta forma de entender la discapacidad y en el campo de la Salud Mental se examina lo que ha ido ocurriendo durante este periodo extraordinario de pandemia. Había ya una exclusión de inicio al acceso a la salud y la información que se ha agravado. Incluyendo la brecha digital y añadiéndose algunas recomendaciones sobre priorización de intervenciones críticas que se basaban en el “valor o utilidad social”. Una manera de visualizar esta crisis de los derechos durante la pandemia es observar cómo se ha vivido una sobrepenalización del colectivo de personas con diversidad.

Los que vivían en espacios institucionalizados, porque estos lugares han concentrado la mayor parte de los contagios. Los que necesitan apoyos para la vida independiente, porque las restricciones les han privado de ese servicio. La pérdida del empleo o del acceso a la educación inclusiva ha penalizado más a quienes necesitan apoyos para su ejercicio. Se agrava la exposición a la violencia, de la que ya eran víctimas previas, una violencia a la que están sobreexpuestas las mujeres con problemas de salud mental.

Se ha puesto a prueba, también, la capacidad de inclusión del sistema judicial y no ha estado a la altura. Los mínimos avances formales no ha resistido a la pandemia y la necesidad de una profundización de este proceso se ha hecho más manifiesta. Es difícil que esto pueda llegar a ser real sin contar con la perspectiva del colectivo de personas con diversidad, también en el ámbito judicial.

En la gestión de la pandemia, la población general ha podido experimentar los efectos de un falso dilema, que se da en el día a día de las personas con problemas de Salud Mental: el falso dilema entre la salud y la libertad, que sólo se puede entender si se enmarca en un concepto individual de salud y no en su dimensión social y de derechos. También por la “jerar-



Fuente: pixabay

quía” de derechos que separa unos derechos civiles y políticos de primera línea y otros sociales, económicos y culturales de segunda línea, condicionados por criterios economicistas. Los derechos nos son divisibles y están siempre interrelacionados.

Algunas medidas como el Ingreso Mínimo Vital apuntan un cambio de orientación que también merece la pena registrar antes de cerrar el balance.

Cuando hablamos desde el terreno de la práctica jurídica nos encontramos, ante todo y desde el principio, con el cierre de la actividad judicial, salvo algunos procedimientos más urgentes. El amparo judicial desaparece y afecta más a quienes más lo necesitan. Los ingresos involuntarios sí que se consideran como urgentes, pero muchos otros procesos de modificación de la capacidad de obrar, donde los ciudadanos afectados se juegan mucho, quedan en el aire.

Por otro lado, las sucesivas regulaciones que aclaran e interpretan las aplicaciones del estado de alarma han tenido efectos paradójicos. Un exceso de regulación puede ser contraproducente sobre todo si su aplicación es poco clara. A veces, cuanto más se regula más se complican las cosas.

Además, la conflictividad que se esperaba y para la que se aplicaron las medidas ha sido sorprendentemente baja. Posiblemente porque se regulaba desde unos estereotipos acerca del comportamiento enloquecido que están muy sesgados.

La dureza de las medidas de limitación de la movilidad ha sido mucho más dolorosa en los lugares en los que ya estaba limitada y aún se ha reforzado más: viviendas tuteladas y residencias. Y sobre todo y de una manera muy clamorosa, en las prisiones.

Todo esto sería encuadrable dentro del colapso general.

Menos lo es, el plan de choque que puso en marcha el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ). Este documento recoge tanto medidas transitorias como modificaciones más duraderas. Es un documento sensible en las intenciones, pero muy marcado por conceptualizaciones desfasadas del sufrimiento psíquico.

Cuando el acceso a la justicia entra en crisis para todos, nos hemos dado cuenta de la importancia de facilitar este acceso a las personas con discapacidad. Una justicia que debería ser para todos, adaptada y amigable, acompañada en los tiempos y que contemple la presencia de facilitadores y elementos de apoyo en el proceso.

El CGPJ también ha comprendido la necesidad de ser más vigilante de las situaciones que se dan en las residencias, en los ámbitos de la garantía de los derechos. Pero, al mismo tiempo, ha habido lugares de vida colectiva de personas con problemas de salud mental que han prolongado innecesariamente la restricción de movilidad, cuando el resto de la ciudadanía ya se había liberado de ellas.

Al mismo tiempo, la sobrevaloración del uso de procedimientos telemáticos y algunas cuestiones procesales como la sustitución del trámite de audiencia por la presentación de alegaciones por escrito, ha puesto en cuestión estas garantías. En procesos tan sensibles como los que afectan a la modificación de la capacidad de obrar hay que ser muy cuidadosos en asegurarse que todas las partes están entendiendo lo que pasa y disponiendo de elementos para alcanzar las soluciones más adecuadas. De lo contrario, el supuesto “traje a medida” que se pretende facilitar con estas medidas sigue siendo una “muerte civil” y quebradero de cabeza en las cuestiones cotidianas.

Se habla mucho del riesgo de medicalización o psicologización de los problemas, pero se advierte del riesgo de la judicialización. Más que nunca, en este periodo, el sistema judicial ha reflejado el fracaso del sistema de apoyo social y sanitario. Lo que no encuentra la respuesta adecuada en el sistema formal o informal de cuidados, acaba activando la maquinaria judicial.

En el debate posterior se suscitan cuestiones sobre el tratamiento ambulatorio voluntario, una institución existente en diferentes formas en todo el territorio, pero cuestionada como un eslabón más en una serie de medidas coercitivas.

Se discute también el doble filo que puede representar algunos aspectos del modelo social, que puede ser reapropiado desde la óptica neoliberal como un refuerzo del individualismo, del individuo como empresario de sí mismo y de la exaltación acrítica de la autonomía. Quizás una solución es hablar de un modelo de diversidad, sin adjetivos, en el que diversidad es una parte de la condición humana que puede requerir o no la oferta de apoyos y que determina el derecho a erradicar las barreras.

Se hace también un llamado a que en el proceso de búsqueda de estos apoyos idóneos que fomenten la autonomía, no sustituyan a la persona y garanticen el pleno ejercicio de los derechos, se haga un esfuerzo colectivo de imaginación. Para buscar soluciones construidas en común. En este sentido también se subraya que el movimiento asociativo ha ido progresivamente ganando interlocución en muchos foros de la administración e incluso participado en órganos consultivos, excepto en el campo de la administración de justicia.

A partir de la consideración de la persona como objeto o como sujeto de cuidados, se pone sobre la mesa la reconsideración del cuidado y el buen trato como una necesidad básica del ser humano, garante y no sustitutiva de su emancipación.

Se cuestiona la importancia que estos temas tienen en la ciudadanía “común”. ¿A quién le importa lo que pasa en las residencias o en los procesos de incapacitación? ¿Qué presencia tienen en la agenda pública? Como un ejemplo de esto, se cita la escasa presencia de los asuntos relacionados con la discapacidad en la formación de los juristas y la contraparte en la de los profesionales de la asistencia.

CONCLUSIONES Y ELEMENTOS PARA EL DEBATE

Las ponencias expuestas dejan de manifiesto la necesidad de incorporar miradas diversas para entender cualquier aspecto de la Salud Mental. En el caso de la Salud Mental y la COVID-19 estas miradas son muy enriquecedoras. También se puede plantear en sentido contrario, considerando los efectos de no atenderlas.

La pandemia nos pilla como sociedad y como campo de conocimiento, privados de la memoria colectiva de las anteriores pandemias. Esta memoria configuró en Occidente un régimen de experiencias y comportamientos a los que ahora asistimos confundidos y sin recursos culturales compartidos para afrontar su impacto. Un repaso detenido de los elementos de esta “cultura emocional” evita sacar conclusiones apresuradas basadas en la experiencia concreta de los servicios asistenciales o en la aplicación acrítica del saber psiquiátrico desmemoriado. Los patrones de respuesta que recuperamos continúan también el debate entre los aspectos universales y los culturales y sociales en su génesis.

La mirada histórica deja abierta la cuestión del sentido de los cambios esperables.

La pandemia y las respuestas para combatirla han extendido al conjunto de la población de determinantes y condiciones vitales que ya estaban presentes en la cotidianidad de muchas personas con problemas de Salud Mental. Por otro lado, ha habido una compleja sucesión de medidas reglamentarias a lo largo del estado de alarma que han tenido en cuenta al colectivo. Sin embargo, tanto la difusión del riesgo de padecer “una enfermedad mental” a consecuencia de la pandemia y del confinamiento, como el doble filo de las medidas de “discriminación positiva”, resaltan unas contradicciones que el movimiento en primera persona pone habitualmente encima

de la mesa. Ya sería un buen resultado que se diera visibilidad e importancia al sufrimiento mental como algo que forma parte esencial de la diversidad y la fragilidad humana, que se entendiera su afrontamiento como una cuestión compleja y universal y que el logro del reconocimiento de los derechos se culmine con el derecho a ejercer los derechos.

También ha sido una vivencia compartida la del colapso del sistema sanitario y social sobrepasado por la catástrofe de la pandemia, la manera autónoma y creativa con lo que se ha paliado, mejor o peor, con medidas de mayor o menor riesgo de quedarse para siempre, este colapso. Otra reflexión general se refiere a la asunción de riesgos y su contrapartida de oferta de apoyos.

El mundo del derecho, tanto al nivel de las normas, como en el de la práctica procesal, ha sido un observatorio privilegiado de lo que ha pasado y un laboratorio de ideas.

Derecho y Salud Mental comparten una misma conceptualización de la discapacidad y el sufrimiento psíquico, sometida a discursos hegemónicos, que van cambiando y solapándose con el tiempo. Los mecanismos con los que operan son diferentes y la colaboración entre ambos espacios crea una gran diversidad de instituciones. Estas están todavía muy decantadas hacia el polo de la coerción y la sustitución, frente al de los apoyos y las decisiones compartidas.

La plena igualdad jurídica que ya reconoce el ordenamiento vigente se traslada perezosamente a la legislación ordinaria. A un ritmo que marca la cohabitación de diferentes maneras de entender la diversidad, la complejidad de trasladar a la atención cotidiana las prácticas que se necesitan y, la misma insuficiencia del sistema sanitario y social. La judicialización puede ser un amparo, pero también una muestra del fracaso del sistema. En estos tiempos de pandemia hallamos numerosos ejemplos encuadrables este contexto.

Los polos del debate, aún abierto, se reflejan bien en dos párrafos de dos filósofos. Dice Byun Hul Han, “el virus no vencerá al capitalismo. La revolución viral no llegará a producirse. Ningún virus es capaz de hacer la revolución. El virus nos aísla y nos individualiza. No genera ningún sentimiento colectivo fuerte”. Y, frente a esto, señala Slavoj Žižek: “lo importante es reflexionar sobre el triste hecho de que necesitamos una catástrofe para ser capaces de repensar las mismísimas características básicas de la sociedad en la que vivimos”.

Mikel Munarriz

El panóptico

El actual número del Panóptico se encuentra secuestrado de forma cautelar como parte de los acuerdos de la Unión Europea con la farmacéutica Áspera-Séneca, así como de las negociaciones pesqueras del postbrexit. Lamentamos los inconvenientes y esperamos que ambos conflictos sean resueltos a la mayor brevedad.



Fuente: unsplash

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. profesional de la Salud Mental, con título de
y con domicilio en

Población D.P.

Provincia

Teléfono Email

Centro de trabajo

Dirección Centro

Población Provincia

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

.....

Firma solicitante



www.amsm.es

AMSM

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2, local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. aen.amsm@gmail.com

web www.amsm.es