

**LA REFORMA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA:
EN QUE (Y EN QUE NO) METIMOS LA PATA
(Y QUE PODEMOS HACER)**

Alberto Fernández Liria
Psiquiatra
Servicios de salud Mental del Area 3 de Madrid
Universidad de Alcalá

Dirección de contacto:
Alberto Fernández Liria
Fernán González 79, 6º C
28009 MADRID

PUBLICADO COMO:
Fernández Liria A. La reforma psiquiátrica en España: En qué (y en qué no) metimos la pata.
Psiquiatría Pública 1997; 9: 167-175

PLANTEAMIENTO INICIAL

Vaya por delante un posicionamiento inicial. Considero que en los últimos años se ha producido una transformación sustancial del sistema de atención a la salud mental en nuestro país y que, como balance global esta transformación ha sido sumamente positiva. Son elementos de esta transformación la integración funcional de las distintas redes públicas de atención, la integración de la atención a la salud mental en la atención sanitaria general, el aumento de recursos destinados a estas prácticas, la pérdida de hegemonía de la institución manicomial, la formación de equipos interprofesionales, el desarrollo de dispositivos con mayor capacidad para atender los trastornos mentales mal llamados *menores* o la definición y el desarrollo (aún insuficiente, desde luego) de recursos de rehabilitación, cuidados y apoyo para pacientes graves y crónicos.

El propósito de este trabajo no es plantear un balance informado de este proceso (que, en la medida de lo posible, he intentado en otro lugar (1) sino señalar, en un ejercicio de autocrítica que considero necesario e inaplazable, algunas insuficiencias que entorpecen desarrollos futuros y amenazan logros conseguidos.

Se trata de insuficiencias **internas** del modelo resultante de la reforma. Probablemente la pervivencia de este modelo depende, sobre todo, de condicionantes económicos, políticos y sociales externos al mismo, a los que también me he referido en otro lugar (2), y a los que tampoco nos referiremos aquí de modo directo. Pero sería un error ignorar que hay importantes deficiencias internas que, de no ser corregidas, pueden eclipsar lo que de positivo se ha conseguido hasta la fecha.

Y se trata de un ejercicio de **autocrítica** porque el movimiento de reforma, cuyos antecedentes en los años setenta se manifestaron como un elemento más del cuestionamiento desde posturas democráticas del conjunto de instituciones y prácticas del régimen franquista, ha

seguido desarrollandose, desde los primeros años ochenta, como **resultado del impulso de un grupo de profesionales** (que, con sus flecos, viene a coincidir con el representado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría) y no de la determinación de una administración o una fuerza política que los haya hecho suyos. Con alguna honrosa excepción (como la navarra o la canaria) las reformas se han hecho contra la inercia y, frecuentemente, contra la hostilidad de las administraciones, y de ello dan cuenta la sarta de apartamientos y represalias de que han sido objeto los líderes de la reforma que no dejaron de serlo para convertirse en miembros de los aparatos del gobierno, aún a manos de las administraciones gobernadas por las fuerzas nominalmente de izquierda, a las que había que suponer una mayor afinidad con el proyecto.

LAS PRESTACIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

La definición de las prestaciones a ofertar por el sistema de atención especializada a la salud mental y el papel de la atención primaria de salud en el tratamiento y cuidado de los trastornos mentales y los problemas de salud mental son dos problemas íntimamente relacionados entre sí desde el momento en que el modelo resultante de la reforma (reflejado en la Ley General de Sanidad) sitúa la atención especializada en segunda línea respecto a la primaria. Este principio general ha supuesto una determinada secuenciación del uso de los recursos -y ha servido de base para la puesta en marcha de un sistema de gestión al que nos referiremos en otro apartado - pero, en general, ha dado lugar a poca colaboración e integración entre los dos niveles de la atención. La atención a la salud mental ha sido una excepción a esta mutua ignorancia entre los niveles. Pero estamos lejos de haber encontrado una fórmula satisfactoria.

La definición de la relación entre ambos niveles ha estado entorpecida por una lectura aberrante de los requerimientos de la ley y las recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (3), que se sostuvo inicialmente desde la administración

del INSALUD, por el que la atención a la salud mental constituía - como la obstetricia - una de las prestaciones de atención primaria y se debía dispensar desde unos fantasmagóricos *equipos de apoyo* que pertenecían a este nivel de atención y no desde la atención especializada. Resto de esta primera concepción (que de haberse consolidado hubiera incrementado la brecha entre la atención hospitalaria - inequívocamente *especializada* - y la que, por no ser hospitalaria, se definía como *comunitaria*) es la dependencia orgánica de algunos profesionales (sobre todo psicólogos y enfermeros) de las gerencias de atención primaria lo que viene a complicar aún más el panorama de los equipos de salud mental en el territorio del INSALUD no transferido.

Pero el problema sustancial radica en la definición de cual es el papel que cabe atribuir al sistema público, y, dentro de este, a cada uno de los dos escalones en la atención a la salud y la enfermedad mental. No hay una definición de cuales son las condiciones en las que el estado garantiza la atención a los ciudadanos y quien debe dispensarla. El problema suscita pocas dudas en lo que era la clientela preferencial de la antigua psiquiatría manicomial: parece claro que las personas con trastornos esquizofrénicos, psicosis afectivas o trastornos delirantes crónicos deben ser atendidos y que el peso del nivel especializado en su tratamiento y cuidado debe ser importante. Pero más allá de estos casos no sólo no hay un consenso explícito sino que existen prácticas para todos los gustos desarrollándose a veces en territorios separados por una calle.

La reforma ha supuesto ofertar atención a personas que padecen problemas que no eran atendidos (o recibían un simulacro de atención por parte de los neuropsiquiatras) en el sistema basado en los hospitales psiquiátricos provinciales. Allí han emergido demandas nuevas. Han hecho su aparición la serie entera de trastornos mentales (mal) llamados *menores* (de los trastornos de ansiedad a la distimia, pasando por la enuresis). Han surgido demandas vinculadas a sufrimientos *limítrofes*, a veces con correlato en las clasificaciones (como la ausencia del deseo sexual) y, a veces no (como el sentimiento crónico de *infelicidad* o la *baja autoestima*) que sería

mas que discutible que deban ser remediados por el sistema público de atención a la salud. Y se han conformado demandas - de mediación, de exenciones de deberes, de subvención directa o indirecta -, a veces reclamadas desde otras instituciones públicas, que están consumiendo una cantidad creciente de recursos en los nuevos dispositivos. Guillermo Rendueles (1997), ya se ha referido a estas dos últimas categorías como OPNIS (Objetos Psiquiatricos no Identificados), y quí no nos detendremos en su analisis sino en el de alguna de sus consecuencias.

Los estudios llevados a cabo en la atención primaria de nuestro entorno confirman que, cada año, alrededor de un 25% de sus usuarios presenta problemas de salud mental tratables. Aún en las zonas donde se han implantado equipos de atención primaria de nuevo cuño, el tiempo medio de un acto asistencial es (al menos en medio urbano) de unos 6 minutos. En los lugares donde la reforma se ha desarrollado, mas de un 2% de la población contacta anualmente con los servicios de atención especializada. El que un facultativo de este nivel de atención pueda ofertar contactos de mas veinte de minutos o de una frecuencia superior a la mensual resulta cada vez mas excepcional y se hace ya siempre, en cada caso, a costa de disminuir el tiempo o la frecuencia ofertadas a otros. Esta oferta indiscriminada de servicios amenaza con convertirlos en inútiles también indiscriminadamente para *todos* los pacientes (veinte minutos bimensuales no son adecuados para atender un trastorno esquizofrénico o de la conducta alimentaria pero tampoco - o, incluso, menos - para un duelo patológico o un sano *infeliz* o *preocupado*).

Es por tanto necesario definir, por un lado, cuales son las condiciones que son susceptibles de ser atendidas en el sistema público. Me parece claro que estas condiciones deben ser reconocibles por los profesionales como *trastornos mentales* y que formulaciones como *querer cambiar*, *ser infeliz* o *querer relacionarse mejor con los demás* no pueden ser aceptados como motivos de una atención. Pero también que no todas las condiciones recogidas en las clasificaciones *de trastornos mentales* deben ser automáticamente incluidas (no voy a

argumentarlo aquí pero, por redundar en el ejemplo, creo el Estado ni puede ni debe garantizar atención médica para remediar la ausencia de deseo sexual del mismo modo que para remediar una apendicitis). Esta no es una polémica exclusivamente española. En los Estados Unidos ha dado lugar - como discusión sobre el concepto de *necesidad médica* - a una rica polémica (5,6). Hay muchas soluciones posibles al dilema. Lo único imposible - sino se quiere esclerotizar el sistema - es no optar, a la mayor brevedad posible, por una - cualquiera - de ellas. Y aún no hemos empezado la discusión.

Aún mas espinoso es el tema de la distribución de papeles entre los dos niveles de atención (primaria y especializada) a la hora de atender lo que se determine que debe ser atendido por el sistema público. Jorge Luis Tizón (7,8) ha hecho un buen planteamiento del problema. Si se mantiene el modelo propuesto por la Ley General de Sanidad, la atención primaria de salud debe hacerse cargo de la atención a la mayor parte de los trastornos mentales. Esto supone un doble movimiento: por un lado es ineludible que los servicios de atención especializada dediquen un tiempo (que forzosamente será tiempo no dedicado a la atención directa) a apoyar a los servicios de atención primaria en esta tarea. Remito al lector al escrito de Tizón para una discusión de este punto.

Por otro lado es preciso determinar que - y que no - puede esperar el profesional de atención primaria que sea resuelto por la intervención directa del nivel especializado sobre los pacientes. Me parece claro que lo que define la necesidad de la derivación es **el requerimiento de un tipo de intervención que, por sus características, no puede ser llevado a cabo en el nivel de la atención primaria**. La definición de cuales son las intervenciones que entran en este concepto y cuales son las situaciones que las requieren, debe resultar de un acuerdo entre los profesionales de los dos niveles. En cualquier caso el contenido del acuerdo no es obvio. Los trastornos depresivos mas graves, con mas rasgos *endógenos*, responden mejor a los fármacos

antidepresivos y pueden ser manejados con mas facilidad por la atención primaria, que los mas *reactivos* o, desde luego, que los trastornos distímicos. Son las intervenciones psicosociales y los programas asertivos de cuidados (9, 10) que han transformado la repercusión de los trastornos mentales graves en la calidad de vida de quienes los sufren y no los tratamientos protocolizables (como la administración de litio en las psicosis afectivas o el mantenimiento con antidepresivos en depresiones recurrentes) que pueden ser facilmente aplicables desde la atención primaria, los que determinan el papel preponderante del nivel especializado en los trastornos mentales clasicamente considerados *mayores*.

En definitiva, el argumento, cada vez mas frecuentemente esgrimido, de que en la atención especializada, en las condiciones actuales no es posible - no hay tiempo de - realizar intervenciones psicoterapéucas o psicosociales, lo que demuestra es que actualmente se está utilizando mal este escalón asistencial. Un psiquiatra que controla la dosis o un fármaco antidepresivo o sigue un protocolo para sustituirlo por otro, en una entrevista de veinte minutos cada dos meses es perfectamente prescindible, porque esta tarea puede realizarla sin grandes diferencias de calidad un médico de atención primaria (que, además, tiene la ventaja de conocer personalmente al paciente) al que, en todo caso, habría que asesorar. Lo que no es sustituible es la realización de intervenciones psicoterapéucas generalmente consideradas tratamiento de primera elección de trastornos (de la conducta alimentaria, de adaptación, algunos de ansiedad, obsesivos...) que, de esta forma, quedan sin alternativa real de tratamiento en el sector público. Como no es sustituible la construcción y aplicación de planes individualizados y complejos de rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario para pacientes graves y crónicos (sí lo es, en cambio, la administración protocolizada de neurolépticos, depot o no, que, a veces, es la única alternativa realmente ofertada por los servicios *especializados*).

INCENTIVACIÓN Y QUEME DE LOS PROFESIONALES

Del tema del queme (o *burn-out* o síndrome de Tomás (11)) entre los profesionales embarcados en el proceso de reforma se ha ocupado brillantemente entre otros Guillermo Rendueles (4, 12-14) y aquí no nos detendremos en el análisis de sus causas. La atención a la salud mental y la atención primaria de salud, que son las dos esferas de la actividad sanitaria que han experimentado mas cambios en los últimos años, acumulan la mayor cantidad de profesionales quemados. Lo verdaderamente preocupante es que si el perfil del profesional quemado hace unos años era el de una persona de cierta edad, con una práctica muy pegada a instituciones muy rígidas (como los hospitales psiquiátricos) y con una preparación básica poco útil para afrontar los problemas que el trabajo en el nuevo marco representaba, el perfil del quemado actual es el de un profesional de poco mas de treinta años, formado por un sistema de residencia que, frecuentemente, le ha permitido conocer y adquirir experiencia de trabajo en programas avanzados y bien planteados, con experiencia en investigación y con publicaciones en medios nacionales e internacionales. Se trata de profesionales que, una vez terminado el periodo de residencia, han comenzado a realizar, generalmente en un despacho de un centro de salud mental, una actividad asistencial que ocupa la totalidad de su tiempo de trabajo y que es idéntica de un día para otro y entre el primer día tras firmar el contrato y el previo a la jubilación.

Si la ausencia de una auténtica **carrera profesional** ha sido vivida como una deficiencia general de nuestro sistema sanitario, en el caso del subsistema de salud mental resultante de la reforma (como en el de atención primaria), la situación es aún mas grave. La única posibilidad de cambio en el tipo de actividad consiste en la posibilidad de verse convertido en *jefe* o *coordinador*, lo que, además, por regla general, no significa pasar a desempeñar una tarea mas creativa en relación con la clínica sino sustituir la actividad clínica por otra tan poco apasionante como controlar pedidos de papel y *toner*, hacer planillas de vacaciones, recibir protestas que no hay a quien transmitir y controlar horarios. O sea, una actividad que no tiene mas virtud que ser

distinta de la anterior.

En la ideología que presidió los movimientos de reforma tanto en salud mental como en atención primaria, la recompensa por el trabajo era el trabajo mismo (se trataba de trabajar mas para trabajar mejor, para poder identificarse con el propio trabajo). Pusimos en marcha así una empresa que hubiera, en todo caso, podido mantenerse sostenida por militantes, pero no por trabajadores profesionales. Los profesionales necesitan incentivos o son "incentivados" por la rutina. Y la vida de un profesional debe estructurarse de modo que la experiencia acumulada pueda vertirse en el desarrollo de tareas nuevas (en la docencia, en la programación, en la investigación). Hoy por hoy no hay propuestas serias para proporcionar ni uno ni otro requerimiento.

EQUIPO INTERPROFESIONAL Y ROLES PROFESIONALES

La constitución (al menos nominal) de equipos multidisciplinarios es uno de los valores de la reforma. Pero también es uno de los aspectos en los que la heterogeneidad entre las diferentes zonas y la confusión es, a día de hoy, mas importante. Una concepción incauta del equipo se tradujo en algunos de los primeros servicios en proceso de reforma en que era el propio equipo el que distribuía *democráticamente* funciones que muchas veces eran nuevas y cualquiera que fuera a desempeñarlas debía procurarse nueva formación para hacerlo, sin que la titulación que poseía (adquirida, a veces hace muchos años por procedimientos que hoy consideraríamos al menos *silvestres* si no estafalarios) fuera un argumento de mucho peso (al menos no de mas peso que ciertas características o motivaciones personales). Argumentos como que un psicólogo conductista tiene mas que ver con un psiquiatra conductista que con un psicólogo lacaniano sirvieron para cimentar estas prácticas.

Un equipo multidisciplinario lo es - y tiene interés - porque está integrado por personas

que tienen profesiones distintas y, por tanto, conocimientos, habilidades y funciones diferentes. Algunos aspectos de la reforma (como la transformación de los hospitales psiquiátricos) no hubieran podido llevarse a cabo si no hubiera existido una gran flexibilidad en la concepción de cada una de las profesiones. Pero la persistencia de un sistema en la que cuando una persona deja su puesto (por traslado, por jubilación, por hartazgo) va a ser sustituida por otra de la misma profesión, necesita una definición clara de cuales son los conocimientos y habilidades exigibles a cada categoría profesional que, además, generalmente debería completarse con un perfil que pormenoriza los requerimientos de cada puesto de trabajo concreto. Por poner un ejemplo un psicólogo no tiene que hacer las mismas funciones que un terapeuta ocupacional aunque trabajen ambos en un hospital de día. Y, además, un psicólogo que va a trabajar en un equipo infanto-juvenil tampoco es fácilmente intercambiable por el que puede hacerlo en un centro de rehabilitación psicosocial para adultos graves y crónicos.

El reparto de funciones entre psiquiatras y psicólogos es completamente diferente entre unos y otros equipos. En algunos centros de salud mental, por ejemplo, los psicólogos son responsables de evaluaciones y tratamientos, en otros solo de uno de los dos y en otros no lo son de ninguno y realizan funciones subsidiarias bajo la responsabilidad de un psiquiatra. En el caso de los psiquiatras el sistema de residencia con un programa bien regulado por la comisión nacional de la especialidad debería garantizar un mínimo común de habilidades para la mayor parte de las personas que tienen el título. Mientras no se generalice el sistema PIR, sin embargo, no hay ningún lugar donde se explicita cuales son las habilidades mínimas en las que debe haber sido entrenado un psicólogo para integrarse en el sistema público (los conocimientos están hipotéticamente garantizados por la licenciatura). Encima el INSALUD no transferido, sin mas motivos que los históricos (alguien lo puso así en una regulación que nadie ha derogado), considera personal *no clínico* - y, además, de atención primaria - a los psicólogos que trabajan a

su cargo en los centros de salud mental.

Aunque la acreditación de los psiquiatras esté mejor garantizada por la generalización del sistema MIR, la indefinición de sus funciones (mas allá de la de extender recetas) no es menor que para los psicólogos. Ya en el apartado sobre atención primaria señalaba que, probablemente la mayor parte del trabajo que realizan en los centros de salud mental deberían llevarse a cabo por los médicos generales.

La delimitación de las funciones de estos dos colectivos ha estado generalmente teñida de corporativismo y encubierto luchas por poder. Es igual de inexplicable la posición de relegación en la que se encuentran algunos psicólogos en los centros de salud mental que la ausencia de psiquiatras en los dispositivos de rehabilitación o atención a las drogodependencias en los lugares en que estos se han desarrollado bajo la dirección de psicólogos.

El personal de enfermería realiza funciones de lo mas variado en los diferentes servicios de salud mental. Se han producido - y extendido - propuestas de estructuración de los cuidados comunitarios que implican un trabajo de enfermería específico como eje de la atención a los pacientes graves y crónicos (9, 10, 15) y existen experiencias interesantes de intervenciones de enfermería sobre personas con trastornos neuróticos y de apoyo a la enfermería de atención primaria. De hecho me parece que el personal de enfermería que trabaja actualmente en este tipo de programas constituye el colectivo menos afectado por el *queme*. Pero el trabajo de enfermería dista de estar bien definido en muchos servicios y la dotación de este tipo de personal está muy lejos de ser la adecuada (seguimos teniendo mas del doble de psiquiatras que de enfermeros en los centros de salud mental).

El papel de los trabajadores sociales ha sido aún mas difícil de establecer por dos motivos. En primer lugar el reparto de tareas entre los servicios sanitarios y los servicios sociales no ha sido esclarecida (¿Cual es la responsabilidad de cada uno frente a una persona que ha

perdido la capacidad de vivir sólo debido a un corea o a una demencia?) y, en general los servicios sociales han considerado prioritaria la atención de las necesidades de otros colectivos diferentes al de los enfermos mentales por lo que los servicios de salud mental han desarrollado en ocasiones con recursos propios alternativas que hubieran debido depender por lógica de los servicios sociales (por ejemplo alternativas de alojamiento, residenciales o laborales). De este modo la dotación de trabajadores sociales en los servicios de salud mental, prevista para un modelo en el que su función hubiera sido poco más que servir de contacto con unos servicios sociales generales que se hubieran hecho cargo de las necesidades de los pacientes mentales, ha resultado insuficiente. Por otra parte, la tradición de trabajo social en nuestros antiguos dispositivos asistenciales era pobre y basada en formas de intervención muy alejadas de las requeridas por la situación resultante de la reforma. En la formación de pregrado de los trabajadores sociales no se contempla ninguna materia específica sobre salud mental con lo que el trabajo en este terreno les depara, con frecuencia, dificultades inesperadas a quienes se incorporan a él por vez primera.

Los administrativos que trabajan en los servicios de salud mental realizan un trabajo que es clave en la relación con pacientes que tienen su primer contacto con los servicios a través de ellos y que encuentran en ellos el primer elemento de relación cuando acuden en circunstancias difíciles debido a una descompensación. Lo más frecuente, sin embargo, es que este personal sea seleccionado en las mismas pruebas y con los mismos criterios que otros administrativos que van a realizar funciones que no suponen ninguna relación con el público. Los procedimientos de formación continuada para este colectivo han brillado, por lo general, por su ausencia.

La consolidación de los equipos interdisciplinarios requiere, hoy, un esclarecimiento de cuales son las funciones de cada uno de sus integrantes y que conocimientos y habilidades se requieren para llevarlas a cabo. Abordar esta tarea supone revisar tanto los procedimientos de

acreditación y selección de personal como los contenidos de la formación continuada.

INDUSTRIA FARMACÉUTICA E INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

En los últimos años se han producido novedades en el campo de la psicofarmacología (antidepresivos, antipsicóticos, antidemenciales) que han acarreado un auténtico *boom* de esta rama de la industria farmacéutica. Esto ha tenido efectos beneficiosos para los pacientes, que disponen de nuevas alternativas terapéuticas, y para la disciplina y sus profesionales, que se han beneficiado de un aflujo de fondos destinados a la investigación en la materia que han aportado las diversas empresas farmacéuticas que buscan incrementar su cuota en este mercado creciente. Sin embargo esto ha tenido también al menos dos ordenes de efectos adversos.

En primer lugar los logros de los tratamientos por fármacos, magnificados por la propaganda y expuestos hasta la saturación por la industria ante los ojos de los psiquiatras, han eclipsado los muy importantes avances conseguidos por los abordajes psicosociales (que, por otro lado, hoy nadie considera antitéticos sino complementarios de los anteriores). Se ha extendido, tanto entre los profesionales como entre el público, la idea de que la función de la psicopatología se limita a permitir la detección del cuadro para el que debe existir un fármaco específico y la de los psiquiatras clínicos esperar a que la industria proporcione (con la bendición de la FDA) remedios para cada una de los problemas presentados por nuestros pacientes o, en todo caso, participar (como *ciegos*) en los ensayos que van a permitir medir la eficacia de los nuevos productos. La oferta de actividad investigadora y docente en este campo ha saturado las posibilidades del colectivo profesional en detrimento de la, mucho peor financiada y presentada, en otros (como la psicopatología no aplicada o las intervenciones psicosociales).

Por otra parte esta afluencia de fondos para la investigación y la lucha entre las diversas empresas farmacéuticas para situarse en el nuevo mercado ha generado prácticas que plantean importantes cuestiones éticas (desde la utilidad de ciertos *ensayos* sobre fármacos ya

comercializados hasta las formas menos encubiertas de incentivación de la prescripción, pasando por sesgo de información favorable a ciertos productos que se presenta como material científico o el creciente control e incluso presencia directa de los representantes de la industria en la actividad clínica).

La industria puede y debe apoyar la investigación de la que, en buena lógica, va a beneficiarse legítimamente. Pero es una obligación de la administración y de las asociaciones profesionales (algunas industrias han entendido que a la larga también les beneficia esto y han actuado en ocasiones en este sentido) el potenciar la investigación en áreas (psicopatología, intervenciones psicosociales) que no se traducen directa e inmediatamente en beneficios para la industria pero sin las cuales se produciría un estancamiento de la disciplina.

Por otro lado es preciso acordar un código deontológico que regule las relaciones entre la industria y los clínicos. Esta es también una función de las asociaciones profesionales.

FORMACIÓN Y SALUD MENTAL

El currículo de pregrado de algunas de las profesiones (psiquiatras, psicólogos) que intervienen en los equipos profesionales proporciona mejor base que otros (enfermeros, trabajadores sociales) para el trabajo que ha de ser posteriormente desarrollado y esto podría constituir un problema.

Pero el principal problema en lo referente a la formación de pregrado radica en el actual retorno de la tendencia a la separación entre la actividad académica y la asistencial. La filosofía por la que la formación de pregrado era una función mas que debía ser asumida por los servicios en los que luego habrá de desarrollarse la actividad profesional de los estudiantes de hoy, (cuyo paradigma fue, en su momento, la Universidad Autónoma de Madrid) que ponía en manos de los clínicos el control de la actividad docente universitaria, ha dado paso a una nueva edición de una concepción de la carrera académica como algo que se desarrolla en el seno de los departamentos

universitarios y que, no sólo no tiene por qué acompañarse de una responsabilidad clínica, sino que, frecuentemente, conforma requerimientos incompatibles con ésta. La relación entre los dispositivos asistenciales y los universitarios vuelve a construirse en todo caso, en esta reedición, por arriba, desde el momento en el que se considera que son estos profesores universitarios los *naturalmente* llamados a dirigir los servicios asistenciales aunque su *carrera* se haya realizado completamente al margen de estos. No parece que este sea el mejor procedimiento de garantizar ni que la formación de pregrado se ajuste a los requerimientos de una práctica profesional puesta al día ni que los servicios asistenciales puedan desarrollar .del mejor modo la actividad para la que se trata de formar a los futuros médicos.

Desde su origen hasta hoy, la formación de especialistas MIR y, mucho mas recientemente, PIR, ha sido competencia de las instituciones asistenciales y no de la universidad o de los colegios profesionales (que han ejercido sólo funciones de control desde las comisiones nacionales de la especialidad). Pero esta idea, vinculada históricamente a la concepción mas asistencialista de la formación universitaria, es hoy abierta o encubiertamente cuestionada por colectivos profesionales en ocasiones apoyados en propuestas que gozan del apoyo de grupos de otros países de la Unión Europea.

La consolidación del papel de las instituciones responsables de la atención sanitaria en la formación de pre y postgrado es de vital importancia para el porvenir de nuestro sistema de atención.

MODELOS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

En los últimos años se ha producido una profunda transformación del discurso y de los valores admitidos como legítimos en la gestión de los recursos sanitarios. Hemos pasado de hablar de universalidad, equidad, accesibilidad, comunidad y derechos o salud a hacerlo de valor añadido, producto, cliente, rentabilidad, competencia y compraventa. Me he referido a ello en

otro lugar (2). Se trata de un discurso conformado por la nueva ideología única del liberalismo que, todo hay que decirlo, en nuestro país no ha tenido que esperar a ser enarbolada por los conservadores (que desde luego se han encargado de hacerla valer como propia allí donde han tenido ocasión) porque ya fue acriticamente asumida y predicada por los socialistas que los precedieron en los diversos gobiernos.

Este discurso se basa en varias ideas que toda la información disponible apunta a que son falsas. La primera es que la gestión privada y la regulación por el mercado ahorra gasto. Contra ella está por un lado, la evidencia de un gasto sanitario mayor en los países con más papel del mercado y la sanidad privada y, por otro el crecimiento del gasto a expensas del coste de los mismos mecanismos de facturación en los lugares donde estos procedimientos de gestión se han introducido en el sistema público (como en el Reino Unido y en España) (16-18). La segunda es que esta gestión privada puede mejorar la eficiencia. La realidad es que los niveles de salud son netamente mejores en los países con sistemas nacionales de salud que en los que cuentan con un sistema de sanidad privada más beneficencia y que la satisfacción expresada por los usuarios es consistentemente mayor en todos los estudios en el Reino Unido que en los Estados Unidos de América (Bastida 1994, Elola, Nieto, Sunyer y Daponte 1996, Navarro 1991).

La tercera, asunción merece mención aparte, es que la separación de la provisión y la financiación del sistema se traduce inmediatamente en flexibilidad y beneficios para el usuario y que los sistemas europeos deberían de algún modo remediar la forma de actuar de los HMOs americanos (cuando en realidad los HMOs son un pobre procedimiento de intentar poner al alcance del desvalido ciudadano americano algo pálidamente semejante a lo que le ofrecen sus sistemas de salud a los ciudadanos europeos). Esto es falso para la salud en general, pero ha tenido consecuencias particularmente catastróficas para la salud mental donde ha supuesto la importación al panorama europeo de algunos de los principales problemas del deslabazado

sistema americano (19)

En España este tipo de lógica, manejada como cachiporra por gestores que estaban demasiado ocupados aprendiendo el enrevesado lenguaje de la "nueva ciencia del *managing*" para prestar atención a la naturaleza de las necesidades de los ciudadanos de cuya salud son responsables, ha traído de la mano una rigidificación de los procedimientos de gestión y un sesgo de los instrumentos para medir sus consecuencias que amenaza con hacer imposible cualquier tipo de actuación en salud mental diferente de las encuadrables en el más pobre concepto de *consulta* (primera o sucesiva) u *hospitalización*

OTROS TEMAS PENDIENTES

Aunque, con la excepción de Cataluña, el modelo que los procesos de reforma emprendidos en las diferentes comunidades es muy parecido, el grado de **desarrollo** de los mismos es, hoy, por hoy, **muy desigual**. Esta desigualdad se da también en el interior de cada una de las comunidades y a veces entre servicios con áreas de responsabilidad delimitadas por una misma calle. Son diferentes la dotación de recursos, las vías de acceso, los procedimientos de actuación y los indicadores utilizados para dar cuenta de todo esto. La función de coordinación y planificación que la ley encomienda al ministerio no se ha ejercido de un modo eficaz. Esto se traduce en una importante inequidad contra la que habría que tomar medidas. Pero ¿Es de extrañar esta ausencia de medidas cuando se considera normal que sólo 7 comunidades autónomas dispongan de un plan de salud mental?

La política practicada en la práctica totalidad del Estado de separar la asistencia a los problemas causados por el uso de **drogas ilegales** de la atención sanitaria general había demostrado ya ser calamitosa allí donde se había llevado a cabo. antes de que se implantara (por problemas de reparto de poder y presupuesto entre camarillas de la administración) en nuestro país.

Lo dicho sobre la insuficiencia de los sistemas de acreditación y sobre la heterogeneidad de los modelos y la falta de directrices e indicadores incluso para informar sobre el estado de la asistencia en general se eleva a la enésima potencia cuando nos referimos a la **atención infanto-juvenil**.

No desarrollaremos aquí los temas enunciados en los tres últimos párrafos no porque nos parezcan de importancia menor, sino, precisamente, porque por las insuficiencias en estos terrenos son más obvias y menos discutibles que en los anteriores.

CONCLUSIONES

En el momento actual en el que las miradas de tantos agentes interesados desde fuera en la sanidad (políticos, economistas, profesionales de la gestión, organizaciones ciudadanas...) disecan la práctica de la atención a la salud mental y en el que tanto se cuestiona - también desde fuera del sistema - la pervivencia de alguna de sus condiciones de posibilidad, me parece imprescindible el ejercicio de una mirada autocrítica que permita corregir errores y afrontar amenazas sin renunciar al espíritu inspirador de los movimientos de reforma de la atención a la salud mental. Las que se enuncian a continuación son tareas que me parece que una primera ojeada (seguramente personal y poco objetiva), señala.

- 1.- Es preciso transmitir a la sociedad a los agentes sociales la evidencia de que los procesos de reforma de la atención a la salud mental han supuesto un importante avance en las prestaciones ofertadas a los ciudadanos que debe ser defendido de los embates neoliberales y de los reduccionismos interesados. Pero no por ello debemos dejar de ser sensibles a las críticas que ponen de manifiesto deficiencias reales que hemos de corregir. Este es un trabajo que concierne, entre otros, a las asociaciones profesionales.
- 2.- Es preciso definir con mayor precisión las prestaciones que el sistema público oferta a los ciudadanos en la atención a la salud mental y las condiciones en las que lo hace

(¿necesidad médica, trastorno mental...?). Es imprescindible redefinir las funciones que en esta oferta deben desempeñar la atención primaria de salud y la atención especializada. Esta división de funciones debe construirse sobre el criterio de la necesidad de prestaciones que requieren habilidades o recursos ubicados a uno u otro nivel y debe resultar de un acuerdo entre los profesionales de ambos niveles.

3.- Es preciso revisar el sistema de incentivos y la carrera profesional de los técnicos que trabajan en el sistema de atención a la salud mental, particularmente afectados por el *queme* en el sistema resultante de la reforma.

4.- Es necesario definir de un modo mas preciso las funciones y las responsabilidades de los diversos integrantes de los equipos interdisciplinarios así como los procedimientos de adquisición y acreditación de las capacidades que se requieren para ello. La administración, las asociaciones profesionales, organismos mixtos como las comisiones nacionales de especialidad, los sindicatos o las instituciones docentes son algunas de las instancias que deben participar en esta discusión para que sea efectiva.

5.- Es importante definir con precisión y evaluar con rigor las actuaciones psicosociales propias de los dispositivos propios del sistema de atención a la salud mental. La administración y las asociaciones profesionales tienen que compensar la desventaja con que estas cuentan frente a aquellas otras en las que la industria farmacéutica tiene un interés directo, a la hora de la investigación y la docencia.

6.- Hay que producir una deontología adecuada para regular la relación de los profesionales con la industria farmacéutica en las condiciones nuevas que han venido de la mano de la expansión de esta industria en base a los principios activos comercializados en los últimos años.

7.- Hay que incrementar la presencia de los profesionales vinculados a la atención directa

con los organismos encargados de la docencia de pre y postgrado de las diversas profesiones que participan en ella y mantener y mejorar los sistemas de control público de estas actividades. También aquí cabe un papel importante a las asociaciones profesionales.

8.- Hay que denunciar las falacias en las que se basan algunas propuestas de los nuevos sistemas de gestión y, a la vez, diseñar y proponer procedimientos rigurosos para evaluar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones que se ofertan desde los servicios de salud mental. Hay que demostrar a los ciudadanos y a los políticos que las intervenciones sostenidas sobre pacientes en riesgo y sobre su entorno producen beneficios a largo plazo.

9.- Tenemos que revisar seriamente la actual situación de inequidad derivada del desigual desarrollo de los procesos de reforma en las diferentes comunidades y sectores, la calamitosa separación de la atención a las drogodependencias y a la salud en general y la definición y condiciones de la atención a la salud mental infanto-juvenil.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fernández Liria A. (en prensa). La reforma psiquiátrica en España. En Inglot R. Las Palmas: Universidad de Verano de Maspalomas.
- 2.- Fernández Liria A (en prensa). Neoliberalismo en Salud Mental. Madrid: Universidad Complutense.
- 3.- Ministerio de sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- 4.- Rendueles G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. *Psiquiatría Pública* 1992; 4: 115-129
- 5.- Bennet MJ. Is Psychotherapy ever medically necessary? *Psychiatric Services* 1996; 47: 966-970
- 6.- Borenstein DB. Does managed care permit appropriate use of psychotherapy? *Psychiatric Services* 1996; 47: 971-974.
- 7.- Tizón JL. Posibilidades, medios y sistemas de relación entre los equipos de salud mental y los equipos de atención primaria. En Otero JF (ed). *Trastornos psiquiátricos y atención primaria*. Madrid: Doyma 1995
- 8.- Tizón JL. Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de salud mental y los equipos de atención primaria. *Atención Primaria* 1995; 16: 105-114.
- 9.- Donas M, Fernández Liria A. Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos; un modelo español de case management. Rebolledo S (coord) *Rehabilitación psicosocial*. Santiago: Universidad de Santiago (en prensa)
- 10.- Fernández Liria A, García Rojo MJ. Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1990; 10, 32: 65-75.
- 11.- **síndrome de Tomás**
- 12.- Rendueles G. ¿Cuanto es bastante en salud mental? *Psiquiatría pública* 1997; 8: 367-374
- 13.- González González G y Rendueles Olmedo G. De la utopía a la incineración: antes la destrucción que la derrota. *Psiquiatría Pública* (en prensa)
- 14.- Alvarez Gallego E, Fernández Rios L. El síndrome de burnout o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Rev Asoc Esp de Neuropsiquiatría* 1991; 11: 257-265
- 15.- Fernández Liria A: Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica en Madrid. *La Rehabilitació Psicosocial Integral a la Comunitat i amb la Comunitat* 1995; 1: 32-39.

16.-Elola J, Nieto J, Sunyer J, Daponte A. La relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. Unas notas de cara a la reforma del sistema sanitario español. Gaceta sanitaria 1996; 10: 191-196

17.- López Bastida J ¿Crisis de la Sanidad o crisis de la medicina? Gaceta Sanitaria 1994; 8: 248-256

18.-NavarroV, La relevancia de la experiencia americana en la reforma del sistema nacional de salud británico. Gaceta Sanitaria 1991; 27:276-283

19.- Hadley TR, Muijen M, Goldman H, Shepherd G. Mental health policy reform and its problems in the UK: déjà vu. Current Opinion in Psychiatry 1996; 9: 105-108.

RESUMEN

La reforma psiquiátrica ha transformado sustancialmente el sistema de atención a la salud mental y lo ha hecho en la dirección deseable. Sin embargo hay aspectos del sistema resultante de la reforma que amenazan con dar al traste con los resultados que cabía esperar. Se analiza la actual situación de la relación entre la atención a la salud mental y la atención primaria de salud, la situación de la incentivación y el queme de los profesionales, la realidad actual de los equipos interprofesionales y las dificultades de definición de los roles profesionales, los nuevos problemas surgidos de la pujanza de la industria farmacéutica y la sofisticación de las intervenciones psicosociales, los problemas en la formación y acreditación de los profesionales y las implicaciones de los nuevos sistemas de gestión. Se presentan siete conclusiones sobre estos temas.

palabras clave

reforma psiquiátrica, servicios de salud mental

Psychiatric reform in Spain: What is wrong (and right) and what can we do?

SUMMARY

Psychiatric reform has dramatically changed the Spanish mental health system and it has done it in the correct way. Meanwhile, there are still unsatisfactory questions that claim for further change. We review relationships between primary care and mental health system, professional burn-out concerns, interprofessional teams and role definition difficulties, new problems in the relationship with the pharmacological industry, the role of psychosocial interventions, problems in professional training and accreditation and the consequences of the new management systems. We propose seven conclusions about this issues.

key words

psychiatric reform, mental health systems