

## EDITORIAL

### Cooperar para innovar.

*Ander Retolaza Balsategui*

El tiempo en el que vivimos es propicio para la venta de ideas de contrabando. Una de las más extendidas es la de que la confrontación competitiva es el elemento único o principal de toda mejora productiva. En última instancia, sería este factor, basado en la lucha por el predominio y la hegemonía, el que logra hacer triunfar a los proyectos mejores y más excelentes, arrinconando a las fórmulas obsoletas e incapaces de éxito. La sanidad, como bien sabemos, no es ajena a estos planteamientos. La salud mental tampoco.

La idea de la superioridad universal de la lucha competitiva es inexacta y, como mínimo, está sobrevalorada incluso en el entorno de la empresa capitalista. La cooperación es tanto o más necesaria que la competencia. La industria del automóvil o la de la aviación son dos buenos ejemplos al respecto. Ambas están basadas en conglomerados o *clústers* cooperativos que se distribuyen o reparten aspectos del proceso productivo en aras a lograr una mayor eficiencia. Es cierto que también hay competencia, pero ésta se produce entre grandes asociados de empresas, no entre cada una de ellas y todas las demás. Son necesarias muchas iniciativas y elementos colaborativos para alcanzar la excelencia. No tiene sentido, por ejemplo, que un hospital se empeñe en competir con su sector asistencial de atención primaria en aras a mejorar la oferta comunitaria en salud. Este tipo de competencia solo serviría para arruinar el trabajo de ambos y favorecer a un tercero. Sin embargo, hay quien, probablemente de forma interesada, quiere llevarnos por ese camino.

La sanidad moderna se basa en redes de asistencia. Conglomerados cooperativos diversificados con ofertas complementarias engarzadas entre sí como las piezas de un reloj. Más allá de la coordinación, la integración de servicios y programas es el futuro. En este ámbito la sanidad pública tiene una ventaja cultural-histórica- que no debemos desaprovechar. Hay que conseguir integrar servicios y ponerlos al alcance de nuestros pacientes. La mejor manera de salvar nuestro sistema sanitario público es organizar toda la atención desde la perspectiva de los usuarios y estructurar programas y servicios en torno a ellos, sus necesidades y las de sus familias (1). La competencia individualista es cara y poco resolutive. A día de hoy tampoco es una alternativa para la sanidad privada. Frente a ella, un decidido planteamiento de salud pública permite una visión de la población a atender

como un conjunto, ya que considera a los pacientes en su contexto económico y social. Esta visión proporciona, también, una mejor información sobre cualquier prevención posible (incluida la que deriva de la acción social) y permite visualizar los diferentes servicios y programas como piezas de un sistema. Además, facilita la eliminación de barreras para acceder a los servicios, favorece el trabajo en equipo y permite una perspectiva longitudinal, y no episódica, del trabajo asistencial. Finalmente, desde la perspectiva sanitaria pública, la relación coste/efectividad es considerada, de una manera socialmente más correcta, en términos poblacionales y no estrictamente individuales.

La complejidad del actual conocimiento necesario para una buena praxis en el ámbito de la salud mental implica que diversos profesionales, desde diversas disciplinas, deben ejercer su tarea de una manera estructurada como un todo y debidamente coordinada. No existe una sola figura profesional o perfil de conocimiento único que se baste, por sí mismo, para dar cuenta del conjunto de prácticas necesarias para un adecuado desarrollo de la labor diagnóstica o terapéutica. Tampoco un lugar privilegiado al que le sea dado en exclusiva lo fundamental de esta tarea. A día de hoy se ha hecho evidente que es necesario organizar la praxis asistencial en una estructura reticular (una red de asistencia) en la que poder inscribir y poner en relación los distintos lugares, saberes, profesiones y prácticas indispensables para el ejercicio de una clínica ligada a un buen hacer. Allí donde es posible poner en marcha esta red, y -si la articulación de la misma logra ser funcional- debe de ponerse de manifiesto una mejora asistencial. También debe abrirse paso un nuevo campo para la innovación.

En el ámbito de los trastornos mentales comunes es ya bastante importante la evidencia publicada en favor de la efectividad de los sistemas cooperativos de atención (2). También la de una adecuada organización escalonada de la asistencia, donde los asuntos más sencillos puedan ser respondidos de la manera más simple y natural posible y los más complejos con la respuesta específica del mejor nivel técnico.

Se considera que hay tres aspectos a tener en cuenta en la búsqueda de una mejor eficiencia productiva: el primero es el incremento de la productividad de los operarios, que básicamente se consigue cuando éstos trabajan más y/o a menor precio; el segundo se basa en los avances tecnológicos y el último en las mejoras organizativas.

Hace ya tiempo que los profesionales de la salud mental, como tantos otros, vivimos en un entorno de bajos salarios y empleo precario. Parece que, también los trabajadores sanitarios, somos competitivos, gracias a la devaluación interna presente en nuestro entorno. Un aspecto menos comentado de esta cuestión es que, una vez demostrada la efectividad del trabajo hecho por profesionales no médicos y sujetos a

menores retribuciones, (como es el caso de la enfermería) se les acabará encargando a ellos una buena parte del trabajo que ahora mismo desarrollan los facultativos (3).

En cuanto a las mejoras tecnológicas, Internet y el avance de las tecnologías de la información y comunicación han facilitado el desarrollo de sistemas de interconsulta a distancia, de alerta y seguimiento para aquellos pacientes que lo necesiten, así como de técnicas de psicoterapia *on line* o aplicaciones para móviles, algunas de las cuales ya tienen probada su efectividad. Aunque piedra de escándalo para algunos, este desarrollo era inevitable desde el momento en el que hay que poner la ayuda técnica al servicio de grandes sectores de población, donde una parte de la misma ni siquiera se acerca a los centros de salud a pesar de necesitar hacerlo.

Pero, también y sobre todo, nos competen las reformas organizativas. No podemos seguir trabajando siempre de la misma forma y de una manera exclusivamente individualizada o especializada hasta el exceso. Estamos éticamente obligados a ofrecer a nuestros pacientes tratamientos efectivos y basados en evidencia y ésta -en la actualidad- apunta hacia la cooperación interprofesional y la integración de servicios.

En el ámbito de los trastornos mentales comunes, la depresión constituye un ejemplo de libro al respecto y su caso está bien estudiado (4). Muchos especialistas en salud mental no acaban de asumir que el principal entorno asistencial en el que se observan y tratan los trastornos depresivos y otros trastornos mentales comunes es la Atención Primaria. Por otro lado, sabemos que este padecimiento afecta tanto a ciudadanos muy enfermos (depresiones graves) como a otros muy normales (trastornos adaptativos, depresiones leves) cuyos problemas se resuelven muchas veces de manera espontánea. Recordaremos, así, que en el caso de la depresión se dan varias e importantes circunstancias:

- Su correcto abordaje afecta a estructuras hospitalarias y ambulatorias.
- Afecta a áreas generalistas (Atención Primaria) tanto o más que a las especializadas (Salud Mental).
- Requiere integrar procesos médicos generales y procesos centrados en los trastornos mentales (dada la frecuente comorbilidad de ambos).
- Requiere integrar apoyo y ayuda social y socio-sanitaria con aspectos estrictamente sanitarios.
- Requiere compaginar formación continuada y asistencia.

Y finalmente requiere asesoría y apoyo desde la Salud Mental a la Atención Primaria. Hace falta más trabajo indirecto y de consultoría y menos asistencia directa a un gran grupo de pacientes. Hay que reconocer que, en la práctica realmente existente, los especialistas no tenemos mucho que ofrecer a gran parte de éstos o, cuando menos, no disponemos de tiempo y posibilidades reales de hacerlo con to-

dos aquellos que, en teoría, lo precisarían. Muchos pacientes no consiguen acceder a tratamiento alguno. Hay una gran brecha entre la provisión de cuidados que debería ofertarse y la que realmente se produce. Los profesionales de la Salud Mental necesitamos una cura de humildad. Médicos de familia y enfermeras de Atención Primaria pueden ser tan efectivos o más que nosotros en el tratamiento de casos no graves. Por otro lado se acumulan pruebas que indican que ni los fármacos ni la psicoterapia reglada son más efectivos que el placebo en el tratamiento de las formas leves de depresión (5). Pero sí lo puede ser, por ejemplo, el ejercicio físico moderado (6). Y hay más: la consideración a fondo de la necesaria autonomía de las personas nos lleva, también, a pensar en quien acude a nosotros como un paciente activo y en la autoayuda como un objetivo deseable.

Es preciso insistir: hay evidencia internacional cada vez más concluyente de que los modelos colaborativos e integrados son más eficientes (además de efectivos) en el tratamiento de los trastornos mentales comunes, especialmente en el ámbito de la depresión (2, 4). En las revisiones sistemáticas se vienen consensuando cuatro criterios para definir qué es un modelo colaborativo. En primer lugar debe haber un abordaje multiprofesional de los pacientes (que habitualmente incluye los niveles de Atención Primaria y especializada); en segundo lugar, debe haber un plan de manejo estructurado para la atención (un plan de atención integrado en sus diversos niveles); tercero, el seguimiento y evolución de los pacientes debe estar debidamente anotado y registrado estén donde estén estos pacientes; y, cuarto, deben de introducirse sistemas de mejora en la comunicación entre los profesionales. Son aspectos lógicos y, en teoría, sencillos de llevar a la práctica. Pero poco frecuentes de ver en la realidad asistencial que nos circunda.

Todo apunta a que estamos en vísperas de una gran transformación en el área de los trastornos mentales comunes. Al menos ésta es muy necesaria y probablemente sobrevendrá, tanto por motivos de eficiencia económica como de equidad. Es más que probable que, en los próximos años, asistamos a cambios organizativos de envergadura en la asistencia pública a los trastornos de ansiedad y depresión, especialmente. Tenemos la oportunidad de influir y ser protagonistas de esos cambios en aras de promover un modelo más justo y eficiente. No lo desaprovechemos. También debemos recordar que todo ello debe de hacerse sin dejar de trabajar a diario con nuestros pacientes y con otros colegas que ejercen en servicios sanitarios o sociales. Hay que reconstruir y reformar el avión en pleno vuelo, sin que pierda sustentación y se venga abajo. Se trata de un reto de altura.

## REFERENCIAS

- (1) Thornicroft G, Tansella M. (2009) *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press.
- (2) Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P (2012). *Collaborative Care for Depression and Anxiety Problems (Review)*. The Cochrane Library. Issue 10.
- (3) Casañas R, Catalán R, del Val JL, Real J, Valero S, Casas M (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial *BMC Psychiatry*, 12: 230.
- (4) Gilbody S., Bower P (2011). *Depression in primary care. Evidence and Practice*. Cambridge University Press.
- (5) Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, Van Ommeren M (2011). Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *BJP.*, 198:11-16
- (6) Conn, V S. (2010) Depressive Symptom Outcomes of Physical Activity Interventions: Meta-analysis Findings. *Ann Behav Med.* May; 39(2): 128–138. doi:10.1007/s12160-010-9172-x.