



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.

RESUMEN EJECUTIVO.....	3
INTRODUCCIÓN	5
EL SUSTRATO.....	6
LA RED DE SALUD MENTAL COMUNITARIA: LOS PROBLEMAS DE LA RED EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS.....	8
LA RESPUESTA DE LA RED DE SALUD MENTAL Y PLAN DE RESPUESTA ASISTENCIAL POSTCRISIS COVID-19.....	12
La primera ola de la pandemia y la red de Salud Mental	12
El Plan de Respuesta Asistencial en Salud Mental en la postcrisis por COVID19.....	15
La segunda ola de la pandemia y la red de Salud Mental	21
EL FUTURO DE LA PANDEMIA Y NUESTRAS PROPUESTAS	24
BIBLIOGRAFÍA	27

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA 2021

Miembro de la World Psychiatric Association y
Miembro de la World Federation for Mental Health
Calle Magallanes 1, sótano 2 local 4. 28015 Madrid.



RESUMEN EJECUTIVO

La pandemia producida por el virus del SARS-CoV2 ha sacado a la luz la precariedad y escasez de los sistemas de cuidados, de los servicios públicos y nos ha puesto delante 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.

El revulsivo que están suponiendo la pandemia y sus múltiples crisis asociadas (sanitaria, social, económica, de sistemas de cuidados) podrían 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.

Revisamos la situación de partida previa a la pandemia, el 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. Señalamos el déficit de financiación crónico de la atención a la salud mental, la pérdida de la orientación y el trabajo comunitarios, la fragmentación de la red y la ausencia de voces en primera persona como los problemas más acuciantes.

Planteamos propuestas para 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 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. Estas son las propuestas:

- Integrar la respuesta a la atención en salud mental en una perspectiva más amplia que contemple las condiciones de vida y las desigualdades como origen y perpetuador de los problemas de salud mental. Que cuente con la participación de las instituciones, las organizaciones profesionales, y con las voces en primera persona.
- 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.
- Son necesarios equipos profesionales que puedan orientarse a la comunidad, 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 de los profesionales debe poder asegurar longitudinalidad y continuidad.
- 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?

- Generar una mayor integración entre los dispositivos dependientes de sanidad y los de rehabilitación psicosocial. Lo mismo puede decirse de los recursos dedicados al tratamiento de adicciones.
- Sólo desde la longitudinalidad y la continuidad asistencial entre los ámbitos de Atención Primaria, Servicios Sociales y Salud Mental podemos brindar una atención que aporte una perspectiva psicosocial, no medicalizadora, que no sobrepatologice el sufrimiento y que no duplique (o triplique) esfuerzos inútiles en resolver problemas sociales con intervenciones sanitarias. Es necesario explorar vías que mejoren la coordinación y la participación entre niveles asistenciales y estructuras comunitarias.
- Tan importante como no patologizar respuestas humanas comprensibles en las crisis es asegurar que las personas que precisan tratamiento lo recibirán.
- Asegurar la accesibilidad a la red de Salud Mental.
- Reflexionar sobre los beneficios y los perjuicios de la teleasistencia para poder diversificar nuestra respuesta sin implantar un único modelo con potenciales problemas de calado de manera acrítica.
- Las instituciones han desatendido, respecto a los profesionales, sus funciones 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 el deber de guía en relación a los niveles de atención de contingencia y los estándares de atención en la crisis Consideramos necesaria la creación de espacios y canales de comunicación que permitan aprovechar lo aprendido en esta crisis para poder reducir el sufrimiento y reparar el daño.

INTRODUCCIÓN

Comenzamos 2021 envueltos en la mayor crisis sanitaria de la historia reciente. La pandemia producida por el virus del SARS-CoV2 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) podrían 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 la 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 la de Salud de la 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 y de los más jóvenes... 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

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 clínica, o de 0,45 a 0,40 terapeutas ocupacionales y de 0,61 a 0,33 auxiliares de enfermería ([ORCSM 2018](#)); todo ello muy alejado de las recomendaciones y ratios de organizaciones 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) las 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 conveniando 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 evitar 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 constituyentes 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 concierto, 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 biologicista 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 estructura 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 COVID-19.

Nos quedan muchas lecciones que aprender de la infección por SARS-COV2. 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 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 fuera 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 todo 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 el resto de especialidades), 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 necesaria 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 seguir 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 la 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 COVID19.

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, 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 COVID19:

“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” ([ORCSyA, 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 cual iba a ser la historia natural de la pandemia. Desde este lugar retrospectivo, reconocemos la ingenuidad (o la ceguera) con la que quizá 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; 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 COVID19 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 COVID19” (ORCSyA, 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 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” (ORCSyA, 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 incluyendo la variable del sufrimiento relacionado con los determinantes sociales de la salud esta demanda no se va a producir, se convierte en 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 tan 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 psicólogos 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 de la red, 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. Asimismo estamos ante una gran oportunidad para reformular el trabajo con primaria, una de las líneas estratégicas más débiles del Plan de Salud Mental.

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%, no justificando la vía por la que han llegado a esta cifra. A partir de la estimación de la prevalencia tratan de hacer una previsión de cómo ésta se traducirá en aumento de la demanda. De nuevo bajo un criterio no especificado realizan 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 más transparentes que justifiquen de una manera más pormenorizada el cálculo del aumento de la demanda. Otro hecho importante tiene que ver con el problema de la accesibilidad de la red de Salud Mental 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 acontecida durante los meses de agosto hasta el presente, que tampoco tiene visos de mejora en el corto plazo (primer semestre de 2021).

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 COVID19, 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 esto no sea un camino que 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 generando 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 ya 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 asociaciones de profesionales, 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 la misma 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, ayudas a autónomos...). Esas mismas dificultades en el acceso a recursos de diversa índole la 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 sufrían 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 quien tenía que morir por falta de recursos, ellos han sido los elegidos. Se han vulnerado derechos básicos, no solo en relación a 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 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 nuestro 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 adaptasen 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 ha 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 3300 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 flagrante: 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 ORCSyA produjo el plan post-crisis, 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?, ¿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 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 asimismo 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.

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 y 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 éstas 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. Asimismo 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 planteadas 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 la 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, que no sobrepatologice el sufrimiento y que no duplique (o triplique) 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. Asimismo 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 personas que precisan tratamiento lo recibirán.
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 habernos 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 un único modelo con potenciales problemas de calado de manera acrítica.

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/direcciones y, respecto a los no pocos errores cometidos, exista una disculpa oficial (pej, 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 (AMSM). 2020. COVID-19 y Respuesta de la Red de Salud Mental en Madrid. 31 de marzo 2020. <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. Sobre el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Boletín 45, primavera 2019. Editorial. <https://amsmblog.files.wordpress.com/2019/03/amsm-nc2ba-45.pdf>
- Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). 2016. Informe sobre la evolución de los recursos de recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2015.
- Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM). 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. Publicado en: <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.
- Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS). 2021. AMYTS interpone un recurso judicial contra la Comunidad de Madrid por incumplir los acuerdos de mejora de Atención Primaria. Enero de 2021. Artículo web. <https://amyts.es/amyts-interpone-un-recurso-judicial-contra-la-comunidad-de-madrid-por-incumplir-los-acuerdos-de-mejora-de-atencion-primaria/>
- Charlson, Fiona et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, Volume 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) 2020. Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed. ECDC Technical report. April 2020.
- Ferrero, Berta. 2020. Los 1.117 profesores de refuerzo se irán a la calle el día 22 pese a lo que se votó en la Asamblea. Diario El País. 22 de diciembre de 2020.
- Harvey, David. 2020 Anti-capitalist politics in the Time of COVID-19. Blog article. <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. March 2020.
- Huremovic, Damir. 2019. A mental health response to an infectious outbreak. Editorial 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. 2020. COVID 19 Resources – We're all in This Together. MadintheUK. Artículo de blog. <https://www.madintheuk.com/2020/03/covid-19-resources-were-all-in-this-together/>
- Kelly BD, Drogan E, McSherry B, Donnelly M. Mental health, mental capacity, ethics, and the law in the context of COVID-19 (coronavirus). Vol. 73, International Journal of Law and Psychiatry. Elsevier Ltd; 2020.
- Minué, Sergio. 2021. La nueva normalidad (X): la residencia como prisión de alta seguridad. Artículo de blog 21 de agosto de 2020.
- Negro, Mercedes y Peinado, Fernando. 2021. Madrid destina solo un 0,5% del fondo covid-19 a residencias y pobreza. Artículo periodístico. Diario El País. 5 de enero de 2021.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSA). 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 (ORCSyA). 2020. Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la postcrisis por covid 19. Mayo de 2020. Servicio Madrileño de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). 2020.
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO). 2018. List of Blueprint priority diseases". World Health Organization. 7 February 2018.
- Padilla, Javier y Gullón, Pedro. 2020. Epidemiocracia. Capitán Swing Editores. Madrid, España.
- 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. Retrieved from <http://undocs.org/es/A/HRC/35/21>
- The Lancet. 2020 Redefining vulnerability in the era of COVID-19. The Lancet, Volume 395, Issue 10230, 1089.
- Van Ommeren et al. Psychosocial and mental health assistance to populations affected by the tsunami: WHO projections and recommendations. BMJ; 330:1160-1; 2005.
- 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. 2020. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 13 de mayo de 2020.



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUETRÍA 2021

Miembro de la World Psychiatric Association y
Miembro de la World Federation for Mental Health
Calle Magallanes 1, sótano 2 local 4. 28015 Madrid.

