

Salud mental e integración de servicios: desafíos, enfoques y propuestas

ponencia de Fernando Fantova para un curso de verano del Ararteko y la Universidad del País Vasco (7 y 8 de julio de 2022)

La identificación y delimitación de las necesidades o problemas de las personas y las comunidades (y de sus conjuntos) de cara a configurar y operativizar su satisfacción o resolución en un funcionamiento social ordenado y eficiente no es una tarea fácil ni exenta de controversias y la denominada salud mental es un excelente ejemplo de ello. Veamos.

Si estamos hablando de la salud, nos estamos refiriendo a un bien que puede ser poseído o disfrutado individualmente pero que, evidentemente, como todo bien de cierta relevancia que del que podamos gozar o del que podamos disponer como individuos, tiene una dimensión colectiva, comunitaria o social, es decir, afecta a y es afectado por otras personas. Hablar de salud, por tanto, es hablar de un área de las necesidades y capacidades de los individuos y, a la vez, es hablar de un problema social (Bericat, 2016). Ante el estado de salud de una persona, la colectividad, comunidad o sociedad no puede decir “es asunto tuyo” sino que está concernida por él.

En sociedades como la nuestra ese compromiso social o preocupación colectiva por un bien del que disfrutaran los individuos se expresa claramente a través de las políticas públicas, que, a su vez, regulan o impulsan un área, rama o conjunto de actividades económicas profesionalizadas que se ocupan de producir, distribuir, promover y proteger ese bien. Las áreas de conocimiento concernidas se refieren a ese bien y las actividades profesionales y políticas públicas se ocupan de él. Y existe una lógica tensión y un dinamismo constante en relación con los asuntos que se toman y no se toman en consideración dentro de cada ámbito de actividad y su correspondiente política pública. Existe una relación dinámica, diferente en cada rama de actividad, entre actividades profesionales, áreas de conocimiento y políticas públicas referidas a cada ámbito de actividad (Fantova, 2014).

En esa dinámica social no es fácil saber en qué medida son las áreas de conocimiento sobre las necesidades o problemas las que influyen en la configuración o estructuración de los medios e instrumentos para abordar o tratar dichas necesidades

o problemas o si son más bien las capacidades y herramientas que permiten operar sobre parcelas de la realidad las que acaban por trazar las fronteras entre áreas de conocimiento con sus conceptos y contenidos. Es decir, no sabemos hasta qué punto los servicios y sistemas de salud se ocupan de necesidades y problemas definidos como sanitarios o si, más bien, tendemos a denominar salud a aquello de lo que se ocupan las políticas públicas sanitarias. Y, aunque sabemos que todo tiene que ver con todo (por eso se habla, por ejemplo, de los determinantes sociales de la salud), normalmente entendemos que, si estamos de parto, debemos dirigirnos a un servicio de salud, aunque lo hagamos utilizando un medio de transporte. Y que es preferible que la criatura no venga al mundo en el autobús sino en el hospital.

Hemos de reconocer, sin embargo, que lo relacionado con la denominada salud mental nos da especiales problemas dentro de este marco conceptual, al menos hoy y aquí. ¿Por qué? Pues quizá porque hablamos de unos fenómenos o situaciones de las que nuestro sistema de salud, al menos hoy y aquí, no se ocupa de forma tan clara e intensa como se ocupa de otros fenómenos o situaciones que están dentro de su perímetro de actuación (España, 2022). Y ahí surge la duda. ¿Hemos de desarrollar o mejorar la atención a dichas situaciones o fenómenos desde el sistema de salud? ¿O más bien se ha de buscar el concurso de otros ámbitos de actividad? ¿En qué medida y sentido hay que ocuparse de la salud mental desde los servicios sanitarios y en qué medida y sentido hay que aplicar el conocido lema “salud (en este caso, mental) en todas las políticas”?

Estas preguntas nos conducen al problema de la integración intersectorial de servicios o políticas y quizá, especialmente, a la integración horizontal de los servicios de salud con los servicios sociales, en función de cómo se definan éstos. Veamos.

Suponiendo que, en una sociedad como la nuestra, se desea (y se legisla para) que bienes como la educación, la vivienda, el empleo o la subsistencia material sean considerados y tratados como derechos humanos universales y que cada uno de esos bienes dispone (como el de la salud) de ámbitos de actividad y políticas públicas especializadas en ellos, a los servicios sociales les correspondería un bien que podríamos llamar “interacción” y que podríamos definir como autonomía para las decisiones y actividades de la vida diaria dentro de una red de relaciones de apoyo de carácter primario (familiar y comunitario). Que quede claro, por cierto, que ésta es una propuesta del autor de esta ponencia y en absoluto un consenso de la comunidad de práctica o de conocimiento al respecto.

Para visualizar la diferenciación e integración entre los servicios de salud y los servicios sociales, veamos primero un ejemplo que no es de salud mental. Una persona tiene un accidente de trabajo grave que le corta las dos piernas. En primera instancia se hace cargo de su atención el sistema de salud, obviamente. Pero pasado un tiempo han de actuar el sistema de vivienda, el sistema de empleo, el sistema de garantía de ingresos y así sucesivamente. Lógicamente, a consecuencia del accidente, esta persona puede presentar limitaciones en sus capacidades funcionales para las actividades de la vida diaria, algunas de las cuales pueden ser compensadas o complementadas de manera natural por personas de su red de relaciones primarias (aquí entrarían los servicios sociales tal como se han definido más arriba). ¿Hasta dónde llegaría el sistema de salud en un proceso de rehabilitación funcional y dónde empezarían los cuidados, apoyos e intervenciones correspondientes al ámbito de los servicios sociales? No es fácil delimitarlo pero es posible y, sobre todo, es imprescindible. Salvo que quisiéramos extender el alcance de los servicios de salud a toda la complementación de las limitaciones de autonomía que no realice la red de relaciones primarias, labor que el sistema sanitario no suele realizar ni siquiera cuando la persona está recién hospitalizada, y, si no, probemos a que salgan de los hospitales todas las personas allegadas que están junto a las camas de las enfermas (Carrasco, 2015).

Vayamos ahora al caso de una persona que tiene una enfermedad mental y que esta enfermedad mental, crónica por más señas, le provoca una discapacidad, es decir, una limitación en su autonomía o capacidades funcionales para las actividades de la vida diaria, limitación que, en este caso, no es suficientemente compensada por los apoyos naturales que recibe por parte de su red de relaciones primarias de carácter familiar y comunitario. En ese caso, a estos efectos, cabe entender que actuarían los servicios sociales. Por otra parte, también es posible que la persona necesite atención por parte de los servicios de empleo, vivienda y garantía de ingresos para la subsistencia.

Si asumimos que, en este momento, nuestro sistema de bienestar en su conjunto debe desarrollar y mejorar el abordaje de los problemas de salud mental, cabe plantear que el diseño de la respuesta del sistema de salud a las problemáticas de la salud mental ser congruente con (o ser una parte de) el diseño del conjunto de la acción pro bienestar , que incluiría el diseño de la atención integrada intersectorial.

Pues bien, si intentamos sintetizar las propuestas de referencia de organismos internacionales (OCDE, 2015) en relación con la manera en la que las diferentes

políticas públicas y ámbitos de actividad (como salud, servicios sociales, educación, vivienda u otros) responden conjuntamente (integradamente) a las necesidades de la población, cabe identificar las siguientes diez ideas fuerza:

- a. Es crítica una distinción clara y posicionada en la mente de toda la ciudadanía acerca del tipo de necesidades a las que se da respuesta desde cada ámbito de actividad, de modo que las personas sepan a qué rama o sistema dirigirse en los diferentes momentos y situaciones de su ciclo vital.
- b. Se asume que, con el actual grado de complejidad social y especialización del conocimiento, no puede existir un sistema residual o última red que se hace cargo de personas globalmente excluidas del (o por el) resto de ámbitos de respuesta a necesidades y que la suposición de que tal sistema residual existe es crecientemente disfuncional.
- c. Se debe avanzar hacia una arquitectura más clara y amigable en lo tocante a los accesos a cada uno de los ámbitos, ramas o sistemas y en lo referido a las interfaces o puntos en los que los itinerarios de las personas les llevan de un ámbito a otro.
- d. Los diferentes sistemas, ramas o ámbitos han de mejorar su capacidad de identificación proactiva de las situaciones y casos de fragilidad o vulnerabilidad (Moscoso y otras, 2021) mediante sistemas preventivos de diagnóstico, valoración, evaluación y cribado en función de criterios de segmentación o estratificación.
- e. Resulta fundamental el cuidado profesional en la continuidad de la intervención y los itinerarios intersectoriales, especialmente en momentos delicados de transición entre ámbitos, facilitados mediante la interoperabilidad digital entre los sistemas de atención e información de cada ámbito de actividad.
- f. Es fundamental la protocolización de itinerarios tipo (o el establecimiento de estrategias compartidas) para determinados segmentos o perfiles poblacionales de cierta complejidad, flexibles para adaptarse de manera personalizada a las características y preferencias individuales en los itinerarios intersectoriales.
- g. Procede la instalación, cuando sean necesarios, de procesos intersectoriales de gestión de caso, asumiendo el liderazgo del caso el ámbito de actividad cuya necesidad de referencia sea predominante en cada momento (Moscoso y otras, 2021).
- h. Se ha de prever, en su caso, la generación de servicios integrados (con prestaciones y profesionales propios de diferentes ámbitos sectoriales), de modo

que, excepcionalmente, pueda darse, desde un sistema, rama o ámbito, una atención (más o menos) integral.

- i. Es preceptivo, en cualquier modo, trabajar la integración intersectorial en el nivel macro (con expresión presupuestaria y sinergias con las políticas económicas), en el nivel meso (con gestión resolutive en el marco de una arquitectura ordenada) y en el nivel micro (de modo que la persona no note las “costuras” y se facilite su empoderamiento en su comunidad y territorio elegidos).
- j. La integración intersectorial u horizontal, en todo caso, es complementaria de la integración vertical en el seno de cada uno de los sistemas, ramas o ámbitos, pues si la continuidad, proximidad, personalización y eficiencia de la atención no se logra al interior de cada ámbito de actividad difícilmente se alcanzará en el conjunto.

Si esas diez ideas-fuerza reflejan un modelo de referencia para entender y organizar la integración intersectorial de políticas, ¿cuáles serían las palancas para movernos desde el escenario actual hacia ese escenario deseado? (OPS,2020). Se proponen la siguientes:

1. Gobierno territorial del bienestar. Las actuales políticas sociales (sanidad, servicios sociales, vivienda y otras) necesitan un ámbito territorial/poblacional suficiente (masa crítica) para ser eficaces y eficientes y el gobierno de su imprescindible integración intersectorial no puede hacerse (sólo) tomándolas de dos en dos sino (también) de forma conjunta, de modo que las mesas o redes intersectoriales (en diferentes niveles) no se refieran al objeto de una de las ramas sectoriales (la salud o el empleo, por poner dos ejemplos) sino a la finalidad conjunta de todas ellas: el bienestar.
2. Fondos estratégicos de transformación. Una parte del presupuesto de las políticas sociales debe utilizarse para fomentar la investigación, desarrollo e innovación que, de abajo hacia arriba, genere nuevos servicios, programas e iniciativas escalables que puedan aportar cierta trazabilidad y seguridad a las decisiones políticas capaces de reorganizar y transformar el sistema de bienestar y de generar crecientes impactos, retornos y sinergias económicas, empresariales, laborales, voluntarias, solidarias, políticas, electorales, relacionales y societales (López-Casasnovas, 2021).
3. Cualificaciones profesionales para la coproducción. Una atención integrada centrada en la(s) persona(s) se construye escuchando las voces de sus

destinatarias, usuarias o participantes, de la ciudadanía activa, en clave de coproducción multiagente, lo que exige un salto en la cualificación profesional y aportación de valor del personal y sus equipos, en el seno de comunidades de conocimiento sectoriales e intersectoriales, disciplinares e interdisciplinares, en las que se construyen, se deconstruyen y se hibridan especializaciones de muy diferentes tipos.

4. Microsegmentación basada en el conocimiento. Superando la tradicional macrosegmentación en grandes colectivos poblacionales percibidos como estáticos y estancos, la personalización en los servicios de bienestar (educativos, sanitarios, sociales u otros) avanza gracias a procesos de microsegmentación apoyada en constructos científicos, instrumentos de diagnóstico y evaluación, así como gestión e interoperabilidad de la información que posibiliten acciones preventivas, alertas tempranas e itinerarios flexibles favorecedores de la consecución de resultados valiosos para las personas (De Miguel, 2022).
5. Reinención de la comunidad desde la diversidad y la complejidad. No hay sostenibilidad social posible si no somos capaces de construir nuevas dinámicas de cuidados primarios y, en general, vínculos familiares y comunitarios (un nosotras inclusivo) desde la igualdad y diversidad de género, generacional, funcional y cultural, desarrollando una inteligencia ética que nos permita acoger y acompañar colectivamente las situaciones de complejidad que todas las personas podemos atravesar en los diferentes momentos de nuestro ciclo vital.

De lo dicho en estas páginas cabe deducir que la prevención y abordaje de los problemas de salud mental, posiblemente, deben debatirse, perfilarse y mejorarse en un contexto tanto sectorial (del sistema de salud) como intersectorial. Sectorial, dentro del ámbito de las ciencias, tecnologías, políticas y servicios de salud, identificando y operativizando cada vez con mayor claridad las enfermedades mentales y la salud mental, de modo que las personas afectadas y el conjunto de la comunidad puedan beneficiarse tan pronto y tanto como sea posible de las intervenciones y tratamientos correspondientes. Intersectorial, en la medida en que las enfermedades mentales afecten a (y se vean afectadas por) otros ámbitos de la vida y necesidades de las personas (como su empleo, su alojamiento, su interacción, su aprendizaje, su subsistencia u otros).

Posiblemente uno de los principales obstáculos cognitivos para avanzar en este camino es la confusión conceptual en torno a la rama de los servicios sociales. No es

infrecuente que desde los servicios sanitarios (u otros) se tenga una visión difusa de los servicios sociales como si fueran un amplio contenedor de todo el resto de bienes diferentes del de la salud, de suerte que la persona con enfermedad mental, una vez, diagnosticada y enrutada dentro del sistema sanitario, para todo lo demás (vivienda, ingresos para la subsistencia, cuidados, ocupación y más) pudiera tener como referencia al sistema de servicios sociales.

La propuesta que se ha hecho aquí es bien diferente. Y seguramente, en la medida en que se aplicase, generaría extrañeza, tanto por lo que los servicios sociales no asumirían (como la garantía de ingresos para la subsistencia material o el alojamiento) como por lo que sí asumirían (la protección y promoción de la interacción, entendida como ajuste dinámico entre autonomía funcional y decisional en las actividades de la vida diaria e integración relacional de carácter familiar y comunitario). Así, por ejemplo, una médica referente y gestora de caso de una persona con enfermedad mental crónica, según este modelo, tendría que hablar directamente con el personal de diferentes ramas concernidas (vivienda, empleo y servicios sociales, por ejemplo) y no única o preferentemente con el de los servicios sociales. Sin embargo, según la propuesta de diferenciación e integración que se plantea aquí, los servicios sociales serían responsables, una vez que la enfermedad mental crónica ha desencadenado una limitación funcional previsiblemente duradera, de ofrecer apoyos de diferentes tipos que optimizaran y complementaran la capacidad funcional de la persona para las decisiones y actividades de la vida diaria y sus relaciones primarias de carácter familiar y comunitario. Los cuidados de larga duración (cuya necesidad viene desencadenada por una limitación funcional de la persona para las decisiones y actividades de la vida diaria no compensada o complementada por la red familiar o comunitaria de la persona) corresponderían según este esquema a los servicios sociales. Es más, según este modelo, el diagnóstico de enfermedad mental emitido por el sistema de salud no necesariamente (o más bien, seguramente, no) se convierte en criterio de segmentación para los servicios sociales.

En definitiva, el reto de la atención integrada a la salud mental tiene, hoy y aquí, la complejidad y dificultad que se deriva del hecho de que:

- La salud mental es un área de la salud de las personas en la que la capacidad de respuesta del sistema de salud está menos desarrollada que en otras áreas de la salud de las personas.

- La atención integrada intersectorial es, en buena medida, una asignatura pendiente de nuestro sistema de bienestar.
- El conjunto del sistema de bienestar se encuentra en una fase crítica y convulsa en la que no tiene una hoja de ruta clara y segura para su desarrollo.

Así pues el reto es el de diseñar, implementar, pilotar, evaluar y escalar más y mejores apoyos, servicios e intervenciones desde el sistema de salud en lo que tiene que ver con la salud mental, a la vez que se construye la atención integrada intersectorial que, a su vez, va a resultar un factor clave para la eficiencia y sostenibilidad de nuestro sistema o modelo de bienestar.

Bibliografía

- BERICAT, Eduardo (2016): "Problemas sociales, estructuras afectivas y bienestar emocional" en TRINIDAD, Antonio y SÁNCHEZ, Mariano (edición): *Marcos de análisis de los problemas sociales*. Madrid, Catarata, páginas 83-103.
- CARRASCO, Cristina (2015): "El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores" en *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, número 128, páginas 49-60.
- DE MIGUEL, Francisco Javier (2022): "Herramienta de triaje para atención integrada entre servicios sociales y de empleo" en IZAOLA, Amaia (coordinación): *Cuidar la vida, garantizar la inclusión, convivir en diversidad: consensos y retos. Actas del VIII Congreso de la Red Española de Política Social*, Bilbao, Universidad del País Vasco, páginas 77-95.
- ESPAÑA (2022) *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. Madrid, Ministerio de Sanidad.
- FANTOVA, Fernando (2014): *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid, CCS.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, Guillem (2021): "Visión económica de la relación entre el modelo sanitario y social" en CAMPS, Victoria y otras: *La atención a las necesidades sociales y sanitarias: ¿sumamos o dividimos?* Barcelona, Fundació Víctor Grifols i Lucas, páginas 53-61
- MOSCOSO, Melania y otras (2021): "La soledad, un concepto poliédrico: el vínculo como forma de capital social" en MOSCOSO, Melania y AUSÍN, Txetxu

(edición): *Soledades. Una cartografía para nuestro tiempo*. Madrid, Plaza y Valdés, páginas 9-24.

OECD (2015): *Integrating social services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. Paris.

OPS (Organización Panamericana de la Salud)(2020): *Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*. Washington.