ARTÍCULO ESPECIAL

La reforma psiquiátrica en España: En qué (y en qué no) metimos la pata (y qué podemos hacer)

A. FERNÁNDEZ LIRIA

Psiquiatra. Servicios de Salud Mental del Área 3 de Madrid
Universidad de Alcalá

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 at

industry, the role of psychosocial interventions, problems in proffessional training and acreditation and the consecuences of the new management systems. We propose seven conclusions about this issues.

Key words: *Psychiatric reform. Mental Health Systems.*

Riassunto

La riforma psichiatrica in Spagna: In che cosa (e in che cosa no) inciampammo (e che cosa possiamo fare). *La riforma psichiatrica ha transformato sostanzialmente il sistema di attenzione alla salute mentale e l'ha fatto nella direzione suspicabile. Tuttavia ci sono aspetti del sistema risultante dalla riforma che minacciano di mandare a rotoli i risultari sperati. Si analizza l'attuale situazione del rapporto tra l'attenzione alla salute mentale e l'attenzione primaria della salute, la situazione dell'incentivazione e lo stress dei professionisti, la realtà attuale dei gruppi interprofessionistici e le difficoltà di definizione dei ruoli professionali, i nuovi problemi sorti dalla forza dell'industria farmaceutica e la sofisticazione delle intervenzioni psicosociali, i problemi nella formazione ed accreditazione dei professionisti e le implicazioni dei nuovi sistemi di gestione. Si presentano sette conclusioni su questi temi.*

Parole chiave: *Riforma psichiatrica. Servizi di salute mentale.*

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 me referiré 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 tata 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 desarrollándose, 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 ente 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 cuál es el papel que cabe atribuir al sistema público, y, dentro de éste, a cada uno de los dos escalones, en la atención a la salud y la enfermedad mental. No hay una definición de cuáles son las condiciones en las que el Estado garantiza la atención a los ciudadanos y quién 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 atendidas 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. Ha hecho su aparición la serie entera de trastornos mentales (mal) llamados *menores* (de los trastornos de ansiedad a la distimia, pasando por las 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 más 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 Psiquiátricos no Identificados), y aquí no nos detendremos en su análisis, 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 presentan problemas de salud mental tratables. Aun 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 seis minutos. En los lugares donde la reforma se ha desarrollado, más 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 más de veinte minutos o de una frecuencia superior a la mensual resulta cada vez más 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 (20 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, cuáles 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 que el Estado ni puede ni debe garantizar atención médica para remediar la ausencia de deseo sexual del mismo modo que para remediar una apendicitis). Ésta 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 -si no 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 más 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 pro-

blema. Si se mantiene el modelo propuesto por la Ley General de Sanidad, la atención primaria de salud debe hacerse cargo del cuidado de 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.

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

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 más 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 más 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. Éstos necesitan incentivos o son "incentivados" por la rutina. Y la vida de un profesional debe estructurarse de modo que la experiencia acumulada pueda verterse 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, al día de hoy, más 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 estrafalarios) fuera un argumento de mucho peso (al menos no de más peso que ciertas características o motivaciones personales). Argumentos como que un psicólogo conductista tiene más que ver con un psiquiatra conductista que con un psicólogo lacaniano, sirvieron para cimentar estas prácticas.

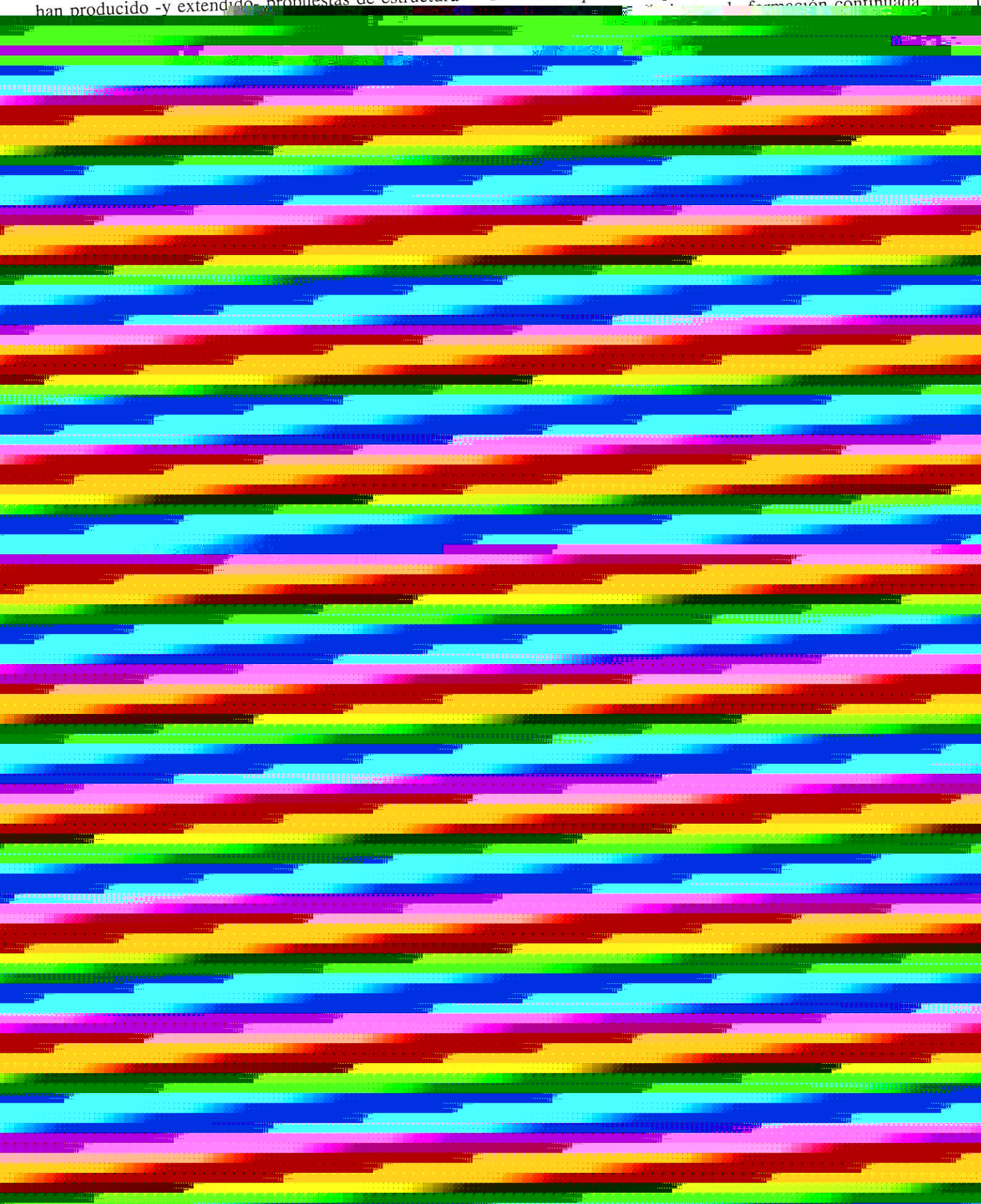
Un equipo multidisciplinario lo es -y tiene interés- porque está integrado por personas que tienen profesiones distintas y, por tanto, conocimientos, habilidades y funciones diferentes. Algunos aspectos de la reforma (como la transformación de los hospitales psiquiátricos), no hubieran podido llevarse 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 el 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 cuáles 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 sólo 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 explicite cuáles 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 más 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 (más alla 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 se realiza en los centros de salud mental debería llevarse a cabo por los médicos generales.

La delimitación de las funciones de estos dos colectivos ha estado generalmente teñida de corporativismo y encubierta por luchas de 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 éstos se han desarrollado bajo la dirección de psicólogos.

El personal de enfermería realiza funciones de lo más variado en los diferentes servicios de salud mental. Se

han producido -y extendido- propuestas de estructura-

funciones que no suponen ninguna relación con el