

Actualización Bibliográfica

Reseña de Revistas

LA PSIQUIATRÍA EN LOS 50 AÑOS (1948-1998) DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD BRITÁNICO, VISTA POR SUS PROTAGONISTAS

Freeman H.

Psychiatry in the National Health Service: 1948-1998. British Journal of Psychiatry 1999; 175: 3-11.

Hugh Freeman no es precisamente un revolucionario que ha elegido la psiquiatría como su campo de actuación. En el ecuánime artículo que comentamos, de hecho, aprovecha que el Pisuerga pasa por Valladolid para ridiculizar a los historiadores marxistas, minimizar los efectos de la antipsiquiatría (por fortuna porque, según el, fueron perniciosos) y atribuir a los extremistas de izquierda (en alianza a este respecto con los ultraliberales) parte de la responsabilidad en los desmanes perpetrados por los gobiernos conservadores en los 80. Digamos que para nuestros parámetros, Freeman reúne el perfil de lo que llamaríamos un psiquiatra más bien conservador. Probablemente nos veremos obligados a recordar esto cuando refiramos algunos de sus comentarios en este artículo.

Freeman es, sin embargo, una referencia necesaria en cualquier argumentación de un proceso de reforma porque ha sido capaz de sostener una propuesta de cambio coherente durante buena parte del período que cubre el artículo, ha sabido defenderla frente a las actuaciones de la administración, ha criticado con agilidad y claridad las medidas que se oponían a ella y ha recopilado la información precisa para sustentarla en algo más que opiniones y para permitir que sea discutida por los demás. Eso hace, de entrada, su opinión interesante.

En este artículo Freeman recorre las vicisitudes de la psiquiatría en el Servicio Nacional de Salud (SNS). Como es sabido, el Servicio Nacional de Salud británico, que, de algún modo cobró existencia virtual durante la Segunda Guerra mundial, se fundó el 5 de julio de 1948, con el objetivo de proporcionar asistencia gratuita a toda la población. En ese momento su

red de hospitales se constituyó, sobre todo, absorbiendo las camas de lo que fueron los sanatorios (*infirmaries*) que empezaron a construirse en 1860 al amparo de la Ley de Pobres de 1834, para dar cabida a la creciente población enferma de las *workhouses* creadas desde un principio por esa misma ley.

La mayor parte de esos sanatorios disponían de una sección (*mental block*) en la que se atendían personas con trastornos mentales. Estos hospitales se regulaban por la Lunacy & Mental Treatment Acts de 1930, con una estructura interna sumamente autoritaria regida por un Superintendente Médico. Los primeros proyectos de Servicio Nacional de Salud pretendían dejar fuera a estos hospitales psiquiátricos. Afortunadamente las presiones de la British Medical Association evitaron este disparate que se hubiera traducido en una mayor marginación de la atención a la salud y la enfermedad mental. En cualquier caso las diferencias históricas y las diferentes tradiciones de las dos redes han determinado buena parte de los problemas que la atención a la salud y la enfermedad mental ha sufrido en el SNS.

Freeman propone el siguiente listado de principios inspiradores del SNS guiados por una base ética:

- 1) ser gratuito y comprensivo, 2) intentar universalizar lo que se considera mejor, 3) estar administrado con los principios de la administración civil, 4) basado en las tradiciones de salud pública y humanitarismo, y 5) adoptar una perspectiva optimista de avance hacia la salud a través del desarrollo de las ciencias médicas.

Freeman no se para en barras a la hora de afirmar que la reciente introducción del “mercado interno” ha minado gravemente estos principios éticos.

Según Freeman no puede entenderse la historia de la psiquiatría y la salud mental sin referirla a algunos procesos sociales entre los que destaca

1) el Estado del Bienestar, 2) la integración de la salud mental en la general, 3) el rechazo de las formas autoritarias de dirección y gestión vigentes en los hospitales psiquiátricos, 4) el aumento de personas dependientes debido al envejecimiento de la población y la disminución del tamaño de las familias, 5) el aumento de la movilidad social que ha hecho disminuir el papel de las comunidades justamente cuando la ideología comunitaria pretendía otorgarles un papel central, 6) los avances en los tratamientos que permiten prescindir del hospital y 7) algunos escándalos en los hospitales de crónicos.

En el artículo se relata cómo, recogiendo entre otras cosas la envidiable tradición británica de enfermería psiquiátrica (y abriendo el permanente debate sobre el sueldo de las enfermeras del SNS), el peso de las preocupaciones fue transfiriéndose de los hospitales psiquiátricos a las alternativas a éstos y cómo los líderes de la comunidad psiquiátrica hicieron valer el ejemplo de lo ocurrido con la tuberculosis frente a la pretensión de los políticos de construir nuevos hospitales.

El SNS era, sin duda, obra del laborismo y, muy especialmente de Aneurin Bevan que ocupó en el primer gobierno laborista una importante cartera que reunía las competencias de salud y las de alojamiento y servicios locales (encargados del trabajo social). Estas competencias fueron separadas en sucesivos gobiernos laboristas y el ministerio de salud, de algún modo fue devaluado, perdiendo importancia y capacidad de captar financiación.

Freeman también declara con claridad que “En 1951, los conservadores volvieron al poder, pero no hicieron cambios en el SNS”. Del papel

jugado por los conservadores durante el período que detentaron el poder, Freeman destaca el Mental Health Act de 1959 que desarrolló las recomendaciones de la Royal Comisión creada 5 años antes. Freeman califica el informe de la Comisión de “valiente, comprensivo y con perspectiva de futuro” a la vez que de “poco inglés”. Justifica esta última afirmación por el hecho que él considera poco acorde con sus hábitos de haberse traducido enteramente en medidas legislativas en dos años.

Las recomendaciones de la Comisión las resume Freeman en los siguientes términos 1) los contactos entre el SNS y las autoridades locales (encargadas de los servicios comunitarios) se deben reforzar, 2) la división de funciones entre el hospital y la asistencia social deben ser los mismos que para el resto de los trastornos, 3) debe haber una reorientación desde el trabajo institucional hacia una expansión del alojamiento comunitario y el trabajo social, 4) los fondos de la Asistencia Nacional deben estar disponibles para quien los precise tanto dentro como fuera del hospital, 5) el Medical Officer of Health debe ser el responsable de la dirección de los servicios de la administración local (básicamente sociales) y 6) el cuidado comunitario de los enfermos mentales debe ser considerado una obligación de las administraciones locales que debe ser financiado con fondos adicionales.

Freeman resalta que, contra lo que muchas veces se dice, el Acta de 1959, debido a la oposición que ejerció el Tesoro, aunque removió las barreras legales para que pudiera llevarse a cabo, no legislaba en positivo sobre la atención comunitaria y menos estableció un procedimiento de financiación para la misma.

El Plan Nacional de Hospitales de 1962 introdujo el concepto de Hospital General de Distrito (HGD) del que la psiquiatría era una de las especialidades nucleares (lo que para Freeman y para nosotros, fue un avance). El entonces ministro Enoch Powell se llegó a hacer eco de un informe en el que, a la vista de las tendencias entonces en curso, se predecía que la población de larga estancia podría haber desaparecido alre-

dedor de 1974. Todos sabemos que no fue así. El futuro de los servicios que tenían como referencia los hospitales de distrito ha sido muy diferente en distintas partes del Reino Unido y ha tenido que ver en gran medida con la actitud (y la capacidad de financiación) adoptada por las administraciones locales a las que correspondía la provisión, no sólo del trabajo social, sino también de recursos como el alojamiento, los centros de día o centros ocupacionales. Esta colaboración, al decir de Freeman, no sólo no fue facilitada, sino que fue entorpecida por el Health and Welfare Plan que regula la actuación de las administraciones locales desde 1963 que supone que las autoridades sanitarias no tienen influencia en la planificación de servicios sociales.

Como señalábamos al principio, Freeman niega que el movimiento antipsiquiátrico y los concomitantes de los años 60 tuvieran más influencia en el desarrollo de la psiquiatría inglesa que la de dificultar el trabajo multidisciplinar por haber facilitado que los trabajadores sociales negaran la realidad de los trastornos mentales. Para Freeman este efecto fue aún empeorado por la reorganización de los servicios sociales llevada a cabo por Lord Seebohm en 1971 (los laboristas habían vuelto al poder en 1964), que supuso la integración de todo el trabajo social en los servicios sociales y, según Freeman, la desintegración correspondiente de los servicios en salud mental.

Freeman hace un recuento de cuales habían sido las innovaciones introducidas en la atención a la salud mental hasta los primeros 70. Recoge las siguientes 1) la comunidad terapéutica, 2) los hospitales de día, 3) los talleres protegidos, 4) los clubes sociales, 5) los hoteles, 6) las visitas domiciliarias, 7) la apertura de la puerta de los hospitales, 8) las unidades en los hospitales generales de distrito y 9) los nuevos métodos de tratamiento entre los que enumera: el TEC, la psicocirugía, los neurolépticos y los antidepresivos. Se cuida de señalar que éstas son innovaciones que han venido de la mano de los psiquiatras y no de sus colaboradores de la atención comunitaria (luego comentaremos esta falacia). En 1974 se reorganizó el SNS de un modo que Freeman considera que ha tenido peor

prensa que la merecida. Para él la reorganización permite hacer planes de salud y no sólo de servicios hospitalarios y supuso otro paso en la incorporación de la psiquiatría a la medicina. En el análisis del período previo al libro blanco de 1975, Freeman destaca las posibilidades brindadas por el sistema británico de poner en marcha experiencias locales y destaca algunas de ellas.

El libro blanco titulado *Better Services for the Mentally III* de 1995 representa la mayor inflexión sobre el tema desde la creación del SNS. Se plantea como objetivos 1) la expansión de los servicios sociales, 2) la reubicación local de los servicios, 3) coordinación interna de los servicios y el incremento de las plantillas. Considera que se debe proveer 1) atención primaria, 2) tratamiento especializado, 3) servicios sociales y 4) voluntarios. Se otorga un papel central al HGD que proporcionará hospitalización completa y parcial, y se sectorizan los hospitales psiquiátricos hasta que el desarrollo de alternativas viables permita cerrarlos. Freeman atribuye a la crisis del petróleo y la crisis financiera de 1976 la imposibilidad de financiar lo previsto, aunque el crecimiento de recursos entre 1970 y 1975 fue muy importante. Freeman rebate la tesis de que el cierre de los hospitales psiquiátricos haya ahorrado dinero.

Merece la pena recoger la opinión de Freeman sobre el último período del SNS. Comienza Freeman su exposición comentando taxativamente que “no ha habido ninguna diferencia entre partidos políticos en lo referente a la política de salud mental”. Considera que la nueva Ley de Salud Mental de 1983 ha introducido “nuevas restricciones legales y procedimientos costosísimos de dudosa necesidad, en nombre de los derechos civiles”, de modo que “...un sistema que funcionaba bien ha sido dañado en nombre del dogma”. Atribuye la responsabilidad de esto tanto a los “extremistas de izquierda” como a los neoliberales y dice que esto en realidad no era más que “un aviso sobre lo que nos esperaba en materia de devaluación de cualquier experiencia profesional que no fuera la de los gestores o relaciones públicas”. Sobre

lo ocurrido en los 90, Freeman no se para en barras a la hora de decir que "...lo veo como casi un completo desastre". Los gastos en servicios en salud mental han disminuido en un 5,4% entre 1991-92 y 1994-95, los gastos de servicios sociales destinados a enfermos mentales siguen siendo una pequeña fracción del total y "en los 90 los cuidados crónicos han desaparecido virtualmente y han sido transferidos a instituciones privadas, cuyos aspectos financieros gestionan los departamentos de servicios sociales". Cita la frase de Ferguson que llama a esto "uno de los secretos mejor guardados en este país".

También merece la pena citar textualmente el párrafo siguiente "Hace pocos años no nos hubiéramos podido imaginar de ninguna manera el sórdido comercialismo que ha sido inyectado en los servicios de salud, la arbitraria y a menudo ignorante intervención de los gestores, la ridiculización de cualidades como idealismo y compromiso, que tanto habían contribuido a la construcción del SNS. ¿Se podía haber imaginado alguien que un gobierno laborista hubiera adoptado alegremente la Iniciativa de Financiación Privada para la construcción de hospitales (esa "licencia para hacer dinero" para empresarios codiciosos)?".

Terminaba su valoración afirmando:

- 1) que la provisión de recursos alternativos al hospital psiquiátrico no ha sido la adecuada y que no es barata,
- 2) que el alejamiento de la psiquiatría de los Hospitales de Distrito para centrarse en los recursos comunitarios, corre el riesgo de devolverla a un lugar marginal y devaluado y
- 3) que en las circunstancias actuales las unidades de los hospitales generales son incapaces de cumplir su verdadera función (proporcionar tratamiento adecuado) debido a:
 - a) sus condiciones hosteleras, b) a su inadecuada dotación de personal y c) a que están en gran parte ocupadas por pacientes que deberían estar en otros lugares.

A finales de 1998 el gobierno inglés anunció una nueva estrategia expresada en un documento titulado Modernizar los Servicios de Salud Mental que describe los fallos de la política de atención comunitaria y propone dos tipos de soluciones. En primer lugar la provisión de 700 millones más de libras durante los próximos tres años para proporcionar más camas de alojamiento comunitario y de hospital general, equipos de crisis de 24 horas, mejor formación del personal y financiación para los nuevos –y carísimos– tratamientos farmacológicos. Por otra parte se propone generar nueva legislación que permita que se garantice la adherencia al tratamiento comunitario y permita la detención de personas con trastornos de la personalidad.

A mi modo de ver, la postura mantenida por Freeman adolece de un sesgo biologicista que le lleva a infravalorar la contribución de los movimientos de los años 70, a olvidar aportaciones importantísimas (en el terreno de la rehabilitación y los cuidados) que han transformado la vida de los pacientes graves y que –contra lo que él sostiene– provienen de la parte comunitaria del sistema y a dedicar poca atención en su artículo a lo que sucede en este terreno. En tal sesgo se sostiene también la reticencia a aceptar cualquier medida tendente a difuminar el control de los médicos sobre el sistema o a alejar el centro del mismo del santuario hospitalario (cuando mas bien parece que, por ejemplo, la puesta en manos de las prestaciones sociales en manos de los servicios sociales generales ha sido uno de los aciertos del sistema inglés).

Pero más allá de esto creo que se trata de un artículo de lectura recomendable por distintas razones. Por ejemplo por su valoración sumamente pesimista de los resultados en Inglaterra de las políticas que ahora estamos empezando a desarrollar en España. O por su crítica de los sistemas de gestión, que el pensamiento único neoliberal ha hecho pregonar aquí y allí, en distinto orden, pero, en ambos países, tanto a conservadores como a "socialistas". O por su oportuna revisión de los datos que nos permiten imaginar hasta qué punto compartimos

con los ingleses problemas e incertidumbres, sobre todo, por su defensa de los valores que sirvieron para construir el SNS frente al mercantilismo imperante, al que denosta sin paliativos. Y con mayor razón por venir de donde viene y, en ese sentido, por servir para demostrar que, aunque sea lo frecuente en nuestro

país, el conservadurismo no tiene por qué actuar como una venda en los ojos a la hora de valorar los estragos que la expansión a toda costa del mercado está acusando en la población y en nuestros pacientes.

Alberto Fernández Liria