

Planificación territorial y gestión de la asistencia psiquiátrica

Manuel MARCHENA GOMEZ *

Pretendemos en las siguientes líneas reflexionar sobre la importancia que merece la planificación asistencial en psiquiatría, entendida ésta, no sólo como la programación racional de los centros de acogida y tratamiento, sino del planteamiento acorde con los datos de la comunidad geográfica (región, provincia, comarca o ciudad) para la ubicación y funcionamiento de los circuitos asistenciales.

Coincidimos, en este sentido, con la OMS ¹ cuando valora notablemente el reconocimiento a cualquier escala territorial, de que el desarrollo de la salud es el reflejo de unas normas y una planificación políticas, sociales y económicas conscientes, y no simplemente el resultado (o el subproducto) de la tecnología. Es decir, cualquier avance técnico en el campo de la psiquiatría y psicología (discusión, terapéutica, puesta a punto del problema, nuevas vías...) si no va acompañado de una implementación efectiva, que llegue al usuario en el territorio; si no se gestiona adecuadamente en la comunidad, queda parcialmente desvirtuado. O de otra manera, en algunos casos una acertada planificación de recursos, ajustada a las necesidades geodemográficas del espacio programado, es capaz de generar avan-

ces de mayor envergadura ², sobre todo de cara a la percepción del público o del paciente, que el puro logro tecnológico en el campo psiquiátrico ³.

1. POR UNA CONCEPTUALIZACION DEL PLAN

Entendemos que la planificación «aséptica» no existe. Toda configuración de un mapa sanitario tiene una carga ideológica que marca el diseño y la fórmula del organigrama asistencial. Así, ¿en el momento actual es suficiente programar una red psiquiátrica desde el exclusivo enfoque de la descentralización como manera de yugular la inercia manicomial?

Nuestra respuesta es negativa. La modelización del Plan debe partir de la asunción de los presupuestos de lo que ha venido en llamarse «Reforma Psiquiátrica», que supera en sus planteamientos a la

² Los debates en los medios de comunicación de Málaga y Sevilla y en los propios centros asistenciales sobre los procesos de descentralización y de liquidación del hospital psiquiátrico, son buena muestra de lo que decimos.

³ A este respecto, se está desarrollando una investigación (Tesis Doctoral) por parte de M. DOMÍNGUEZ (Departamento de Psicología General, Central de Barcelona) en coordinación con los organismos autónomos competentes de Andalucía y Cataluña y la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Barcelona, sobre la imagen social de la salud mental (por estratos económicos y territoriales) en Barcelona y Sevilla. Los resultados pueden ser muy esclarecedores.

(*) Geógrafo. Departamento de Geografía. Universidad de Sevilla.

¹ Organización Mundial de la Salud. *Sexto Informe sobre la situación sanitaria mundial* (1983).

mera descentralización o a la integración en la trama sanitaria convencional ⁴. Todos sabemos que el enmarque de los cuidados de la salud mental, dentro del sistema de salud, no comprende al completo el fenómeno «salud-enfermedad». La atención psiquiátrica no abarca todo el conjunto de necesidades y elementos que integran la salud mental, pues gran parte de éstos, no dependen absolutamente de la acción sanitaria, sino de otras causas de carácter general: los conflictos económicos, educativos y sociales. En definitiva las operaciones en salud y para la salud mental conforman una relación dialéctica, se interrelacionan. Esto supone:

a) Reordenar los sistemas de cuidados de salud mental, dentro de una filosofía no discutible de eficacia terapéutica y del respeto a la libertad del paciente.

b) Potenciar las actuaciones a desarrollar en el ámbito comunitario, dentro del entorno social singular del ciudadano.

c) Reducir los internamientos por causa psíquica. Por ello es imprescindible, mediante una reforma de la legislación vigente ⁵, garantizar los derechos del paciente frente a la «hospitalización» forzosa.

En definitiva, un sistema alternativo que asuma la atención integral de la salud mental del beneficiario supone una radical transformación tanto en el modelo de los servicios, consideración de los derechos del enfermo, prestaciones, pero, sobre todo, de la formación de especialistas ⁶

⁴ El editorial (*Salud mental versus sanidad*) del núm. 11 (1984) de esta Revista, plantea adecuadamente parte de estas cuestiones.

⁵ En esta línea, una Orden de 2 de mayo de 1984 de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, crea la Comisión de Estudios de la Situación Jurídica en la que se encuentra la población ingresada en establecimientos psiquiátricos andaluces («B.O.J.A.» 29-5-84). Ver, además, *Documento de política Psiquiátrica*, del Ministerio de Sanidad y Consumo (octubre 1984).

⁶ Desde la perspectiva de un nuevo modelo ajeno al hospital psiquiátrico y sobre el conocimiento del contexto territorial y demográfico. Precisándose la formación de equipos multidisciplinares compuestos por expertos no exclusivamente sanitarios.

y ordenación de competencias y deberes institucionales en cuanto a la planificación y a la gestión de la asistencia psiquiátrica.

El desarrollo de este proceso de transformación en la actual tesitura pasa por tres tensiones estructurales:

1. La problemática fundamental de hacer frente a la tendencia a perpetuarse del sistema manicomial. No podemos eludir su función segregadora que obedece a presiones sociales y económicas que están lejos de haber terminado.

2. Necesitamos reconocer, además, que la inercia institucional y, sobre todo, las presiones profesionales puestas sobre el tapete ⁷, cuentan con una larga historia y un considerable volumen de contestación ⁸.

3. La escasez presupuestaria que no aborda consecuentemente (ni legalmente) las necesidades de un nuevo modelo de asistencia para la salud mental; mediante un programa de inversiones que acometan la labor de una psiquiatría en la comunidad ⁹.

Destacan, siguiendo una secuencia lógica, algunos conceptos rápidamente. DISCRIMINACION intolerable de la psiquiatría; necesidad urgente de INTEGRACION en la red general, sobre unos planteamientos desde la ASISTENCIA PRIMARIA. Asumiendo, una meditada PLANIFICACION TERRITORIAL configurada por una actitud inequívoca de COORDINACION entre organismos públicos y privados.

⁷ En unos casos, un mal entendido corporativismo, o ideas como «si echan a los locos del manicomio donde vamos a trabajar» sin interpretar la reordenación de recursos asistenciales, boicotean consciente o inconscientemente, los procesos de Reforma Psiquiátrica.

⁸ Ver, *La transformación de los hospitales psiquiátricos en Andalucía*, Documento del Comité de Expertos del Instituto Andaluz de Salud Mental (1984).

⁹ Los recursos deben ir destinados, en su mayor parte, a barrios y comarcas con marcada conflictividad, generadores de demanda psiquiátrica; concertándose acciones con las asociaciones semipúblicas o privadas que actúan descoordinadamente.

2. EN BUSQUEDA DE LAS CLAVES PARA UNA EFECTIVA ESTRUCTURACION DEL TERRITORIO

Partimos de dos variables fundamentales: la constatación de que los recursos son escasos y que cualquier reordenación debe basarse en la potenciación de la atención sanitaria del primer nivel, lugar donde es deseable se resuelvan el 80 % de las demandas sanitarias de la población¹⁰. Estas claves se interrelacionan deficientemente cuando se comprueba el enorme incremento sufrido por los costes de atención médica y la complejidad progresiva del sistema sanitario, sin evaluarse necesariamente un positivo alcance de estos costes en la población.

Como dice M. FOUCAULT¹¹, enfocando el asunto hacia la perspectiva de lo psiquiátrico, «lo médico se confunde con la justicia, lo hospitalario se aproxima a lo carcelario». De todas maneras pese a que los avances en España son lentos en Reforma Psiquiátrica y siempre, por distintos motivos, existen tentativas de reacción¹², no hay mejor ejemplo que el Hospital Psiquiátrico para ilustrar los desfases conceptuales y de práctica sanitaria. Nos referimos, no sólo a que el equipamiento social debe reflejar prioritariamente el modelo que demande una época y una comunidad, sino que normalmente estos procesos son muy dinámicos, en muchos casos fugaces si no se asumen convenientemente. Así, un manual de psiquiatría de hace 30 años describe síntomas que en su momento eran motivos automáticos de internamiento cuando hoy se consideran casos sin la mayor trascendencia o muy comunes.

¹⁰ Porcentaje propuesto por la Conferencia de la OMS y UNICEF. Alma-Ata (URSS). 1978.

¹¹ FOUCAULT, M., *Surveiller et punir...* Ed. Gallimard, París, 1976.

¹² Ver, GONZÁLEZ DURO, *La asistencia psiquiátrica en España*, Ed. Castellote, Madrid, 1975; o más cercano en el tiempo a la redacción de este artículo, las noticias aparecidas en el diario «El País» (2 y 28 de febrero de 1985) sobre los conflictos planteados a la Reforma en Oviedo y Logroño.

De esta manera, el nivel de articulación territorial debe ser lo suficientemente flexible y comunicante con la sociedad que tanto circuito asistencial, como población servida, puedan optimizar las mejoras, acomodadas éstas a las nuevas demandas y a los desajustes detectados. El problema se plantea en el momento de manejar decididamente los recursos. En primer lugar, como adelantábamos, son muy limitados, por no decir que hay que crearlos «ex novo» para efectuar una debida asistencia primaria. De esta forma, la estructuración territorial del mapa psiquiátrico queda coartada por esta inexistencia; pero esto puede ser planteado, invirtiéndose el argumento como hecho favorable, es decir, desde la óptica de planificar el territorio junto con la institucionalización de nuevos centros. El único límite a este razonamiento es ajustar escrupulosamente el proyecto a las competencias y presupuestos del organismo demandante. Esto último, quizá suene a perogrullada, pero es necesario desarrollarlo en el sentido que la Reforma Psiquiátrica es un camino «duramente escalonado», que reclama ardientemente y con legitimidad acabar con el manicomio, pero que necesita un proceso, para no caer negativamente en el triple salto mortal demagógico, del todo o el nada. Lo deseable es conjugar un modelo territorial que pueda ser asumible por la Administración pero que suponga a la vez un reto para ésta en el drenaje de nuevos y variados recursos para la asistencia psiquiátrica.

3. LOS INSTRUMENTOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD TERRITORIAL Y DEMOGRAFICA

La investigación geográfica debe encargarse específicamente de la indagación en el espacio y en los elementos que lo estructuran y modifican, para provocar una ordenación del territorio de cara a la mejora de la calidad de vida de la pobla

ción¹³. En el asunto que tratamos es necesario seleccionar los aspectos que nos interesen para solucionar el problema; debemos informarnos con la finalidad de lograr un buen mapa de asistencia psiquiátrica. Pensamos que, al menos, es imprescindible elaborar la siguiente información para dominar este objetivo:

a) Características territoriales del espacio a organizar (Estado, Comunidad Autónoma, provincia, ciudad).

- Aspectos medioambientales: situación, clima, relieve, contaminación, factores de higiene...
- Infraestructura básica: estado de carreteras y ferrocarriles, líneas de transporte público, cálculo de insocronas...

b) Características demográficas.

- Distribución de la población en el espacio: densidad, grados de hacinamiento y despoblación, concentración y dispersión de la población...
- Estructura de la población: conocimiento de la población a través de su pirámide de edad y sexo, buscando su proyección en años horizonte.
- Movilidad de la población: análisis del crecimiento vegetativo y de las migraciones.
- Indicadores socio-económicos: nivel de renta, nivel de instrucción y relación entre calidad de la vivienda y estructuras urbanísticas con los efectos demográficos.

c) Análisis de la morbilidad psiquiátrica.

- Morbilidad asistida: estadística de la procedencia y patología de la población asistida.
- Morbilidad potencial: encuestas epidemiológicas a la búsqueda de los distintos focos conflictivos.

d) Conocimiento de la organización territorial y asistencial.

- Mapas de organización política: según el nivel de actuación, municipal, comarcal, regional o estatal.
- Mapas sanitarios generales: intentar implementar las propuestas dentro de los mapas políticos y sanitarios (recursos).
- Mapas de asistencia psiquiátrica: ajustar las propuestas a la disponibilidad de recursos actuales y de creación futura.

e) Rendimiento de los recursos psiquiátricos.

- Número de establecimientos y distribución geográfica: número de camas e indicadores de eficacia.
- Recursos humanos: tipología (sanitarios y no sanitarios), grado de concentración, nivel de eficacia y de aceptación de la Reforma Psiquiátrica.
- Previsión de los posibles recursos humanos y de equipamiento con los que pueda contar próximamente la comunidad. Programas en ejecución.

f) Política de salud. Legislación.

- Legislación vigente: crítica y propuestas.
- Sistema de financiación de la salud mental: población cubierta.
- Diagnóstico del grado de conflicto entre poder judicial y Reforma Psiquiátrica.

La sistemática de trabajo perseguirá una base cartográfica intensa, expresión de los resultados estadísticos, vertebrando los comentarios. Pero es necesario resaltar, la importancia de no contemplar los apartados expuestos como compartimentos estancos; la redacción de la propuesta debe plantearse las interrelaciones entre las distintas variables para conseguir un diseño óptimo de los circuitos asistenciales. Así, las fases informativas de conocimiento geográfico y demográfico del espacio analizado, deben ir ineludible-

¹³ Ver, MARCHENA GÓMEZ, M., *La distribución de la población en Andalucía (1960-81)*, Universidad de Sevilla y Diputación Provincial, Sevilla, 1984, página 187.

mente acompañadas por el análisis de morbilidad, en cuanto no existe una correlación necesariamente directa (aunque sí notable asociación) entre presión demográfica y altas tasas de morbilidad psiquiátrica. La propuesta final, diagnosticada la realidad, debe ceñirse por fin a tres niveles básicos:

- Isocronas y transporte público.
- Ajuste con los mapas sanitarios convencionales y
- Búsqueda de la interdependencia entre recursos actuales y próximos con los focos de morbilidad (prioridades).

La panorámica, a nuestro entender, completa si reflexionamos sobre los problemas legales y económicos que podría plantear la aplicación del documento elaborado y sobre la actitud de los actores implicados en el proceso.

4. LA ARTICULACION TERRITORIAL DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

Podríamos abordar este apartado desde tres puntos de vista. Primero, la necesidad de sectorizar, es decir, segmentar el espacio a la búsqueda de una racionalización de la red, siempre bajo la filosofía de acercamiento a la comunidad mediante la asistencia de primer nivel. Segundo, la mecánica de articulación de los escalones (asistencia primaria, Hospital de día, Hospital de agudos, «crónicos»...) de la sectorización, debe ir vertebrada sobre circuitos asistenciales precisados y de fácil gestión. Tercero, a partir del conocimiento de la realidad española, parece que lo lógico (aunque existe una variada gama, pensar en los casos provinciales de Barcelona o de Cádiz, por ejemplo, tan distintos)¹⁴, es plantear la propuesta des-

¹⁴ La Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud de la Junta de Andalucía, define a los Distritos Sanitarios como territorios de agrupación de Zonas Básicas de Salud, mientras

de contenidos generales a partir de la provincia y región, y luego analizar con mayor nivel de detalles las zonas urbanas¹⁵.

La sectorización psiquiátrica permite dos cosas fundamentalmente: una adecuada distribución cuantitativa y cualitativa de los recursos, generando una mayor accesibilidad de la población a los distintos niveles de asistencia y, en segundo lugar, se convierte en el instrumento válido para un seguimiento de la planificación y gestión asistencial a través de la recogida y análisis de información, elaboración, ejecución, y evolución de los programas de salud mental¹⁶.

A la vez, con la sectorización se persigue, un cambio del modelo mediante la actuación de los equipos multidisciplinares comarcales y de barrio en base a las tres claves de promoción y prevención de salud mental, asistencia sanitaria y rehabilitación-reinserción del enfermo. Con ello se cumplirá la doble motivación de conocer con mayor profundidad cada zona (por el contacto directo de los profesionales y el diseño de estadísticas de morbilidad) y de realizar una mejor asistencia a la comunidad: más directa y menos burocratizada.

Como adelantábamos, la vertebración territorial de la sectorización desde sus ángulos específicamente asistenciales, debe basarse en una red jerarquizada y funcional (circuito asistencial). Los establecimientos centrales ya no pueden garantizar, y menos en psiquiatría, un servicio satisfactorio a la unidad provincial, comarcal o a los barrios urbanos. La terapéutica hospitalaria debe ser, en una ajustada ar-

que en las ocho capitales de provincia, Campo de Gibraltar y Jerez de la Frontera, los Distritos que los componen a efectos administrativos se agrupan en los denominados Departamentos Sanitarios.

¹⁵ Ver, *Criterios Generales para la sectorización de las Zonas Urbanas*. Dirección General de Asistencia Primaria y Promoción de la Salud. Junta de Andalucía (1984).

¹⁶ Ver, MARCHENA GÓMEZ, M., *Proyecto de Sectorización de la Asistencia Psiquiátrica*, Diputación Provincial de Sevilla, Área de Sanidad y Servicios Sociales, Sevilla, 1984, pág. 149.

ticulación de recursos del personal psiquiátrico, un momento limitado y final en el curso de un largo período de asistencia. Siguiendo los criterios y terminología utilizados por los técnicos de la Diputación de Barcelona ¹⁷, la estructura piramidal de la red parte, en base, de Centros de Asistencia primaria ubicados en las comarcas y barrios, subiendo jerárquicamente, los Hospitales de día como alternativa a la asistencia de los pacientes en régimen de internado, para las crisis de corta o mediana estancia de hospitalización (camas de agudos) y por último las Unidades Rehabilitadoras y Residenciales, son aquellos centros para pacientes de larga estancia (los habitualmente llamados crónicos). Estos últimos, debidamente reconvertidos arquitectónica y funcionalmente, pueden ser la posibilidad de recuperación de los tradicionales hospitales psiquiátricos.

Esta red piramidal necesita para su funcionamiento una información expresa a la población, de adónde debe acudir según su procedencia y patología. Aunque según este segundo aspecto, lo correcto es pasar ineludiblemente por el filtro de la asistencia primaria, si no se trata de casos de urgencias. Además, se precisa de una coordinación entre los responsables del circuito asistencial para evaluar los recorridos de los pacientes en éste y diagnosticar su eficacia. De esta manera se consigue el control, no sólo de la gestión y de la calidad de la asistencia al enfermo, sino el seguimiento de éste (elaboración de estadísticas y fichas).

La distinción rural/urbano (aunque esta dicotomía genéricamente sea discutible en su definición) plantea, por distintos motivos, la necesidad de sectorizar específicamente, con las implicaciones asistenciales que ello conlleva, en la ciudad. La problemática de las áreas urbanas en materia de salud mental, si no distinta sí es especial con respecto a los municipios de menor peso demográfico o con las zo-

nas rurales. La concentración de población (inmigración), y paralelamente de recursos sanitarios, que se comprueba, viene registrándose en las capitales de provincia españolas en los últimos decenios, acarrea por su desarrollo desorganizado ciertos aspectos muy correlacionables con el nivel de salud mental de la comunidad: despersonalización, marginación, desarraigo, masificación, hacinamiento, ruido y polución, etc.

Esta aglutinación de la población en ciudades y áreas metropolitanas obliga al tratamiento singular del área urbana, planteando el circuito asistencial en los sectores urbanos definidos (unión de distritos sanitarios y municipales) a un nivel similar que a las comarcas, denominémosle rurales. Se trata de racionalizar el mapa y no dividir a partes iguales, sino por criterios de morbilidad, accesibilidad y demografía, las posibilidades de gestión asistencial en el campo de la salud mental.

5. POR UNA GESTIÓN EFICAZ DE LOS RECURSOS PSIQUIÁTRICOS EN EL TERRITORIO

No queremos entrar, ya que ese no es el objetivo de este artículo, en el enjuiciamiento genérico de la gestión en la asistencia psiquiátrica, sólo introduciremos algunas ideas sobre la relación gestión/territorio.

En primer lugar, la ubicación desajustada de los recursos fundamentales con que cuenta la asistencia psiquiátrica (por otra parte neto carácter benéfico y de intercambio forzoso): los hospitales psiquiátricos. Estos, por su propia naturaleza y concepción ideológica raramente se integran en los cascos urbanos, ni cerca de los hospitales generales; aparte de un diseño arquitectónico casi siempre más cercano a lo carcelario ¹⁸. Pero también,

¹⁷ Ver, *Area de Sanitat i Serveis Socials. Resum d'activitats, 1979-83*. Diputació de Barcelona. Abril, 1983, págs. 60-86.

¹⁸ Ver, GUATTARI, P. F., «Programmation, architecture et psychiatrie», *Recherches*, Paris, junio, 1967.

por esta causa de marcada génesis segregadora que es el efecto de la discriminación de la asistencia para la salud mental, la psiquiatría tal como lo plantea J. LABASSE¹⁹, ha sido, sin duda, la primera en demandar la fragmentación de la hospitalización y en poner de manifiesto que, más que el edificio en sí, lo que hay que reconsiderar es la función sanitaria y su difusión entre la población.

Pero de aquí se sugiere además, la aproximación espacial entre el equipamiento hospitalario y la distribución geográfica de los médicos. La inercia que esta correlación ha generado en los grandes centros manicomiales retrasa, cuando no torpedea, los programas de acercamiento a la comunidad y el desmontaje del hospital psiquiátrico tradicional y represivo.

En segundo lugar, en esta dialéctica hospital psiquiátrico con planificación alternativa de recursos, al cualificarse el origen y tipología de los internos en aquellos centros, se detectan sus fuertes desfases, pero a la vez la problemática social que su desarticulación va a conllevar. En un reciente informe del Instituto Andaluz de Salud Mental²⁰, de los 3.778 residentes en Andalucía en centros psiquiátricos, más del 50 % llevan en el establecimiento por encima de los diez años y un 80 % más de uno (centros de crónicos). Pero es que los ingresados que no deben estar sometidos a tratamiento psiquiátrico suponen el 14 % y los que no necesitan estar ingresados para seguir su tratamiento son un 37 %. Casi la totalidad de estos casos de enfermos no justificados por la enfermedad mental deben sus permanencias a causas sociales, sobre todo familiares. Si no se plantea una alternativa asistencial en la comunidad de manera correcta, el drenaje de estos casos conflictivos (de las llamadas enfermedades sociales), sin existir un control terapéutico en el medio donde habita el sujeto,

provocaría una sensibilización pública en contra de los procesos de desmantelamiento del hospital psiquiátrico.

Es decir, se necesita en las actuaciones de escalonamiento y acercamiento a la comunidad una fuerte voluntad de gestión que pasa por la decisión política²¹ de canalizar los recursos hacia la asistencia primaria, cosa hasta ahora no explícitamente conseguida, en general. A partir de aquí, ¿cómo se mide el grado de eficacia, en los nuevos modelos asistenciales? En algunas Diputaciones se está tratando de baremar por indicadores cuantitativos, el funcionamiento de los centros de asistencia primaria y la demanda que reciben. Bien es cierto que en ciertos casos (Barcelona, por ejemplo), la intención se fundamenta en el control de las concertaciones que la Diputación mantiene con organismos privados, pero el abordaje de esta cuestión puede ser el punto de arranque en el diagnóstico de las nuevas fórmulas territoriales en asistencia psiquiátrica. Las distintas tasas y proporciones elaboradas²² se encaminan a relacionar el grado de población asistida con el volumen demográfico cubierto por el centro (morbilidad y frecuentación); dedicación horaria de los equipos multidisciplinares (costo) y eficacia de éstos, intentando precisar mediante indicadores sobre ingresos y reingresos, la corrección de la labor, en relación con las patologías. En definitiva, un ajustado funcionamiento del dispositivo asistencial de primera línea, detectaría un mayor número de casos y limitaría, a su vez, la proporción de

²¹ Decisión política que prioritariamente debería abordar (hasta ahora sólo intenciones), el cambio legal en la concepción de beneficencia que hoy tiene la psiquiatría, hacia su integración en la Seguridad Social. Atendiendo a distintos estudios epidemiológicos sobre frecuentación asistencial, aproximadamente un 25 % de la población tributaria de Servicios Sanitarios, presenta algún síntoma relevante de carácter psiquiátrico.

²² Ver, por ejemplo, *Analisi comparatiu de diversos indicadors de la gestió dels Centres d'assistència Primària en Salut Mental, Hospital de dia i Hospitals Psiquiàtrics*. Diputació de Barcelona. Servei de Psiquiatria. Primer semestre de 1984.

¹⁹ Ver LABASSE, J., *La ciudad y el Hospital. Geografía Hospitalaria*. I.E.A.L., n.º 36, Madrid, 1982, pág. 379.

²⁰ Informe presentado el 5 de marzo de 1985. Sevilla.

pacientes objeto de cuidados psiquiátricos especializados.

El tema clave es coordinar la red heredada por las Diputaciones con la trama de la Seguridad Social y a partir de ahí proponer el nuevo modelo asistencial. El punto de partida no puede ser más insuficiente, cuando en otros países (Inglaterra o Alemania, por ejemplo) al hablar de «Servicios Psiquiátricos», aparecen inmediatamente una serie de especificaciones que nos trasladan al grupo de población al que van destinadas (salud mental para niños, tercera edad, drogodependencias, etc.); nuestra base es una realidad institucional en la que se ha acumulado incongruentemente cualquier tipo de demanda, bien psiquiátrica o social, como veíamos en párrafos anteriores. Así, los primeros anclajes en la red sanitaria convencional²³, entendiéndose que anteriormente los servicios han estado hipercentralizados en el

hospital psiquiátrico, deben basarse en la racionalización de recursos territoriales en hospitales generales y en la coordinación con las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social. Hasta tanto no se integre, de manera legal, la psiquiatría como concepto en los beneficios de esta Institución.

En resumen, la gestión en el mapa psiquiátrico plantea la dificultad a doble nivel de la descentralización (dentro de la definición de Reforma Psiquiátrica) y compromiso por parte de los profesionales en la transformación terapéutica²⁴, enmarcados ambos aspectos en la integración de servicios en la red sanitaria general. El reto está planteado, al igual que la esperanza, y esperemos que organismos como el recientemente creado Instituto Andaluz de Salud Mental²⁵, sepan cristalizar las expectativas en este sentido.

²³ Ver, MARCHENA GÓMEZ, M., y RUIZ IGLESIAS, D., *Propuesta técnica de sectorización de los nuevos Servicios de Urgencias y Camas de Agudos Psiquiátricos en la provincia de Sevilla*. Diputación Provincial. Febrero, 1985.

²⁴ Ver, FÁBREGAS, J., *Acerca de la ética del compromiso terapéutico*, en Revista de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, Volumen IV, n.º 11, 1984, pág. 385-390.

²⁵ En el «B.O.J.A.» de 13-3-84, aparece la ley por la que se crea la referida Institución, cuyas funciones, según especifica el art. 7.º punto 1, son: «La planificación, organización y evaluación de todas las acciones y servicios que directamente o indirectamente, tiendan a la prevención, promoción, cuidado y restauración de la salud mental, en el ámbito territorial de Andalucía».

RESUMEN

La reflexión clave del trabajo es destacar las mutuas e importantes relaciones que existen en el proceso de Reforma Psiquiátrica, entre la implícita gestión a seguir y el dominio del territorio donde se aplican los cambios. Si se trata de acercarse a la comunidad, es necesario conocerla y planificarla, entendiendo que ello es factor inherente en el proceso de Reforma. Las claves de interpretación de la propuesta parten de asumir que los recursos son limitados y que la finalidad es primar la asistencia primaria. Los instrumentos para la implementación: la sectorización; la construcción de los circuitos asistenciales y la distinción entre áreas rurales y urbanas.

SUMMARY

The main object of this work is to point out the importance of the relationship between the management and the geographical issues regarding the process of psychiatric reform.

It's necessary to know and to plan the community since this is an important factor of the reform itself. The keys of this proposal are the assumption of the limitation of the resources and the aim of promoting the primary attention.

The instruments are the zonification, the design of assistencial circuits and the differentiation between rural and urban areas.

PALABRAS CLAVE

Territorio; Asistencia Primaria; Reforma Psiquiátrica; Instrumentos de Análisis Geodemográficos; Mapa de Recursos Psiquiátricos; Proceso escalonado de gestión; Análisis y diagnóstico de la situación y propuesta.