

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

La atención a la salud mental

Alberto FERNANDEZ LIRIA *
Enrique GARCIA BERNARDO **

En la primera parte de este artículo hemos esbozado algunas pinceladas sobre la estructura del sistema sanitario americano y sobre la repercusión —percibida por los profesionales— sobre éste de la crisis económica y las políticas diseñadas por la Administración Reagan como respuesta a dicha crisis. En esta segunda parte realizaremos el mismo proceso con lo referente al sistema de atención a la salud mental.

1. EL SISTEMA AMERICANO DE ATENCION A LA SALUD MENTAL

Este sistema participa de las características expuestas para el sanitario general: inexistencia de un verdadero sistema y escasa responsabilización de la Administración que se traduce en una abundancia de dispositivos y recursos y una eficiencia global desproporcionadamente pobre si la medimos en términos comunitarios. TALBOTT (1) lo ve así: «Tenemos, con presupuestos federales, la *Veterans Administration*, el *Public Health System* y los *Armed Forced Hospitals*; por iniciativa federal, los *Centros Comunitarios de Salud Mental*; tenemos hospitales, clínicas, servicios infantiles y programas de drogas y alcoholismo estatales; tenemos hospita-

les de municipio y de condado y otros programas del mismo nivel; tenemos hospitales comunitarios, clínicas autosostenidas, centros de rehabilitación psicosocial... Todo lo cual coexiste sin ninguna planificación globalizadora». Este autor concluye que en la organización del sistema hay que incluir como un elemento el de la existencia de muchas instituciones y poco dinero y que su mejora no pasa por crear «estructuras o servicios nuevos, sino nuevos mecanismos económicos y financieros».

Históricamente la atención a la salud mental en los USA, se canalizó por parte de la Administración, a través de los Hospitales Psiquiátricos Estatales, instituciones, generalmente custodiales, que alojan, en una situación de hacinamiento, a pacientes graves y pobres sobre todo cuando el aumento de la demanda en la segunda mitad del siglo XIX y primera del XX determinó un aumento de su función de control y la pérdida de su orientación hacia el «tratamiento moral» (2, 3).

Esta situación originó un creciente movimiento comunitario que culmina en 1963 con el *Mensaje sobre la enfermedad y el retardo mental* leído por el presidente Kennedy ante el Congreso, y su propuesta de que «los gobiernos de todos los niveles — federal, estatal y local — y las fundaciones privadas y los ciudadanos deben, por igual, hacer frente a sus responsabilidades en este campo. Tal declaración de intenciones se tradujo, de inmediato, en

(*) Psiquiatra. Servicio Regional de Salud. Madrid.

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

la presentación al Congreso del *Community Mental Health Centers Act* por el que se proyecta un sistema nacional de **Centros de Salud Mental Comunitaria** (CSMC) que deben proveer «servicios para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y para la rehabilitación de estas personas» (4). Los principios que guían el trabajo de estos centros son:

a) Tratamiento cercano al domicilio en lugar de tratamiento institucional fuera de la comunidad.

b) Énfasis en la prevención de la enfermedad más que en el tratamiento de ésta cuando ya se ha desarrollado.

c) Enfoque ecléctico y utilización de todo tratamiento útil.

d) Búsqueda de las necesidades reales de toda la población y no sólo de las del sector de ésta que ya acude a buscar tratamiento.

e) Responsabilización de la Administración frente a la del individuo enfermo y su familia.

La política de fundación de nuevos CSMC — con un criterio de atención a las necesidades que se traduce en un cierto carácter redistributivo de la riqueza (3, 5) — y la extensión y mejora de las prestaciones fue un continuum hasta 1981 (2, 6, 7).

Los centros comienzan prestando cinco **servicios esenciales** (internamiento, hospitalización parcial, servicios externos, urgencias-crisis, y consulta y educación) pero en 1975 se añaden a estos servicios especializados para niños y ancianos, evaluación y seguimiento de ingresos en el hospital psiquiátrico estatal, casas a medio camino, alcoholismo y drogodependencias y sistemas de evaluación de programas. Estos programas cubren a un 60 % de la población de los USA.

La financiación de los CSMC es variable, pero depende en gran medida de fondos públicos. Los programas federales proporcionan el punto de partida hasta la «graduación» de los centros. En los años recientes ha crecido la importan-

cia de los pagos de **medicare** y **medicaid** y de las **compañías de seguros** (3). THOMPSON (7) divide los centros en: **afiliados a un hospital** (sin servicio de internamiento propio), **basados en un hospital general y autónomos**. Los **basados en un hospital psiquiátrico estatal** o en un **hospital psiquiátrico privado** son mucho más escasos.

Las esperanzas despertadas por la aprobación del nuevo sistema y la filosofía que lo inspiraba (8) no fueron colmadas por completo y, aunque se redujo el uso de los hospitales psiquiátricos y se produjo un importante proceso de desinstitucionalización, éste fue limitado y, en ocasiones, objeto de duras críticas por la insuficiencia del aparato *receptor* en la comunidad (10, 23). LANGSLEY (3) reúne las críticas en cinco áreas: el abandono de grupos de pacientes, el exceso de importancia dado a los factores sociales frente a los sanitarios, la actitud antimédica o, incluso, antiprofesional, la mala cobertura de ciertas poblaciones (niños, ancianos, minorías, y, de nuevo, los crónicos), y su mala relación con las fuentes de financiación.

La defensa de los CSMC se ha basado en el recuento de sus realizaciones (3) e incluso en la inadecuación de los instrumentos de medida utilizados para evaluar correctamente su acción, por ejemplo, sobre los pacientes crónicos (24, 25).

La otra gran particularidad del sistema específico de atención a la salud mental tenía que ver con el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental), establecido en 1949 con responsabilidad sobre educación, investigación y prestación de servicios. Esta última, la responsabilidad directa sobre la atención, lo hace (3) diferente de otros Institutos Nacionales de Salud. Posteriormente se creó un organismo de nivel superior, la Administración del Alcoholismo, Drogodependencias y Salud Mental (**ADAMHA**) que lo coordina con los correspondientes a estos problemas.

El resto de los elementos del sistema de salud mental son los mismos que los del sis-

tema general, aunque su funcionalidad e importancia relativa varíe. El **Medicaid** excluye el pago del ingreso en los hospitales psiquiátricos estatales a pacientes menores de 65 años. El **Medicare** presta, hasta ahora, la misma cobertura en cuanto a hospitalización por motivos de salud mental que para la general (el 80 % de los costos). Se ha señalado, sin embargo, que la misma limitación de días de ingreso, a 190 en el ciclo vital, plantea más problemas en el área específica de la salud mental que, por ejemplo, en las afecciones quirúrgicas. Respecto a la atención ambulatoria las prestaciones en salud mental sólo se cubren en un 50 % de su costo. La cobertura del **CHAMPUS** es mucho más completa (26), pero afecta a una población mucho menor (la militar).

Los **seguros privados** cubren al 63 % de la población para atención hospitalaria (frente al 78 % en salud general) y al 37 % (frente al 43 % en salud general) para la ambulatoria. Además los beneficios ofertados suelen ser menores en salud mental que en otras afecciones (menor número de días, exclusión de los trastornos crónicos, aumento del porcentaje a cargo del paciente...) (26).

La cobertura frente al trastorno mental por los planes *Blue Cross* y *Blue Shield* que era, en principio, prácticamente nula, ha ido extendiéndose aunque dista de ser satisfactoria (26). Sólo un número limitado de ellos cubren un porcentaje de los gastos originados en concepto de atención ambulatoria o domiciliaria.

Los seguros comerciales limitan (generalmente entre 70 y 120) el número de días de ingreso. Las pólizas médicas especiales que cubren el tratamiento ambulatorio se hacen cargo de un porcentaje menor del costo que para otras afecciones (sobre el 50 %). Aunque lentamente, y una vez comprobado que no es tan caro (27) los seguros privados van asumiendo la cobertura de los trastornos mentales.

2. NUEVAS DISPOSICIONES QUE INCIDEN SOBRE EL TEMA

El desarrollo de los CSMC recibió el apoyo de la Administración Carter que, en 1980, promulgó el *Acta de Sistemas de Salud Mental*. La Administración Reagan puso fin a esta política (antes de que hubiera podido empezar a insinuar sus frutos) a través del *OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT* de 1981, conocida como *Block Grant Legislation* (Legislación sobre bloques presupuestarios), que suponía (6):

1. El amalgamamiento de los fondos para el alcohol, drogodependencias y salud mental en un sólo bloque.
2. La transferencia de la autoridad en gestión y planificación de la autoridad federal a la estatal.
3. La reducción del 25 % de los fondos federales sobre el nivel de 1981 y la autorización a los estados para transferir hasta un 7 % de un bloque a otro.
4. La reducción de doce a cinco de los *servicios esenciales* (servicios externos, urgencias, hospitalización parcial y consulta y educación).
5. La eliminación de los fondos federales para hospitalización.
6. La recomendación, sin provisión de fondos para ello, de utilizar parte de los existentes para atender a la población crónica, infantil y otros grupos necesitados.

Además se redujeron otros programas estatales que afectan al cuidado de la enfermedad mental y, entre ellos, el *medicaid*. Los cambios previstos, el procedimiento de pago (por diagnóstico) del *Medicare* (ARG) amenazan con afectar de modo aún más grave a la salud mental.

Como señala OKIN (6) ha resultado que lo que se defendía como una mera transferencia de responsabilidad fiscal del nivel federal al estatal se ha convertido en una disminución del grado de responsabilidad de la Administración a todos los niveles.

3. REPERCUSION SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL

Como en la entrega anterior reuniremos las manifestaciones de preocupación de los profesionales en una serie de grupos. Para mayor simplicidad haremos coincidir éstos con los utilizados en aquélla.

3.1. Propiedad y financiación del sistema

a) El impacto sobre los CSMC.

Se han manejado en la literatura dos encuestas realizadas sobre los CSMC para determinar el impacto de los *Block Grants*. En la realizada por el Consejo Nacional de CSMC (28) resulta que —mientras entre 1970 y 1978 los gastos federales anuales habían aumentado de un total de 224 a 1.300 millones de \$ y la media por centro de 887 a 2.200— en 1983 el 46 % de los centros consideraban que había empeorado su situación financiera y el 24 % que se había estancado. Llama la atención que entre los centros «graduados» (que ya no reciben ayuda federal) el 30 % también ha empeorado su situación financiera. En la realizada por ESTES y WOOD (29) se detecta una situación de pesimismo que se relaciona también con la disminución de los fondos federales y estatales.

La cuestión planteada por SHARFSTEIN en 1978 (30), de la supervivencia de los CSMC en la década de los ochenta ha pasado, así, de ser una pregunta retórica a convertirse en una obligada obsesión de quien hoy se refiere a dichos centros.

La repercusión de esta presión financiera sobre los CSMC se traduce (6, 29, 31) en:

1. Una reducción de personal incrementando el número de pacientes por clínico, recortando prestaciones, centralizando servicios y alejándolos del usuario por el cierre de centros satélites y la expansión de las áreas geográficas de referencia y una reducción de su cualificación

profesional (que comprende, pero no sólo, el tan traído tema de la desmedicalización).

2. Un intento de compensar los recortes a través de nuevos sistemas de gestión y contabilidad, el establecimiento de corporaciones lucrativas y la desviación del balance entre las modalidades de atención incapaces de atraer remuneraciones (domiciliarias, preventivas, interconsultas...) y las que son más fáciles de cobrar (hospitalización, prestaciones más médicas...) aunque resulten más caras y menos eficaces, compitiendo con el sector privado. El pago por servicio imposibilita otra lógica que la del mercado y la actual oferta no contempla criterios sociales ni aplazamientos en sus cálculos de rentabilidad.

Las prestaciones de los CSMC han ido en aumento desde su fundación y hasta 1981. Entre 1970 y 1978 (6) el número de historias nuevas por año subió 334.760 a 1.180.000 en el total de los CSMC y la media por centro de 1.312 a 1.968. El número total de historias abiertas pasó de 517.661 a 2.136.711 (de 2.030 a 3.561 de media por centro). Precisamente entonces, cuando la demanda es mayor, los *Block Grants* obligan a reducir las prestaciones. Así, de los centros que reciben ayuda estatal el 34 % no ha aumentado desde entonces sus prestaciones y el 33 % las ha tenido que disminuir. De los centros eufemísticamente llamados «graduados» (que ya no reciben ayuda federal) el 64 % no ha aumentado y el 16 % ha tenido que reducir sus prestaciones.

Las tendencias dominantes son (6, 29, 31):

1. A funcionar más como centros *afiliados a un hospital* que con camas propias, lo que disminuye la accesibilidad de las mismas.

2. A disminuir los servicios de interconsulta y educación en los que se basa la *prevención primaria*, debido a su escasa capacidad de generar reembolsos.

3. A disminuir, por la misma razón, la *hospitalización parcial* y los *servicios do-*

miciliarios, aumentando la atención institucional.

4. Aumentar las tasas.

A esta situación las estrategias propuestas son (6, 29, 31):

1. Medicalizar la atención prestada a los pacientes crónicos.
2. Aprovechar los sistemas alternativos al tradicional pago por terceras partes para atraer fondos. (Los PPO, los conciertos con médicos generales, los programas dirigidos a empresas, HMO, etc.).
3. Cambiar los programas en orden a facilitar la colaboración con hospitales y psiquiátricos privados.
4. Cambiar los sistemas de formación general y de especialistas.

b) **La irrupción del sector privado.**

Una vez descrita la evolución en la financiación del sistema público que corre paralela a sus posibilidades asistenciales, volvemos a encontrarnos lo que ya veíamos que había sucedido con el sistema sanitario global. RELMAN (32) hablaba allí de la aparición del «nuevo complejo industrial» de la salud, es decir, la creciente privatización de los recursos, que pasan a manos de compañías en busca de beneficios. LEVENSON (33) analiza la evolución de lo ocurrido en psiquiatría en la década de los setenta y encuentra un crecimiento de las instituciones en busca de beneficios que totalizan ya en 1980 el 60 % de todas las instituciones (51 % del sector privado). Recordamos aquí que el sector privado incluye instituciones sin ánimo de lucro (fundaciones, institutos, etcétera) muy tradicionales en el sistema americano. Al profundizar más aparecen las «multichains», cadenas que pertenecen a unas pocas compañías que gracias a la ventajosa situación económica han copado el mercado. Nunca un negocio está desprovisto de un cierto riesgo, pero éste, en particular, es de los que menos riesgo han comportado para el inversor en USA. Su crecimiento ha sido espectacular.

Siguiendo con LEVENSON, esto se debe en parte a las ventajas de que han dispuesto para la obtención de créditos en el mercado financiero. Esto se consigue a través de la participación de los trabajadores en la empresa (médicos, psicólogos, etc.) mediante un sistema de acciones que, además de proveerle de fondos adicionales, atrae la confianza de los bancos para la obtención de créditos suplementarios, máxime si como ha ocurrido, son empresas en franca expansión. El sistema público no tiene tanto poder de atracción.

No sólo es polémico lo relativo a la obtención de créditos sino también, y en mayor medida, la cuestión de la calidad de la atención prestada. Habría, según LEVENSON, tres temas fundamentales:

1. *Regulación interna del gasto.* — La participación en la empresa hace que sean los propios profesionales quienes desempeñen esta función a través de la petición de pruebas auxiliares, admisión, elección de una determinada forma de tratamiento, etc. Evidentemente polémico.

2. *Selección de pacientes.* — Tenderían a preferir aquellos con diagnósticos en los que se puedan producir mayores beneficios.

3. *Capacidad de pago.* — Aquí la controversia iría en la dirección de admitir a aquellos con mayores recursos de pago directo o bien aquellos que indirectamente (seguros, etc.) paguen la factura. En concreto tenderían a excluir a los pacientes con *Medicare* o *Medicaid* debido a la limitación de pago (DRG). Hay que decir que los propios Estatutos de *Medicaid* excluyen el tratamiento psiquiátrico, págense, entre los 21-65 años.

4. *Eficacia.* — Propugnan una reducción de costes con mantenimiento de la eficacia a través de una política restrictiva de ingresos y de limitaciones en el tratamiento.

5. *Calidad.* — Se les acusa, aunque sin datos que lo confirmen de sacrificar la calidad en aras de aumentar los beneficios.

Otro fenómeno que ha acompañado y según los expertos (33, 34, 35, 36) aparecerá cada vez más, es la progresiva integración de hospitales psiquiátricos independientes en las multinacionales del sector debido a las ventajas que éstas pueden ofrecer, a saber:

1. Capacidad crediticia.
2. Acceso a la ampliación de plantillas sin costes adicionales.
3. Posibilidades de disponer de expertos (consultores).
4. Soporte administrativo.

Como se ve son características que se pueden reconocer en cualquier empresa japonesa de tecnología en expansión.

Una cuestión relativa a la financiación merece una consideración particular, la comparación de costes con el sector público. Todavía no se ha realizado, que nosotros sepamos, ningún estudio en el que ambos puedan ser comparados con un mínimo de cientificidad. SCHLESINGER (34) saca las siguientes conclusiones:

1. Los servicios públicos son más caros que los privados.
2. Los servicios públicos tienen más personal que los privados.
3. Los servicios privados no aceptan pacientes sin medios económicos.
4. Los servicios privados no ofrecen servicios de más calidad que los públicos.

Compárese 1-2 con 3-4 y lo primero que se deduce es que atienden poblaciones distintas con necesidades distintas, luego la comparación es imposible y lo demás es manipulación estadística.

c) **El resurgir de los Hospitales Psiquiátricos Estatales.**

Anteriormente hacíamos referencia al importante volumen de críticas de que el proceso de desinstitucionalización de los pacientes crónicos había sido objeto desde un principio. Estas conciernen, sobre todo, a la insuficiencia del aparato comunitario para recoger satisfactoriamente a

la población evacuada de los manicomios. La actual situación —de inviabilidad económica de los CSMC y de coincidencia de responsabilidad en el nivel estatal de la gestión de estos centros y de los manicomios— ha potenciado un auténtico resurgir del clamor. Significativamente uno de los epígrafes del capítulo sobre psiquiatría comunitaria del anuario de psiquiatría de 1984 (38) se titula *El papel actual de los hospitales estatales*. Los trabajos recogidos en dicho epígrafe (GOLDMAN 1983, DE RISI 1983, AMES 1983) señalan lo que los referentes al proceso de desinstitucionalización ya habían puesto de manifiesto (20, 37, 39, 40): que los hospitales estatales siguen jugando el papel de último recurso del sistema de salud pública, que son a veces, de hecho, el único recurso accesible a las poblaciones pobres y que el proceso desinstitucionalizador tiene un límite que coincide con la existencia de un remanente (el célebre *hard-core*) inevacuable en los psiquiátricos y un grupo de pacientes de difícil manejo en el marco del hospital general. Parece difícil negar el papel remanente de unas instituciones que aún realizan (37, 41) una media de 500.000 actos médicos/año: además de sus funciones asilares tradicionales, mantienen consultas ambulatorias (6 % del total), tratamientos agudos, tratamientos voluntarios e ingresos judiciales, atención a poblaciones especiales (oligofrenias, etc.). Además de las anteriores hay una serie de funciones latentes que también realizan: control social (ingresos involuntarios), mantenimiento de empleo y docente (más de 3.000/año).

Merece especial atención el trabajo realizado en Massachusetts sobre el tipo de población que tras la desinstitucionalización necesita de este tipo de recurso y lo que es más importante la cuantificación del mismo y su dispersión por grupos diagnósticos y de edad.

El marco del hospital psiquiátrico vuelve hoy a ser defendido (24) como más adecuado recurriendo a conceptos como los de accesibilidad, responsabilidad o ca-

rácter comprensivo. Si a esto añadimos la evidencia, no negada por los más acérrimos defensores del sistema comunitario (6) de que la atención comunitaria es más cara y el hecho de que la responsabilidad política de optar por la potenciación de uno u otro está en manos de los políticos estatales, es fácil pensar que la potenciación de los psiquiátricos será, en breve, un hecho, al menos en parte, de los USA. Sobre todo si consideramos que un análisis de racimos efectuado sobre un cuestionario aplicado por la *National Association of State Mental Health Program Directors* a los directores de programas de los estados arroja la existencia de cuatro patrones diferentes de preocupación entre éstos: los relacionados con certificación y acreditación, con la expansión de los programas comunitarios con o sin descenso del cuidado institucional y con la cuestión financiera (43). No es de extrañar que, en 1985 y en un artículo de defensa del sistema público, TALBOTT (1) se vea obligado a demostrar frente a los nuevos defensores del manicomio que el retorno al sistema centrado en esta institución es: 1) científicamente insostenible; 2) clínicamente inconcebible, y 3) económicamente inviable.

3.2. Política de personal

Como hemos señalado anteriormente una de las consecuencias más aparentes de las restricciones económicas ha sido la disminución de personal y de la cualificación del mismo. Los ámbitos más afectados por esta tendencia han sido el de los CSMC (6, 29, 31, 44) y el de la psiquiatría académica (45). En ambas esferas tal reducción se articula a través de una inflexión en las políticas presupuestarias de la Administración Reagan, sobre un largo período previo de incremento constante de personal. OKIN (6) señala que entre 1971 y 1979 el número de trabajadores de los CSMC aumentó de 27.600 a 78.100 lo que resulta de un aumento del número de centros de 295 a 600 y del personal por

centro de una media de 83 FTE (Full Time Equivalent: equivalentes de jornada completa por suma de contratos a tiempo parcial) a 104. Desde 1981 el 53 % de los centros con soporte federal y el 44 % de los «graduados» experimenta un descenso de su personal y el 28 % de los subvencionados y el 32 % de los «graduados» un estancamiento, lo que supone la primera inversión de la tendencia desde 1963. PARDES y PINCUS (45) señalan el mismo fenómeno para la psiquiatría académica.

El tema de la cualificación del personal, que se degrada concomitantemente, lo abordaremos en otro apartado.

3.3. El ámbito académico

Una de las características del sistema americano de salud mental ha sido, hasta la fecha, su buen nivel en materia de docencia e investigación. El peligro de que ésta sea una de las primeras pérdidas condicionadas por las nuevas políticas económicas se cuenta entre los que causan una consternación más general entre una comunidad de profesionales dividida en diferentes opciones ideológicas e intereses contrapuestos. La drástica reducción, cuando no la supresión de las ayudas para estas funciones a cargo del erario público y la necesidad de derivar recursos hacia actividades reembolsables con los nuevos sistemas de pago, sitúan tal preocupación en el nivel de lo obvio.

PARDES y PINCUS enumeran una serie de retos a los que la psiquiatría académica debe enfrentarse: el estado de la economía nacional, la transferencia de la responsabilidad federal al nivel estatal por los *Block Grants*, las reducciones de los programas de atención y ayuda médica (el *Medicare* era el principal soporte de los centros académicos), los cambios producidos en los seguros privados (aumento de deducciones y pago parcial para moderar su utilización, disminución de las prestaciones psiquiátricas cubiertas, su tendencia a privilegiar a los departamentos que utilizan técnicas sofisticadas...),

los cambios en la política de personal, la disminución de la capacidad académica y la necesidad de aumentar la competitividad de las prestaciones clínicas.

Tal desafío supone redefinir el papel de la psiquiatría académica en la nueva situación. PARDES y PINCUS proponen para ello una nueva «estrategia de marketing» como si hiciera falta recordar que al mercado se refiere el tema. Y de las técnicas de *marketing* extraen los conceptos que guían sus propuestas alternativas. Se trata, en primer lugar, de **identificar el producto**. Los *productos* clásicos serían especialistas, servicios clínicos, programas docentes y hallazgos de investigación. Hay que insistir en la formación de estudiantes de medicina y saber presentar la diversidad de orientaciones como un síntoma de vitalidad y no de falta de consenso. Plantean la posibilidad de colocar nuevos productos (unidades Psych.-Med., servicios clínicos, programas preventivos o de consulta dirigidos a empresas...).

En segundo lugar, y siempre según estos autores, habría que **segmentar el mercado** distinguiendo los tramos que son obvios (estudiantes de medicina, residentes en psiquiatría, decanos...) de otros pocos explotados (congresistas, personal de los programas federales de salud, directores de los servicios de salud universitarios y público en general) y otros absolutamente inexplorados (compañías de seguros, empresarios, sindicatos y legisladores estatales o locales...).

El tercer principio sería **asegurar el beneficio del consumidor** y el último **comunicar un mensaje efectivo** dentro y fuera de los centros académicos.

Por otra parte la función docente de los CSMC, que había ido en aumento largo de su desarrollo y que había llevado a un número importante de centros a establecer algún tipo de contacto con las instituciones académicas, está sometida al mismo cuestionamiento que toda la estructura general de los CSMC (6, 44).

Las consecuencias de los cambios producidos son pues, en el ámbito acadé-

mico, fáciles de precisar y difíciles de solucionar (46, 47):

1. Desviación del cuerpo docente hacia el trabajo clínico.
2. Disminución de los puestos de residentes.
3. Disminución de las asignaciones presupuestarias para investigación (plazas asistenciales).
4. Disminución de la participación de residentes en tareas de investigación (plazas asistenciales).
5. Disminución de las psicoterapias para residentes (al copar éstas los «staff» en busca de dinero extra).
6. Desaparición de las becas del NIMH.
7. Disminución global de las peticiones para la realización de psiquiatría como especialidad.

Resumiendo los anteriores GUGGENHEIM (46) señala que «la actual situación económica coloca a la universidad en el contexto de libre mercado, que ha sido tradicionalmente la antítesis de los objetivos académicos.

3.4. El rol profesional

Si la preocupación de los profesionales sanitarios, en general, por el desdibujamiento de su rol profesional y del cambio de las condiciones de desempeño de éste es, como poníamos de manifiesto en la primera entrega de este artículo, una de las que adquieren más relieve en el momento actual, en salud mental, donde el movimiento comunitario supuso, ya de por sí, una redefinición del mismo, la alarma alcanza cotas de verdadero alarido.

La desprofesionalización fruto de determinadas formas de entender la práctica comunitaria ha sido matizada para diferentes tipologías de CSMC (3, 7) pero todos los autores (6, 7, 31, 44, 48, 53) coinciden en señalar que es un hecho.

Se ha señalado (7) un descenso en la cualificación de todo tipo de profesionales implicados. Pero en particular, ha sido la llamada *desmedicalización* la que ha hecho correr ríos de tinta. En efecto el nú-

mero de psiquiatras disminuyó entre 1970 y 1977 de 6,8 a 4,3 FTE de media por CSMC, y en 1981 ésta era de 3,8. El porcentaje de psiquiatras directores de centros era del 55 % en 1971, del 26 % en 1979 y del 10 % en 1982 (44). Además se ha experimentado un descenso del número de psiquiatras trabajando a tiempo completo y un paralelo aumento de los contratados a tiempo parcial, lo que se supone en relación con la creciente dificultad de acceder a los pagos de los honorarios médicos por terceras partes en la práctica privada.

La preocupación de los psiquiatras concierne a una pérdida de «status», un descenso del volumen de ingresos y a la necesidad de reorientar, para compensar esto, su práctica hacia actividades más lucrativas pero menos gratificantes. La práctica privada individual (35) llega a hacerse peligrosa (malpráctica) e insegura, tendiendo los profesionales a puestos asalariados en grandes compañías o bien a «iguarse» a los HMO.

3.5. La consideración del usuario

En la misma medida en que la consideración del usuario fue introducida como elemento central en la polémica levantada por el movimiento de salud mental comunitaria desde su inicio, en este momento tal consideración es, en lo que afecta a este sector de la atención a la salud mucho más patente que en lo que se refiere al sistema general a que nos referíamos en la anterior entrega de este trabajo.

Ya nos hemos referido, al explicar las líneas generales del sistema americano de atención a la salud mental, a las limitaciones en este terreno de los sistemas de previsión (*Medicare*, *Medicaid* y las compañías aseguradoras privadas), y a su consecuencia principal: inatención de los aspectos sociales y preventivos, fomento del uso de modalidades de atención (hospitalización, utilización de técnicas sofisticadas...) de escasa eficiencia, esto se traduce en un enfoque reparador y que

repercute directamente sobre el bolsillo de los afectados y sus familias y en una discriminación de ciertos grupos de pacientes, entre los que destacan los pacientes graves y crónicos, y de ciertos grupos de población como los niños y ancianos.

La *Block Grant Legislation*, al reducir el número de *programas esenciales* y, a pesar de una declaración de intenciones al respecto, desbarata la estrategia iniciada en 1975 para introducir estos grupos en los circuitos de atención. Según un informe de la «American Psychiatric Association» (54) el número de programas dedicados a los ancianos se ha reducido en un 13 % desde la promulgación de estas disposiciones. La necesidad de aumentar las tasas hace los servicios inaccesibles a los indigentes.

La repercusión sobre los pacientes crónicos es especialmente flagrante (6, 29, 44). OKIN, que señala con otros muchos defensores del sistema público el carácter discutible de las tradicionales críticas a los CSMC sobre este particular (25), plantea la necesidad de enfrentar el problema de *por qué* se desatiende a esta población. Y señala dos razones: la inaccesibilidad de las camas concertadas (elevada a la enésima potencia por los nuevos sistemas de pago por los planes de previsión) y la inadecuación de los sistemas de reembolso (en los planes públicos o privados) para hacer frente al posible cuidado no institucional de los mismos. Si a esto añadimos la evidencia de que la población de pacientes crónicos (25) hace un mayor uso de los servicios en términos de número de consultas y que la tendencia es al pago por pacto y al aumento del porcentaje de éste a cargo del usuario, es evidente que costearse un trastorno crónico es un lujo asiático para el ciudadano americano, salvo casos de especial afición del mismo al régimen manicomial.

Así BITTKER (35) resume la perspectiva que se le plantea al potencial usuario de un servicio privado:

1. Escoger un programa de servicios caro, soportar una vigilancia estrecha por

parte de la compañía en la utilización de servicios, y pagar no menos del 20 % del coste total.

2. Escoger un seguro básico y pagar la mayoría de los gastos que se produzcan de forma directa.

3. Afiliarse a una organización de proveedores de salud (PPO, HMO, etc.), pagar poco, pero ver enormemente limitadas las posibilidades de atención, sobre todo en lo que referente a tratamiento hospitalario (por ejemplo, 20 visitas ambulatorias y 30-45 días de ingreso en la mayoría de los HMO).

TALBOTT (1), que considera que sólo se puede salvar el sistema público americano si se comienzan las consideraciones por los pacientes, pinta el cuadro general alrededor de los siguientes puntos:

1. El dinero no ha seguido a los pacientes o sea, no ha llegado a los encuadres comunitarios y menos a los «gettos» de marginación y vagabundeo.

2. Los nuevos sistemas de financiación discriminan a los enfermos mentales y, sobre todo, a los crónicos. El *Medicare*, por ejemplo, que limita a sólo 250 \$ anuales el gasto de tratamiento ambulatorio de un paciente, favorece el internamiento frente a la atención ambulatoria, la hospitalización frente a la prevención de la hospitalización, los servicios directos frente

a los indirectos y las alternativas más restrictivas frente a las menos.

3. Los sistemas de «ahorro» en marcha discriminan, de nuevo, al enfermo mental. Así la limitación de los sistemas de reembolso discrimina a quien necesita tratamiento a largo plazo, el pago por grupos diagnósticos (aprobado ya para el *Medicare*) a los afectados por ciertos diagnósticos o formas de evolución, el fomento de la competencia entre las instituciones alienta la desatención de los pacientes graves y crónicos.

La Administración Reagan se ha propuesto generar un nuevo mercado capaz de sostener el nuevo *complejo comercial-industrial* (32) de la salud y de hacer rentable la inversión en el sector y parece que va a conseguirlo. Tal propósito conlleva necesariamente la dejación de la responsabilidad pública por la salud. Entre los dos movimientos resta la inatención de una población que amenaza con generar un problema social cuyo costo, incluso económico, es hoy imprevisible pero puede ser alarmante. En cualquier caso el objetivo —aquí hay que desengañarse— no era reducir el gasto público (que quizá aumente por la vía de la demanda de prestaciones sociales) sino abrir la brecha a un nuevo campo de expansión del mercado. Dios nos coja confesados o, al menos, nos libre del 295.6.

BIBLIOGRAFIA

(1) TALBOTT, J. A.: «The Fate of the Public Psychiatric System». *Hosp. Community Psychiatry*. 36: 46-50. January, 1985.

(2) LANGSLEY, D. G.: «Community Psychiatry» en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. III ed. by KAPLAN, H. I.; FREEDMAN, A. M.; SADOCK, B. J. Baltimore, 1980.

(3) LANGSLEY, D. G.; BERLIN, I. N.; YARVIS, R. M.: *Handbook of Community Mental Health*. Medical Examination Publishing Co., Inc., New York, 1980.

(4) CAMARA DE REPRESENTANTES DE LOS EE.UU. (1963), pág. 19. Cit. en CAPLAN, G.: *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires, 1980.

(5) SMITH, J. S.: «Geographic patterns of Funding for CMHC». *Hosp. Community Psychiatry*. 35: 1.133-1.140. November, 1984.

(6) OKIN, R. L.: «How Community Mental Health Centers Are Coping». *Hosp. Community Psychiatry*. 35: 1.118-1.125. November, 1984.

(7) THOMPSON, J. W.; BASS, R. D.: «Changing Staffing Patterns in Community Mental Health Centers». *Hosp. Community Psychiatry*. 35: 1.107-1.114. November, 1984.

(8) CAPLAN, G. (1965): *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires, 1980.

(9) NEW YORK TIMES: «Civil Liberty for What?». *New York Times*. April 8, 1974.

(10) AMES, D. (1984): «Limits of General Hospital Care: A Continuing Role for the State Hospitals». *Hosp. Community Psychiatry*. 34: 145-149. February, 1983.

(11) TUCKSON CITIZEN (1984): «Why are the insa-

ne walking the streets?». *Tuckson Citizen*. June 10, 1977, pág. 1.

(12) BACHRACH, L. L.: «Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective». Rockville, Md., National Institute of Mental Health, 1976.

(13) BASSUK: «The impact of desinstitutionalization on the general hospital emergency ward». *Hosp. Community Psychiatry*. 31 : 623-627. 1980.

(14) BRAUN, P.; KOCHANKY, G.; SHAPIRO, R., et al.: «Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients: a critical review of outcome studies. *Am. J. Psychiatry*. 138 : 736-749. 1981.

(15) DE RISI, W.; VEGA, W. A.: «Impact of Deinstitutionalization on California's State Hospital Population. *Hosp. Community Psychiatry*. 34 : 140-145. February, 1983.

(16) GOLDMAN, H. H.; ADAMS, N. H.; TAUBE, C. A.: «Desinstitutionalization: The Data Demythologized». *Hosp. Community Psychiatry*. 34 : 129-134. February, 1982.

(17) JONES, K.: «Schull's Dilema». *Br. J. Psychiatry*. 141 : 221-226. September, 1982.

(18) KIESLER, C. A.: «Public and Professional Myths About Mental Hospitalization: An Empirical Reassessment of Policy-Related Beliefs». *Am. Psych*. 37 : 1.323-1.339. December, 1982.

(19) MCGUIRE, P. A.: «Mental Patients try their wing outside». *Baltimore Sun*. Nov. 22, 1981, páginas A1, A26-27.

(20) MOLLICA, R. F.: «From Asylum to Community: The Thealened Desintegration of Public Psychiatry». *New England J. Med*. 308 : 367-373. February, 17, 1983.

(21) MUSTO, D. F.: «Whatever happened to community mental health?». *Public Interest*. 39 : 53-79. 1975.

(22) PRYCE, I. G.: «Expanding "Stage Army", of long-stay Psychiatric Day Patients». *Br. J. Psychiatry*. 141 : 595-601. December, 1982.

(23) SIGEL, G. S.: «In Defense of State Hospitals». *Hosp. Community Psychiatry*. 35 : 1.234-1.235. December, 1984.

(24) MULLER, C. F.; CATON, C. L. M. (1982): «Economic Costs of Schizophrenia: Postdischarge study». *Med. Care*. 21 : 90-104. January, 1983.

(25) SEGAL, A. P.; ASTRACHAN, B. M.; LEVINE, M. S.: «Reevaluating the work of a CMHC: The care of the chronic patients». *Hosp. Community Psychiatry*. 35 : 1.129-1.133. November, 1984.

(26) MYERS, E. S.: «Health Insurance and Psychiatric Care», in KAPLAN, H. I.; FREEDMAN, A. M.; SADOCK, B. J. (1980): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, 1980.

(27) KRIZAY, J.: «Federal Employees' Experience as a Guide to the Cost of Insuring Psychiatric Service in the Various States». *Am J. Psychiatry*. 139 : 866-871. July, 1982.

(28) NATIONAL COUNCIL OF CMHC (1983): *Membership Profile of National Council of CMHC: a sample of 104 centers*.

(29) ESTES, C. L.; WOOD, J. B.: «A Preliminary Assessment of the Impact of Block Grants on

CMHC». *Hosp. Community Psychiatry*. 35 : 1.125-1.129. November, 1984.

(30) SHARFSTEIN, S. S.: «Will Community Mental Health Survive in the 1980?». *Am. J. Psychiatry*. 135 : 1.363-1.365. 1978.

(31) BEIGEL, A.: «Community Mental Health Centers: a look ahead». *Hosp. Community Psychiatry*. 33 : 741-745. 1982.

(32) RELMAN, A. S. (1980): «The New Medical Industrial Complex». *N. Eng. J. Med*. 303 : 963-970.

(33) LEVENSON, A. I.: «The Growth of Investor-Owned Psychiatric Hospitals». *Am. J. Psychiatry*. 139 : 902-907. July, 1982.

(34) SCHESINGER, M., et al.: «Ownership and Mental-Health Services. A reappraisal toward privately owned facilities». *N. Eng. J. Med*. 1984. 311 : 959-965.

(35) BITTKER, M.: «The Industrialization of American Psychiatry». *Am. J. Psychiatry*. 142 : 149-154. 1985.

(36) SCHARFSTEIN, S., et al.: «Less is More Today's economics and its challenge to Psychiatry. *Am. J. Psychiatry*. 141 : 1.403-1.408. 1984.

(37) GOLDMAN, H. H., et al.: «The multiple functions of the State Mental Hospitals». *Am. J. Psychiatry*. 140 : 296-300. March, 1983.

(38) FREEDMAN, D. X., et al.: *1984 Year book of Psychiatry and Applied Mental Health*. Year book Medical Publishers, Inc. Chicago, 1984.

(39) KESSLER, L. G.; STEINWACHS, D. M.; HANKIN, J. R.: «Episodes of Psychiatric Care and Medical Utilization». *Med. Care*. 20 : 1.209-1.221. December, 1982.

(40) THOMPSON, J. W.; BASS, R. D.; WITKIN, M. J.: «Fifty Years of Psychiatric Services: 1940-1990». *Hosp. Community Psychiatry*. 33 : 711-717. September, 1982.

(41) BACHRACH, L. L.: «Asylum and Chronically ill Psychiatric Patients». *Am. J. Psychiatry*. 141 : 975-978. 1984.

(42) GUDEMAN, J. E.: «Beyond Deinstitutionalization. A new class of facilities for the mentally ill». *N. Eng. J. Med*. 311 : 832-836. September 27. 1984.

(43) AHR, P. R.; HOLCOMB, W. R.: «State Mental Health Directors' Priorities for Mental Health Care». *Hosp. Community Psychiatry*. 36 : 39-45. January, 1985.

(44) BEIGEL, A.: «The remedicalization of Community Mental Health». *Hosp. Community Psychiatry*. 35 : 1.114-1.117. November, 1984.

(45) PARDES, H.; PINCUS, H. A.: «Challenges to Academic Psychiatry». *Am. J. Psychiatry*. 140 : 1.117-1.126. September, 1983.

(46) GUGGENHEIM, F. E., et al.: «Earn-as-you-go, Pressures on Academic Psychiatry». *Am. J. Psychiatry*. 141 : 1.571-1.573. 1984.

(47) EBERTH, R. H., et al.: «Academic Health Centers». *N. Eng. J. Med*. 308 : 1.200-1.208. 1983.

(48) BEIGEL, A.; SHARFSTEIN, S. S.; WOLFE, J. C.: «Toward increased psychiatric presence in Community Mental Health Centers». *Hosp. Community Psychiatry*. 30 : 763-767. 1979.

(49) BEIGEL, A.; SHARFSTEIN, S. S.: «Mental Health Care Providers: not the only cause or only cure for rising costs». *Am. J. Psychiatry*. 141 : 668-672. 1984.

(50) DONOVAN, C. M.: «Problems of psychiatric practice in Community Mental Health Centers». *Am. J. Psychiatry*. 139 : 456-460. 1982.

(51) FINK, P. J.; WEINSTEIN, S. P.: «Whatever happened to psychiatry? The deprofessionalization of CMHC». *Am. J. Psychiatry*. 136 : 406-409. 1979.

(52) LEONG, G. B.: «Psychiatrist on Community Mental Health Centers: can their relationship be salvaged?». *Hosp. Community Psychiatry*. 33 : 309-310. 1982.

(53) WINSLOW, W. W.: «The changing role of psychiatrists in Community Mental Health Centers». *Am. J. Psychiatry*. 136 : 24-27. 1979.

(54) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: «Survey finds block grant hurting some CMHC». *Mental Health Reports*. August, 31. 1983.

RESUMEN

Se revisan en esta segunda entrega los efectos de la política económica de la Administración americana actual sobre el sistema de atención a la salud mental como un caso particular del sistema de atención general de salud.

Se hace especial hincapié en el impacto de la *Block Grant Legislation* y su efecto sobre el movimiento desinstitucionalizador y la alternativa de atención comunitaria (CSMC). Se revisan, además, aquellos aspectos relacionados con la repercusión social de esta política desde los puntos de vista del rol profesional, ámbito académico y efectos sobre el usuario.

SUMMARY

We review in this second paper the effects of the economical politic of the american Administration over the Mental Health Care System as a special part of the General Health Care System.

We emphasize the impact of the *Block Grant Legislation* over the deinstitutionalization process and the alternative based on the Community (CMHC). We review also several apartates in relation with the social consequences of this politic, from the perspective of the proffesional role, academic centers and, at last, the effects over the citizen.

PALABRAS CLAVES

Sistema Atención Salud Mental; Centro Salud Mental Comunitario; Desinstitucionalización; Reprivatización.