

# Crisis económica, políticas de respuesta y atención a la salud mental en USA (I)

## La atención a la salud en USA ante la crisis económica

Alberto FERNANDEZ LIRIA \*  
Enrique GARCIA BERNARDO \*\*

### 1. INTRODUCCION

El propósito de este artículo es revisar la bibliografía reciente (desde 1981) sobre la creciente preocupación de los profesionales de la salud mental por la incidencia que tienen los condicionantes económicos impuestos por la crisis y por las políticas que, en respuesta a ésta, se articulan en los Estados Unidos de América, sobre su quehacer profesional, su rol social y sobre las instituciones desde las que éstos se desempeñan. Se trata, en suma, tan sólo, de hacer una recopilación de la inquietud y la alarma que estos momentos recorre la comunidad profesional con más crudeza aún en los lugares en que disponía de los mejores medios para llevar adelante su tarea.

Somos conscientes, sin embargo, de que ni siquiera una tarea de recolección de señales de tal inquietud podría llevarse a cabo desde la inocencia y queremos explicitar en esta introducción la hipótesis que ha guiado nuestra intención, aunque el contrastarla no sea, en absoluto, uno de sus objetivos y estemos convencidos de que el no compartirla no resta interés el trabajo de revisión que sigue. Tal hipótesis concierne a la caracterización de la crisis. Creemos interpretar co-

rrrectamente el pensamiento de alguno de los expertos que fueron capaces de *predecir* la crisis actual (1, 2) cuando un acontecimiento tal aparecía como impensable a los ojos de la mayor parte de los economistas, si suponemos que ésta ha sido una crisis de sobreproducción y que, por tanto, su clave radica en una incapacidad del mercado para *realizar* la plusvalía producida en cada momento por el aparato productivo desarrollado vertiginosamente en el período precedente. Salir de la crisis supondría, atendiendo a este modelo, reestructurar la economía con vistas a expandir el mercado hasta dotarlo de las dimensiones capaces de absorber el volumen de mercancías suficientes para realizarla (3). Como afirma GRANOU (4), la posibilidad de realizar una tal expansión en términos geográficos se agota con la generalización a escala mundial del modo de producción capitalista después de la Primera Guerra Mundial. La salida de la gran crisis de 1929 se produce tras la Segunda Guerra, gracias a una expansión interna del mercado a través de la incorporación al ciclo de circulación de las mercancías del proceso de reproducción de bienes de la fuerza de trabajo (tareas como la producción de bienes de consumo doméstico —alimentos, vestidos— o la realización de las tareas del mismo ámbito, pasan a realizarse industrialmente o por artefactos producidos industrialmente) a lo que se añade el llamado «consumo improductivo» (gastos militares...).

(\*) Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Leganés (Madrid).

(\*\*) Psiquiatra. Hospital Central de la Cruz Roja (Madrid).

Por circunstancias que no vamos a analizar aquí, una nueva expansión del mercado supone una reforma estructural profunda que concierne, entre otras cosas, a las relaciones entre el Estado y sus gastos y el capital privado en sus diferentes formas que han sido apuntadas y discutidas (5, 6, 7) desde principios de la década de los 70 alrededor del epígrafe de la «Crisis fiscal del Estado». Las nuevas políticas económicas de reducción de gasto, ante las que los profesionales de la salud mental se alarman, no responderían, según este modelo, a una mera intención de contener el gasto público, sino a una verdadera revolución del significado de éste, que va mucho más allá de la vieja discusión entre liberales e intervencionistas a la hora de fijar sus dimensiones.

Creemos importante esta reflexión, dado que en Europa es probable asistamos a una puesta en escena de tales políticas por parte de Administraciones socialdemócratas.

## 2. EL SISTEMA AMERICANO DE SALUD

El análisis que nos hemos propuesto de la incidencia de la crisis en el aparato de atención a la salud mental americano no sería comprensible si no procedemos previamente a una exposición de la complejísima estructura del *sistema americano de atención a la salud mental*. Pero éste se define, precisamente, por una serie de excepciones y particularidades respecto al *sistema general de atención a la salud*. Las modificaciones introducidas por las políticas de respuesta a la crisis han incidido, a través de dichas particularidades, de un modo especialmente flagrante sobre el sistema de atención a la salud mental; pero sus objetivos, su sentido y su intención serían inabordables fuera del marco general de la atención a la salud. Por ello, hemos procedido a dividir nuestra exposición en dos grandes apartados que constituyen las dos *entregas* del artículo.

En esta primera entrega, incluimos algunas reflexiones sobre las características generales del sistema general de atención a la salud tal y como estaba configurado antes del advenimiento de la crisis y una exposición de las políticas de respuesta a ésta, tal y como son percibidas por los profesionales de la Medicina, que hemos recogido, fundamentalmente, de los artículos sobre el tema aparecidos en el *New England Journal of Medicine* y bibliografía colateral.

En la segunda parte procederemos a dibujar las líneas particulares de inserción del sistema de atención a la salud mental en el sistema general, y a recopilar la percepción de las consecuencias de las políticas de respuesta sobre aquél por los profesionales de la salud mental a través de su expresión, sobre todo, en el *American Journal of Psychiatry* y el *Hospital and Community Psychiatry*, ambos editados por la *American Psychiatric Association*.

La caracterización de un sistema de salud en un país europeo puede realizarse con facilidad a través de la dicotomía público/privado bastando, a continuación, con delinear la estructura de uno y otro campo, su peso relativo y las relaciones entre ambos. La imposibilidad de realizar una operación parecida para referirse al sistema que nos ocupa está, particularmente, bien ilustrada por la dificultad de *Talbott* (8) de explicar el objeto de su análisis en un reciente artículo sobre el destino del sistema público (que él llama significativamente *asistema*) cuando pone de manifiesto que si ésta se hiciera en base a la *titularidad de los centros* incluiría sólo a los que son propiedad de la Administración a nivel federal, estatal o local, mientras que si se considerara la *financiación* habría que incluir las múltiples instituciones privadas con o sin ánimo de lucro que reciben dólares públicos a través del *medicare* y del *medicaid* y si se pretendiera definir a partir de la *población atendida*, habría que hacerlo de forma tan amplia como «la gama de servicios públicos y casi públicos que utilizan fondos públicos para atender cargas públi-

cas». Dicho autor acaba proponiendo una definición del sector público como «*La gama de servicios, encuadres y mecanismos de financiación utilizados para alojar, cuidar y financiar a los pacientes graves y crónicos*». Sólo una definición tan comprensiva como esta nos puede permitir entender al efecto de las nuevas políticas propuestas y el proceso de configuración del nuevo mercado de salud en USA. Nos referiremos a continuación a alguno de los componentes de este complejo entramado.

## 2.1. La responsabilidad del Estado

Las competencias de la Administración en materia de salud son muy variables a lo largo y ancho de los USA, debido a su estructura federal y la consiguiente autonomía de los estados. La distribución de las mismas entre las Administraciones federal, estatal y local ha variado frecuentemente a lo largo de su historia y su modificación, es hoy uno de los instrumentos utilizados por la actual Administración para redibujar el sistema de atención a la salud.

A nivel federal, no existe Ministerio de Sanidad. El Servicio Nacional de Salud Pública depende de la *Federal Security Agency* y consta de un Director General, los Institutos Nacionales de Salud, la Oficina de Servicios Médicos y la Oficina de Servicios de los Estados (9). Dicho organismo asume, en principio y salvo programas especiales a los que nos referiremos sobre todo en la segunda parte de este artículo, funciones de salud pública entendida como promoción y protección de la salud. La aportación federal al aspecto médico-curativo de la atención a la salud se reduce a las prestaciones de la *Veterans Administration* y las *Armed Forces Hospitals*, que disponen de una red de atención propia para veteranos y miembros de las Fuerzas Armadas, y a su participación en los planes *Medicare* (que será analizado más adelante) y *Medicaid*.

El *MEDICAID* es un programa equivalente a la beneficencia europea por el que

se proporciona, a cargo de fondos federales y estatales, asistencia médica a los necesitados. Actualmente, se acogen a él 29 millones de indigentes. El costo total del programa es de 40.000 millones de dólares (25.000 a cargo de fondos federales y 15.000 a cargo de los estatales).

La asistencia benéfica (*Wellfare*) dispone de una red propia (de titularidad repartida entre los distintos niveles de la Administración) que, generalmente, dispensa una atención de ínfima calidad.

## 2.2. Los sistemas de seguro público: «Medicare» y «Champus»

El sistema de seguridad social americano es de introducción tardía con respecto al de otros países avanzados (1889 Alemania, 1908 Gran Bretaña, 1910 Francia). Las prestaciones de dicho sistema son, comparativamente, escasas, y la introducción de las sanitarias tardía e incompleta, pues se refiere sólo a la población pensionista y dependientes (10). Así:

- En 1935 la propuesta del Presidente Roosevelt restringe sus prestaciones al pago de una pensión para los *jubilados*. Por una enmienda del Congreso se añaden a esta propuesta inicial las pensiones de *viudedad* y *orfandad*, quedando constituido así el núcleo básico de la seguridad social: OASI (*Old Age and Survivors Insurance*).
- En 1956 se añade el seguro de *invalidez* (OASDI).
- Sólo en 1965 se acopla el seguro médico *para pensionistas* (MEDICARE) dividido en dos partes: el *seguro médico hospitalario* (OASDHI) y el *seguro médico complementario* que se alimenta de fondos independientes, es opcional —aunque los beneficiarios suelen acogerse a él y contribuye a pagar *una parte del costo* de las prestaciones (un 30 %)—. El resto se sufraga a cargo de los fondos federales.

El sistema cubre actualmente, aproximadamente, al 90 % de la población (aunque sólo el 80 % se acogen a la parte opcional del MEDICARE), siendo la principal excepción, los trabajadores de la Administración pública y los de algunas instituciones no lucrativas.

El *Medicare* funciona como un sistema de seguros que no dispone de instituciones sanitarias propias y que paga (hasta la fecha; ésta ha sido una de las modificaciones promovidas por las nuevas políticas) la parte correspondiente del *costo* de las prestaciones recibidas por el asegurado a dispensadores de carácter público o privado con o sin ánimo de lucro.

El sistema de seguridad social atraviesa en la actualidad una temible *crisis de liquidez*, cuyo determinante básico es el núcleo inicial OASI. En la actualidad, los fondos que financian las prestaciones son los provenientes de las cotizaciones del mismo año, que se agotan en este menester. De esta forma, el previsible aumento de las prestaciones debido al cambio de la estructura demográfica (con un aumento de las capas inactivas) amenaza con poner sobre el tapete la inviabilidad del sistema, de no mediar profundas modificaciones.

Uno de los efectos sobre la atención a la salud repetidamente señalado (10) de la actual conformación del MEDICARE es que, al cubrir sólo el gasto hospitalario de los casos graves y los honorarios médicos de las personas que han decidido pagar el seguro médico complementario, alienta la utilización innecesaria de procedimientos más caros (hospitalización «versus» cuidados comunitarios, atención especializada «versus» atención no médica) impidiendo su utilización como soporte de dispositivos que se reputan de más modernos, baratos y eficaces. La repercusión de este hecho sobre la atención a la salud mental requiere un análisis aparte que abordaremos en la segunda entrega de este artículo.

Existe un sistema especial de seguros dependiente del Departamento de Defensa (*CHAMPUS*: «Civilian Health Program

of the Uniformed Services») para el personal uniformado. Incluye cuidados hospitalarios, ambulatorios y domiciliarios en hospitales militares o civiles, los gastos de farmacia y otras prestaciones especiales.

### 2.3. Los sistemas de seguros privados

Como señala TARLOV (11) el proceso por el que un ciudadano pagaba los servicios de atención a la salud a principios del presente siglo comprendía una relación directa entre éste y el médico, farmacéutico u hospital. Hoy la mayor parte del dinero destinado a estos efectos proviene —a través de los sistemas de seguro y pagos por «terceras partes»— de grandes instituciones. Entre el ciudadano (fuente, en último caso, del dinero empleado) y el sistema de salud se ha desarrollado un impresionante complejo de grandes compañías aseguradoras (Blue Cross, Blue Shield, Prudential, Aetna...) cuya función se supone que es distribuir el riesgo social entre los beneficiarios y facilitar las transacciones entre éstos y las instituciones dispensadoras de atención.

Los Planes *Blue Cross* y *Blue Shield* cubren respectivamente a más de 80 y 70 millones de ciudadanos (12), aunque el nivel de cobertura es muy variable.

Las compañías aseguradoras comerciales (cuyo número se acerca a las 1.000 en USA) cubrían, a finales de 1975, 85,1 millones de personas (12) en pólizas de grupo y 24,2 millones en pólizas individuales. La cobertura de grupo ofrecida por las compañías es de dos tipos. En la primera modalidad cubre los gastos hospitalarios o bien los hospitalarios, ambulatorios y domiciliarios. En la segunda, las pólizas médicas *especiales* cubren, en el caso de los Planes *Blue Cross* y *Blue Shield* un porcentaje (que suele ser del 80 %) del deducible pagado por el paciente por diversas modalidades de atención suplementaria. Las pólizas individuales suelen cubrir sólo los gastos de hospitalización.

Existen, además, otras modalidades de seguro, adscritas a otros planes, que en

1975 incluían nueve millones de asegurados frente a los gastos hospitalarios y 11,2 millones frente a tratamientos ambulatorios y domiciliarios. Se trata de planes comunitarios que proporcionan atención mediante grupos de tratamiento, planes comunitarios que proporcionan atención en régimen de libres elección de médico, planes de autoaseguramiento de trabajadores, fundaciones sanitarias de diversa índole o asociaciones en beneficio de los trabajadores (sindicales...), o planes organizados por clínicas o grupos de médicos privados.

### **3. POLITICAS DE RESPUESTA A LA CRISIS EN EL MODELO AMERICANO**

Una vez considerado y expuesto el modelo de salud que vamos a llamar clásico, pasamos a acometer el análisis de las reformas que han aparecido como consecuencia de la Administración Reagan y que siguen aplicándose con ritmo progresivo desde 1981.

#### **3.1. Financiación del sistema**

RELMAN en 1980 hablaba de la «creciente privatización del sistema de salud (13) que venía ocurriendo desde la segunda mitad de la década de los 70, privatización que no era homogénea, sino que afectaba a varios sectores del mercado sanitario, precisamente a aquéllos que sin ser los prioritarios desde el punto de vista de política sanitaria, sí eran de los que se esperaba se pudieran obtener beneficios». Los centros de cuidados mínimos, a cargo de enfermeras y las unidades de diálisis eran buenos ejemplos de esto. Venían a «rellenar un hueco insuficientemente cubierto por el aparato público, ahorraban gastos fundamentalmente a costa de personal y de una gestión basada en control de costos y estrategias de «marketing» y ofertaban calidad en sus prestaciones». Al menos esto es lo

que ellos decían. RELMAN cree ver en ello la aparición de un *nuevo complejo industrial* del que pueden derivar amplias repercusiones. Si en 1980 esto no representaba sino el 10 % de todos los recursos sanitarios, en 1982 (11) ya eran el 15 % y la *Industria Sanitaria* se había convertido en la principal empresa del país con un movimiento de 300.000 millones de dólares al año que equivalía al 10 % del producto nacional bruto. ¿Qué es lo que había sucedido? Pues sencillamente que lo que RELMAN había vaticinado se había hecho realidad (12, 14, 15). El fenómeno, que había pasado desapercibido para la sociedad y al que sólo se habían mantenido atentas las financieras de Wall Street, se había consolidado. Hasta entonces la sanidad incluía tres escalones, los pacientes, los médicos y las compañías de seguros. Aparece (15) una nueva parte en discordia, los hombres de negocios que van a marcar la pauta de cómo debe financiarse el modelo, aplicando estrategias de empresa privada, jerarquizando y centralizando la gestión, poniendo el énfasis en las técnicas y apartados potencialmente más beneficiosos desde el punto de vista económico, y restringiendo a los profesionales al rol de pieza de una cadena. Pero esto lo veremos más tarde. La justificación se basa en que, por ejemplo, empresas como la General Motors contabiliza como segundo gasto después del acero para producir coches, los gastos sanitarios que engendran sus empleados.

Aparece, pues, la competición más propiamente que la competencia, por un mercado de salud libre sobre el que se aplican estrategias de «marketing». Subsiguientemente aparecen las grandes empresas del sector sanitario, empresas que contratan cadenas de hospitales por todo USA y que efectúan, además, una integración vertical, a saber, copan los diferentes escalones sanitarios que van desde el médico de familia hasta el hospital especializado. Hasta aquí iría el avance de la industria sobre un sector de servicios más de la sociedad, antes bajo control

gubernamental. Pero el cambio básico se opera a nivel político. Así, es la Administración Reagan quien como medio para desarrollar sus objetivos y con una política de freno en cuanto a servicios sociales y de salud, lleva a cabo una desviación de los fondos federales desde la sanidad, 16 % de total, hacia la defensa. Así en (16) 1985 «el 29 % del presupuesto se destina a la defensa mientras que ven congelados sus programas, o simplemente desaparecen, instituciones como los NIH (Institutos Nacionales de Salud) y sus ramas, *Medicaid* (reducción en 1985 de 29 millones de dólares) o *Medicare* (cuyo presupuesto queda congelado)».

Con la excusa del progresivo crecimiento de los gastos sanitarios sufragados por el Gobierno Federal a través de *Medicare*, *Medicaid*, etc., se invita a éstos a desarrollar una estrategia de control del gasto y se propone como medida un funcionamiento a base de DRG (Grupos dependiendo del diagnóstico) con una forma

de pago prospectivo cerrado de antemano (17). En pocas palabras, ante un ingreso se emite un diagnóstico y la tercera parte en juego (*Medicare*, seguros, etc.) paga por el diagnóstico una cantidad previamente estipulada según unas tablas y no por la evolución potencial del paciente durante el ingreso.

La brecha está abierta. Hay que desarrollar un funcionamiento competitivo para que nos elijan los pacientes y paguen los seguros. Reducir técnicas innecesarias, abaratar costes, reducir personal y trabajar con más «calidad». Si el Estado ya no atiende absolutamente todo tendrá que venir alguien a cubrir el hueco. La llamada no se hace esperar. Aparecen (11, 26) los HMO (Organizaciones para el mantenimiento de la Salud), PPO (Selección del proveedor) los DRG, etc. Aparecen, asimismo, las multinacionales del mercado sanitario (11) (Humana, Hospital Corporative of America y American Medical international) (Cuadro 1). El cambio

## CUADRO 1

### SISTEMAS DE PAGO PROSPECTIVO

#### **DRG (Diagnostic Related Groups)**

Sistema adoptado por *Medicare* y consistente en el pago por los servicios prestados a un paciente por la institución correspondiente en función del diagnóstico emitido y ajustándose a unas tablas en las que consta, de antemano, la cuantía de lo que se debe abonar.

*Pago prospectivo y precio cerrado.*

#### **HMO (Health Maintenance Organizations)**

Sistema sin conexión institucional. También llamado práctica médica pagada de antemano. Consisten en el concierto que o bien la empresa o bien el individuo hacen con una organización, según una tarifa mensual fija, comprometiéndose la organización a hacerse cargo de los gastos que pudieran producirse. Equivalente de la iguala o de las Sociedades Médicas.

*Pago prospectivo. Tarifa mensual fija.*

#### **PPO (Preferred Provider Organizations)**

Grupo de hospitales o médicos independientes que acuerdan prestar su atención según una tarifa negociada que implica un descuento determinado. Sólo obtienen el descuento si son atendidos en la estructura previamente negociada. Si son atendidos fuera los desembolsos personales son mayores aunque pueden someterse a pago compartido.

*Pago prospectivo. Descuento previamente acordado.*

es importante y merece la pena destacarse. Desde la *Omnibus budget reconciliation Act* de 1981 hasta la actualidad el sistema sanitario ha transformado toda su estructura. Hoy en día (14) estas empresas representan el 15 % del total del sector. Pero, por ejemplo, el 75 % de todos los dispositivos que prestan cuidados mínimos son privados y siguen en franca expansión.

El sistema tiene sus defensores acérrimos (18) y sus críticos (17, 19, 20).

Como señala TARLOV (11), «la práctica de la medicina, desde el punto de vista estructural, ha cambiado radicalmente». No vamos a entrar en el cambio del rol profesional, al que merece un apartado específico, sino constatar que quedan ya sólo dos proveedores de salud en USA, el Estado y las grandes compañías privadas, habiéndose eliminado, por imposibilidad de competir, todos los posibles escalones intermedios (médico de familia independiente, fundaciones, etc.).

La gestión hospitalaria (11) «se transforma en una gestión fundamentalmente administrativa, que se centraliza las más de las veces fuera del hospital, con gran estructuración jerárquica y en la cúspide ya no hay médicos sino empresarios en busca de beneficios». Los posibles beneficios de este diseño empiezan a desaparecer. Aún RELMAN (14), en un detallado estudio llega a la conclusión de que «este sistema carga más en admisión que el sistema público, es más caro en gestión interna, emplea menos personal y no cubre satisfactoriamente la *demanda real* de la población a la que sirve». En resumen, la encuentra más cara sin que ofrezcan mejores servicios.

Resumiendo la cuestión de la financiación del sistema nos encontramos que ante la brecha política creada por los recortes de la Administración Reagan en los programas de salud y servicios sociales aparece la empresa privada en busca del mercado abandonado por el Estado y mediante estrategias de control de gasto y «marketing» se adueñan del ya «*mercado de salud*».

Ha habido una verdadera reconversión

(16) en el sentido literal de la palabra que ahorra dinero al Estado central a costa del bolsillo del usuario. Pero se ha abierto un nuevo espacio para la inversión. Un espacio que garantiza una tasa de ganancia apetitosa.

La repercusión que este cambio produce sobre las capas menos favorecidas de la sociedad no se ha hecho esperar. Basta observar lo ocurrido con *Medicaid* (11) para constatarlo.

### 3.2. Política de personal

La garantía del mantenimiento de esta tasa de ganancias es, un aumento de la «productividad», lo que en realidad viene a significar reducción de personal empleado para ofertar las mismas prestaciones. En efecto, todos los estudios (13, 18, 19, 20, 21) aportan datos en este sentido. La organización de la salud como una empresa privada hace que ésta exija del profesional el máximo rendimiento.

Así, si como hemos comentado, se eligen para la penetración aquellos sectores que tienen mayores posibilidades de generar beneficios, y si los observamos detenidamente, vemos que son aquéllos mantenibles con un número bajo de profesionales al cargo (cuidados mínimos, diálisis, etc.). Si son demasiado amplias las necesidades de personal eso no interesa a la empresa privada. Aunque, en el futuro, como señala RELMAN (14), «si esta nueva medicina industrial quiere ser competitiva tendrá que hacerlo cubriendo todas las necesidades de la población a su cargo, que incluya, no sólo criterios de calidad sino además, personal contratado altamente cualificado y suficientemente para la tarea encomendada».

A todo lo anterior se añade un fenómeno nuevo en USA, ya conocido por nosotros, la sobreproducción de médicos en general y de especialistas en particular. Dentro de un mercado acaparado por el Estado y las multinacionales sanitarias en el que hay exceso de oferta sobre demanda, una desviación hacia políticas de personal más restrictivas plantea una pro-

blemática nueva e inmensa en sus repercusiones que luego analizaremos.

### 3.3. Ambito académico

Para calibrar adecuadamente este punto tenemos que considerar la historia de la educación médica en USA en los últimos 20 años, su evolución y los efectos que origina. La unión de este fenómeno con la aparición de la crisis y la reprivatización nos dará los elementos suficientes para comprender los cambios que se están produciendo en el ámbito académico que se encuentran en estrecha relación con nuestro siguiente punto que sería las repercusiones sobre la función y el rol social del médico.

#### a) Formación médica en los últimos 20 años

Señala TARLOV (11) el fenómeno que se produce cuando entre 1965 y 1980 aumenta hasta el 100 % el número de estudiantes de medicina en las facultades americanas. Por aquel entonces tenían un promedio francamente bajo de médicos por 100.000 habitantes, 1,49. Las expectativas generadas hacen que aumente de forma explosiva el número de facultades de medicina y de hospitales con docencia post-graduada acreditada, hecho que explica ese aumento de más del 100 %. «El resultado es que se espera un aumento del 100 % del número de médicos entre 1970 y 1990 hasta alcanzar un promedio de 215/100.000 habitantes, con un cálculo de excedentes de unos 70.000 médicos, un buen número de los cuales serán especialistas».

Dos preguntas fundamentales quedan, como señala PETERSDORFF, sin hacer entonces, a saber (22):

¿Cuántos médicos se necesitaban?

¿Cuántos estudiantes deberían entrar cada año?

Hay otro fenómeno que merece ser señalado, que es el de los graduados en universidades no americanas (FMG). Su número ante la gran oferta de trabajo se

aumenta en la década de los 60 hasta llegar a totalizar un 25 % del total de los médicos en formación post-graduada. Ni que decir tiene que tampoco hubo una planificación en la distribución por especialidades de tal manera que (22) se produce una plétora con franco exceso en subespecialidades médicas y quirúrgicas mientras que otras básicas, como psiquiatría o rehabilitación no llegan a cubrir sus necesidades. Las universidades hasta el momento actual vivían absolutamente en el paraíso, tanto en el nivel pregraduado como de post-grado, con fuertes presupuestos para la investigación a través de instituciones públicas y privadas, y dentro del curriculum de todo médico se dejaba un lugar de especial importancia para la investigación. «El profesional dedicado a la docencia e investigación obtenía abundantes recursos para ella, incluso más que si se dedicara a una labor clínica, que no ocupaba de hecho sino el 20 % de su tiempo» (22).

#### b) Estado actual

IGLEHART comenta en un sabroso artículo «los efectos que la reforma de la Administración Reagan va a provocar y está, de hecho, provocando ya en el mundo académico». Se prevé «la desaparición de la ayuda de *Medicare* a las facultades (sistema de pago prospectivo), desaparición de los fondos de educación del servicio de salud pública, desmantelamiento de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) o congelación de presupuestos de los mismos, *Blue-Cross* y *Blue-Shield* han empezado a reconsiderar su apoyo a la educación médica, etc.». La razón es bien sencilla. Si, como antes mencionábamos, se están aplicando criterios de libre mercado en el terreno sanitario, la educación carece de rentabilidad. Los dispensadores privados, piensan que la educación debe seguir siendo pagada por recursos públicos.

Es evidente que esta situación plantea graves incógnitas sobre el futuro de la educación pre y post-graduada. FREEDMAN



señala (4) que «será el sector privado quien, sin financiar la educación, o haciéndolo mínimamente, sentará las directrices de ésta de tal manera que se adapte a sus necesidades». La orientación actual hacia la investigación tenderá a disminuir paulatinamente, mientras que veremos resurgir al profesional académico en el trato clínico directo para obtener un dinero suficiente. Esto, a su vez, produciría una disminución del tiempo potencial que puede dedicar a la docencia con la consiguiente merma en la formación de estudiantes y médicos residentes. Los puestos académicos dejan así de ser puestos atractivos desde el punto de vista de las posibilidades de trabajo en favor de los puestos clínicos. Con los residentes ocurre exactamente igual, menos tiempo para la investigación y más para la actividad clínica, algo bien conocido en nuestro país, residentes asistenciales y no docentes.

PETERSDORFF (25) propone una serie de medidas que corregirían esta situación que se añade a la ya propuesta (22) en 1983. Entonces hablaba de «la disminución del número de estudiantes y especialistas, favorecer las especialidades básicas, hacer dos tipos de médicos, unos investigadores y otros clínicos, restringir los presupuestos de investigación absurdos y separar universidad de hospitales en cuanto a propiedad y gestión preservando la independencia de aquélla».

PETERSDORFF habla de «echar a los extranjeros (FMG) y realizar una profunda reestructuración de la capacidad docente pregrado y post-grado eliminando la de poca calidad», incluso de realizar una limitación cuantificada del número de especialistas con su consiguiente distribución por especialidades, o de excluir al residente del concepto de retribución por acto médico, poniéndolo a expensas de un presupuesto a cargo de un Fondo de Educación Médica. Para los profesionales de la educación propone una vuelta a su tarea docente suficientemente retribuida para que no tenga que dedicar su tiempo a la asistencia.

Si realizamos una comparación entre por donde discurren las directrices de la Administración y lo anteriormente expuesto, vemos que los puntos de corte son escasos, los intereses son tan claramente divergentes que como titulaba IGLEHART (24), se presentan «tiempos muy difíciles para la educación médica».

Ni que decir tiene que los objetivos de la universidad, en particular los temas prioritarios de investigación ya no se moverán en función de intereses científicos sino que se desplazarán a aquéllos que resulten más rentables para los gestores de la nueva situación.

### 3.4. El rol profesional

Vamos a tratar de exponer a continuación los cambios que la nueva situación provoca en el papel del profesional, tanto en el rol social como en su trabajo diario. Es evidente que en un sistema como el descrito, el primer fenómeno ha sido la progresiva desaparición del profesional que trabaja aislado en su consulta. En un medio tan competitivo la búsqueda de puestos asalariados en las grandes compañías es la única salida posible, máxime si consideramos las presiones legales sobre el médico en la sociedad americana actual (*malpractice*, etc.). Esta hace que se pierda el poder tradicional del médico en la sociedad que «pasa a ser un eslabón más de una cadena, incluso a la hora de negociar unos derechos económicos y laborales» (11). Como tradicionalmente se dice, se acabaron los privilegios de la clase médica. Vamos a seguir el esquema de TARLOV (11) a la hora de estudiar el cambio en el trabajo habitual de los médicos.

#### a) Organización social de los médicos

Los servicios médicos se realizan ahora por contrato (HMO, DRG, etc.) y con precio cerrado. Como el sistema demanda contención de costes hay una gran restricción en el uso de tecnología con

finés diagnósticos en favor de una simplificación que, como parece evidente, tiene unos aspectos positivos y negativos. Además ellos mismos, los médicos, se responsabilizan de esto, pues las nuevas compañías les hacen accionistas de la empresa con lo cual los objetivos financieros se unen.

Aparece una nueva figura, la del *médico-manager* con un amplísimo presente y más futuro, pues el conocimiento de la estructura y organización empresarial resulta básico. El control del puesto de trabajo ya no es una cuestión particular sino que la empresa es quien regula la movilidad dentro de su estructura en función de las necesidades coyunturales de cada momento.

### **b) Concepto de salud**

Pasa a definirse claramente no como ausencia simple de enfermedad, aunque tampoco como «bienestar», sino como capacidad de funcionamiento laboral y social. El médico repara para devolver al paciente a la vida productiva.

### **c) Toma de decisiones clínicas**

Hay un deslizamiento desde el nivel individual del médico al de planes preestablecidos que vienen seriamente matizados por los cortes.

Ya no es exclusivamente el médico el responsable individual de la indicación sino que tiene que ajustarse a las normas dictadas por la empresa. La labor, se traslada a una actuación preventiva y de detección precoz, pues abarata costes. Esto, que podría ser enormemente positivo, plantea sus dudas ante las ostensibles lagunas en la asistencia que estas organizaciones prestan.

Había además aspectos generales de la toma de decisiones que merece la pena ser comentados. Mucha de la cirugía, hoy hospitalaria, pasaría a ser cirugía ambulatoria. Se exigen ya certificados de preadmisión para los hospitales, supervisados por más de un profesional, no se

ingresan los pacientes antes de un fin de semana, se limita la estancia hospitalaria, independientemente de la evolución particular de cada caso, etc. Se trata de un proceso de racionalización en toda regla. Racionalización que viene a significar sustitución de la lógica de la salud por la de la empresa.

### **d) Participación del paciente**

Comentaremos más ampliamente este tema posteriormente. Baste señalar aquí que si hablamos de contrato, de sistema privado, de precio cerrado y de libre elección, el control por parte del usuario del dispositivo debe y tiene que ser total. Mucho nos tememos que como señalaba IGLEHART (16) sea a costa de importantes cambios en la economía doméstica.

### **e) Determinación de la oferta médica y distribución por especialidades**

Este punto ha sido desarrollado previamente. Baste señalar que se produce al pasar a ser puestos asalariados fijos, una importante rigidificación en las ofertas de los puestos de trabajo al tener que acoplarse a una oferta institucional estable. La tradicional movilidad de la clase médica americana está en vías de desaparición en función de la constricción del sistema.

Todo lo expuesto alrededor de la limitación en la formación pregraduada y la recalificación y redistribución por especialidades es, asimismo, válido. Nos reservamos para un futuro un estudio de este aspecto en particular que pensamos tiene una importancia capital, no sólo en USA sino en lo que nos afecta. Es un tema planteado en España que no parece tener aún una respuesta adecuada.

Hemos reunido hasta aquí las manifestaciones de disconfort de los profesionales, muy especialmente de los más poderosos, de los médicos, sobre este particular. La perspectiva de los empresarios y de la Administración queda, creemos,

dibujada en hueco sobre la de éstos. Queda por añadir que la representación colegiada de los médicos, la AMA o la AHA han sido denunciadas por sus representantes (21) por haberse dejado llevar por su empatía con la Administración y haber reaccionado demasiado tarde ante el ataque que, en palabras de IGLEHART (21) convierte «a la Administración — a la Administración Reagan — en el principal enemigo de médicos, hospitales y centros de investigación».

Llama la atención que, en nuestro país, la OMC a la vez que defiende el sistema en alza en los USA acusa a la — a su entender — excesiva *socialización* de la medicina de los mismos males que, quienes la sufren, imputan a la privatización.

### 3.5. El usuario

Podríamos empezar el análisis de las repercusiones sobre el usuario enlazando con el párrafo anterior. Además de ser enemigo de las instituciones citadas también parece del usuario. Las medidas de la Administración Reagan, comenzadas en 1981, fundamentadas económicamente por la vía de la resistencia al aumento de los impuestos, se plantea una política del control del gasto público, en particular en lo que nos ocupa los sanitarios y servicios sociales, que afectan gravemente a las economías más desprotegidas. Con los nuevos sistemas (PPO, HMO, DRG, etcétera) la cobertura en la asistencia sanitaria dista mucho de ser global. Más aún, donde antes estaba cubierta ahora queda al aire. Los pobres que antes recibían ayuda de *Medicaid* ven congelada esta atención. *Medicare* restringe la cobertura al sistema de pago proyectivo con lo cual se limitan estancias, medicaciones y coberturas por grupos de edad.

La idea de la Administración que se podría resumir (16) en que «todo irá mejor si el Gobierno gasta menos», contradice un gran número de artículos aparecidos en los últimos años (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24), que aunque reconocen algunos aspectos positivos de estas medi-

das (investigación irracional, uso desmedido de tecnología sanitaria, utilización abusiva de servicios, etc.) ponen el énfasis en los muchos problemas que la reforma trae consigo (no es más barato sino que paga directamente el usuario, no es mejor en cuanto a calidad, no cubre la demanda asistencial de la población, repercute negativamente sobre la educación médica, etc.).

Es evidente que en un sistema así, y ello podría valorarse positivamente, el paciente tiene derecho de elección de médico, hospital y organización intermedia. Recupera, además, un derecho ampliamente demandado en la sociedad americana, el de conocer qué se hace con él (exploraciones diagnósticas, tratamientos, etcétera). Asimismo como estímulo aversivo y dado lo costoso del sistema para su propio bolsillo se ve obligado a autopromoverse la salud con todas las medidas a su alcance. Todos éstos no dejan de ser aspectos parciales de una cuestión fundamental que al estudiar la bibliografía nos hemos planteado. ¿Salen verdaderamente beneficiados los usuarios con estas reformas? Un primer balance parece inclinarse negativamente.

Reformas ulteriores del sistema, si es que se acometen nos darán una idea de si la tradicional flexibilidad americana sigue existiendo o, si estamos asistiendo al ocaso de un modelo, el del derecho del ciudadano a una asistencia sanitaria global, cubierta por el Estado con, las aportaciones de los trabajadores, derecho legítimo que tanto tiempo tardó en conquistarse.

## CONCLUSIONES

1. Los USA afrontan la crisis con un modelo sanitario caracterizado por la abundancia de recursos y la falta de coordinación y planificación de los mismos, lo que se traduce en una patente falta de equidad en las prestaciones. La titularidad de estos recursos rara vez es pública pero, para su mantenimiento, el modelo se nutría de cuantiosos fondos públicos.

2. La política económica con la que la Administración Reagan pretende hacer frente a la crisis supone un ahorro de gasto público. Y la restricción de los fondos destinados a la salud han supuesto —fundamentalmente a través del OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT de 1981— un duro golpe al modelo que ha afectado prioritariamente a determinados aspectos del mismo —docencia, investigación, salud mental— y a determinados sectores de la población —los grupos desprotegidos— y poblaciones de pacientes —los enfermos graves y crónicos—.

3. Todo parece indicar, sin embargo, que este ahorro no es un objetivo sino un medio para alcanzar el verdadero objetivo de estas políticas: generar un nuevo mercado que abra un espacio nuevo a la inversión y sea capaz de atraer capital garantizando una alta tasa de ganancia.

4. Se perfila un nuevo modelo sanitario en los USA cuyas determinantes básicas son la dejación de una parte importante de la responsabilidad pública en materia de salud y una reorganización de los sistemas de pago diferido y la sumisión a las reglas del mercado que guía la inversión.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) GRANOY, A. (1975): «¿Qué crisis? ¿Qué lucha?». *Zona Abierta*, n.º 5.
- (2) ARRIGHI, G. (1972): «Una nueva crisis general». *Zona Abierta*, n.º 5.
- (3) LUXEMBURG, R. (1912): *La acumulación del capital*. Grijalbo. Barcelona.
- (4) GRANOY, A. (1972): *Capitalisme et mode de vie*. Les éditions du Cerf. Paris. (Trad. cast. Alberto CORAZÓN. Editor. Madrid, 1974).
- (5) O'CONNOR, J. (1973) *The fiscal Crisis of the State*. St. Martin's Press New York (trad. cast. Ed. Península. Barcelona, 1981).
- (6) O'CONNOR, J. (1979): «La crisis fiscal del Estado: respuesta a H. Mosley». *Revista Mensual-Monthly Review*. Vol. 2, n.º 7, febrero 1979, páginas 92-95.
- (7) MOSLEY, H. (1979): «La teoría de la crisis fiscal del estado capitalista». *Revista Mensual-Monthly Review*. Vol. 2, n.º 7, febrero 1979, págs. 80-91.
- (8) TALBOTT, J. A. (1985): «The fate of the Public Psychiatric System». *Hosp. Community Psychiatry*, 36: 46-50. January, 1985.
- (9) SAN MARTIN, H. (1977): *Salud y Enfermedad*. Prensa Médica Mexicana. México.
- (10) GINZBERG, E. (1982): «El Sistema Estadounidense de Seguridad Social». *Investigación y Ciencia*. Marzo 1982.
- (11) TARLOV, A. R. (1983): «Shattuck lecture. The increasing supply of physicians, the changing structure of the health-services system, and the future practice of medicine». *The New Engl. J. Med.* 308: 20: 1.235-1.244. May 1983.
- (12) MYERS, E. S. (1980): «Health insurance and psychiatric care», in: KAPLAN, H. J.; FREEDMAN, A. M.; SADOCK, B. J. *Comprehensive Text book of Psychiatry*. Baltimore, 1980.
- (13) RELMAN, A. S. (1980): «The new Medical-Industrial Complex». *N. Eng. J. of Medicine*, 303: 963-970.
- (14) RELMAN, A. S. (1983): «Investors-owned hospitals and health care costs». *N. Eng. J. of Med.* 309: 370-372.
- (15) FREEDMAN, S. A. (1985): «Megacorporate Health Care: A choice for the future». *N. Eng. J. of Med.* 312: 579-582.
- (16) IGLEHART, J. K. (1985): «The administration assault on domestic spending and the threat to Health care programs». *N. Eng. of Med.* 312: 525-528.
- (17) MANNING, W. G., et al (1984): «A controlled trial of the use of a prepaid group practice in uses of services». *N. Eng. J. of Med.* 310: 1.505-1.510.
- (18) STERN, R. S., et al (1985): «Institutional responses to prospective payment based on DRG, implications for cost, quality and access». *N. Eng. J. of Med.* 312: 621-628.
- (19) PATTISON, R., et al (1983): «Investor-owned an not for profit Hospitals: A comparison based on California data». *N. Eng. J. of Med.* 309: 347-353.
- (20) ENTHOVEN, A. L. (1984): «The rand experiment and economical health care». *N. Eng. J. of Med.* 310: 1.528-1.530.
- (21) IGLEHART, J. K. (1982): «The new era of prospective payment for Hospitals». *N. Eng. J. of Med.* 308: 1.288-1.292.
- (22) PETERSDORFF, R. G. (1983): «Is the stablishment defendible». *N. Eng. J. of Med.* 309: 1.053-1.057.
- (23) CHIN, et al (1985): «The relation of Faculty academic activity to financial sources in a department of Medicine». *N. Eng. J. of Med.* 312: 1.029-1.034.
- (24) IGLEHART, J. K. (1985): «Difficult times ahead for Graduate Medical education». *N. Eng. J. of Med.* 312: 1.400-1.404.
- (25) PETERSDORFF, R. G. (1985): «A proposal for Financing Graduate medical education». *N. Eng. of Med.* 312: 1.322-1.325.
- (26) MAYER, T. R.; MAYER, G. G. (1985): «HMOs origins and development». *N. Eng. of Med.* 312: 590-594.

## **RESUMEN**

Se revisa la bibliografía reciente en busca de la percepción y opinión de los profesionales sobre los cambios impuestos en el sistema de atención a la salud mental en los Estados Unidos por las políticas de respuesta a la crisis de la Administración americana actual. En esta primera parte se estudia lo referente al sistema general de atención a la salud.

## **SUMMARY**

We review the recent bibliography searching for the perception and opinion of the professionals over the changes imposed in the Mental Health Care System in USA by the politics of response to the crisis deliniated by the current american Administration. In this first part we study what concerns the general health care system.

## **PALABRAS CLAVE**

Sistema sanitario; Sistema de atención a la salud mental.

## **KEY WORDS**

Health System; Mental Health Care System.