

INFORME TÉCNICO DA ASOCIACIÓN GALEGA DE SAÚDE MENTAL- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA EN RELACIÓN Á PSICOLOXÍA CLÍNICA NA ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

A asociación galega de saúde mental recibiu, con data de 12 de decembro, solicitude para avaliar a situación do servizo de psiquiatría de A Coruña no referente á psicoloxía clínica. Os dous feitos concretos para os que a opinión da asociación é requirida son:

-eliminación dun psicólogo clínico na atención á poboación infanto-xuvenil con posterior asignación dun psiquiatra como reforzo para “alixeirar a lista de espera”. Na actualidade, o sergas só conta cun psicólogo clínico para a valoración e tratamento de nenos e adolescentes na área sanitaria de A Coruña.

-imposibilidade de derivación directa dende atención primaria a FEA de psicoloxía clínica, rexeitándose as sucesivas peticións realizadas neste sentido dende fai anos cuns argumentarios que xira ao redor dun hipotético aumento das listas de espera e dunha escasa capacidade dos médicos de atención primaria para derivar correctamente.

A asociación galega de saúde mental participou, colaborou e asinou todos os procesos de construción de normativas e documentos referidos á saúde mental na comunidade autónoma de Galicia. A súa opinión é cualificada en razón de fundamentarse nas valoracións dos profesionais (é unha asociación multiprofesional) así como por repousar nela unha coautoría dos devanditos documentos. Así, en primeiro lugar, consideramos necesario poñer nun contexto normativo as decisións organizativas da xefatura de servizo e da xerencia da EOXI de A Coruña.

O decreto 389/94 malia a súa brevidade é moi contundente, propoñendo un novo modelo asistencial de orientación comunitaria que dera fin a un desastre asistencial crónico, cunha saúde mental de manicomios, por fóra do sistema de saúde e afastado de calquera consideración social ou psicolóxica no sufrimento mental.

Na evolución posterior do decreto cómpre deternos nas *Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia* que realizou unha avaliación do desenvolvemento do decreto e estableceu unhas recomendacións para corrixir aqueles aspectos nos que se observase unha desviación dos obxectivos propostos ou que nin

sequera se empezasen a desenvolver.

O documento, do ano 1997, foi elaborado pola comisión asesora en materia de saúde mental da consellería de sanidade e de servizos sociais e, até o de agora, é o único texto oficial que fai unha análise polo miúdo das relacións entre a organización asistencial e o modelo asistencial.

José María Hernández Cochón, conselleiro de sanidade, afirmaba na presentación que “...non se estende este documento no que é, chamémoslle así, a fisioloxía xeral do sistema, que se da por prendida...”.

Esta *fisioloxía* inquebrantábel á que alude Hernández Cochón é xustamente a afectada nas dúas situacións da área de A Coruña. Procederemos á análise das alteracións (a *fisiopatoloxía*, de acordo coa metáfora do conselleiro) que se derivan deste tipo de medidas ao través de algúns dos puntos fundamentais do documento.

(A.1.13) *As USM organizaranse e funcionarán de tal xeito que satisfagan o obxectivo de enfocar e responder interdisciplinariamente na súa intervención tendo que progresar na forma de traballo en equipo, o que requerirá a formación adecuada dos profesionais e a realización de xuntanzas regulares centradas no traballo asistencial e na elaboración dos plans terapéuticos dos pacientes atendidos.*

-O enfoque multidisciplinar substitúese por un enfoque estritamente xerárquico que non responde ás necesidades dos usuarios e aos xeitos organizativos derivados do saber actual.

-Multidisciplinar na composición e interdisciplinar no funcionamento, implica que os profesionais que formen parte dos equipos participarán, recibirán, atenderán, actuarán etc... como clínicos na súa competencia, respondendo ao seu saber e responsabilidade profesional e deontolóxica (ao igual que o médico, o psiquiatra o calquera outro clínico).

-Polo contrario, apreciamos neste tipo de decisións unha confluencia entre o modelo economicista e o modelo bioloxicista. Así, a orientación xerencial cara aos recortes ten a súa faciana asistencial correspondente: a laminación do psicosocial (encanto factor humano) polo fármaco-tecnolóxico (encanto obxectos con capacidade de aforro e/ou plusvalía).

(A1.15) *A coordinación da USM deberá realizala un dos seus membros por designación do coordinador de saúde mental.*

-A imposibilidade de derivación directa ao FEA de psicoloxía debe cuestionarse

fundamente, encanto restrinxe sen fundamento normativo ou legal as decisións clínico-asistenciais do médico de primaria e, implícitamente, ás capacidades do psicólogo clínico, facultativo especialista de área a todos os efectos. Non existe lexislación que ampare ou xustifique a dependencia xerárquica dos fea de psicoloxía ao respecto dos fea de psiquiatría polo que os feitos transcenden a organización particular dun área sanitaria e deberan ser analizados e corrixidos por instancias autonómicas ou estatais.

-Que, de xeito sistemático, as tarefas de coordinación rematen por equipararse ás tarefas propias dunha xefatura ao uso, volve situarnos por fóra dos conceptos asistenciais fundamentais que implica unha rede de saúde mental: comunidade, traballo en equipo, coordinación con primaria...

-As medidas centradas nunha política de derivación con carácter restritivo son incompatíbeis coa definición da unidade de saúde mental como porta de entrada e eixo central da rede de saúde mental.

(A.1.20) Toda avaliación diagnóstica do paciente das USM debe realizarse nas dimensións biolóxicas, psicolóxica e social.

-O xeito de organizar a derivación dende primaria desatende a necesidade de avaliación da dimensión psicolóxica (a social, hai anos que se desmantelou) para priorizar un xeito de mirar a doenza mental. Este escotoma psicosocial, por desgraza, ten unha historia ampla nas políticas anteriores de saúde mental, con fracasos e consecuencias negativas para os usuarios.

(A.1.21) Garantiranse como tempos mínimos da actividade asistencial directa desempeñadas polos profesionais: 45 minutos para a realización de primeira consulta e 20 minutos para seguimentos.

-Dende unha perspectiva profesional, calquera mención á lista de espera debera acompañarse dunha estimación técnica do tempo necesario para a realización dunha consulta. Os argumentos ofrecidos pola xerencia para manter a situación actual nas derivacións non proporcionan nin os estándares de tempo por consulta nin unha estimación razoada das repercusións nas listas de espera pertencendo, polo tanto, ao terreo dunha pura opinión persoal de quen os emite.

-Sinalar que atender en condicións e de acordo ao modelo asistencial que emana do decreto, empeora a lista de espera só deixa unha posibilidade aos clínicos: atender mal en tempo, espazo e modelo. Pola contra, deixa varias posibilidades aos xestores e por iso é completamente cuestionábel a decisión organizativa ao respecto das derivacións dende primaria á psicoloxía clínica.

(A.4.4) *A composición do equipo das Unidades de Saúde Mental Infanto-Xuvenil estará formada por 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico e 1 ATS. Garantirase o apoio do Traballador Social ao equipo de Saúde Mental Infanto-Xuvenil.*

(A.4.5) *Deberá existir polo menos 1 unidade de Saúde Mental Infanto-Xuvenil por cada 150.000 habitantes.*

-A medida asistencial adoptada constrúe un dispositivo asistencial por fóra da propia definición da unidade de saúde mental, tanto en *ratios* de profesionais como en poboación de referencia.

-Camiña cara ao pasado das consultas de *cupos* e desbota os elementos centrais dunha asistencia moderna. Ademais, a medida ten consecuencias dobremente negativas na saúde mental ao afectar a nenos e adolescentes.

-Ignora as recomendacións realizadas nas guías de práctica clínica no referente as intervencións psicolóxicas na poboación infanto-xuvenil (por exemplo e entre outras, a “guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia” coeditada no 2018 entre Avalia-t e o Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad).

En consecuencia,

-As decisións do xefe de servizo e da xerencia non respectan o que debe ser o funcionamento das unidades de saúde mental baseadas, por definición, na constitución de equipos multidisciplinares.

-As decisións establecen un xeito de entender a coordinación das unidades e a coordinación dos servizos que non se fundamenta na lexislación actual nin no xeito moderno de entender e deseñar unha rede de saúde mental. Dun xeito arbitrario, propón unha organización que responde a un modelo xerárquico ao redor da figura do psiquiatra que debera estar xa superado.

-As decisións organizativas referidas laminan o psicosocial na atención dos usuarios e provocan un escotoma na mirada aos doentes que contribúe á ineficacia dos servizos de saúde mental.

-A confluencia do modelo economicista e do modelo bioloxicista tende a diminuír os recursos humanos na asistencia e substituílos por recursos farmacolóxicos e tecnolóxicos. Esta é unha decisión ideolóxica que non está sustentada nos coñecementos actuais sobre a saúde mental.

-O número de habitantes asignados a un determinado dispositivo son parte da garantía

dunha atención de calidade e sen listas de espera.

-As ratios entre os distintos profesionais involucrados na atención ao sufrimento mental, son parte da garantía dunha atención biopsicosocial.

Concluímos que,

-Non debe existir restrición algunha na derivación dende primaria á psicoloxía clínica.

-Non deben diminuírse recursos psicolóxicos na atención infanto-xuvenil.

-A xefatura de servizo, a xerencia de xestión integrada da área de A Coruña, a xefatura de saúde mental do servizo galego de saúde e a consellería de sanidade son responsables da organización dunha atención á saúde mental conforme á lexislación vixente, ao modelo asistencial que a contextualiza e aos coñecementos actuais da materia.

-As medidas disfuncionais ou improcedentes deberan ser corrixidas nos sucesivos niveis organizativos do servizo galego de saúde que, ao tempo, deberan considerar a idoneidade das persoas actualmente designadas.

-As organizacións profesionais deben sinalar aquelas medidas e decisións da administración sanitaria que, ao seu entender, afástanse dos principios reitores da asistencia e dos coñecementos das diferentes disciplinas que conforman a saúde mental.

-Caso de detectarse unha xeneralización deste tipo de problemas no servizo galego de saúde, os principais afectados deberían valorar se é necesario a súa consideración polas instancias xurídico-legais pertinentes.

Por último,

-A Asociación Galega de Saúde mental fará chegar este informe técnico ás persoas que o solicitaron, ás autoridades sanitarias relacionadas coa organización da asistencia á saúde mental e, con carácter xeral, aos seus asociados.

Santiago de Compostela, a 15 de decembro de 2018.

Asinado,

Xunta directiva da AGSM-AEN.