

## Conferencia

---

### Introducción

---

## LA REFORMA INACABADA Introducción a la mesa

Autores:

- Alberto Fernández Liria  
Psiquiatra  
Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid  
Hospital Príncipe de Asturias  
Universidad de Alcalá

En los últimos años **se ha producido una transformación** sustancial del sistema de atención a la salud mental en nuestro país (Fernández Liria & Diéguez Porres 1998). 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.

Tal transformación se ha acompañado del **surgimiento de problemas nuevos**. Parte de estos problemas son de orden interno y se refieren al modo en el que se ha llevado a cabo la reforma o el que se ha orientado la reflexión sobre ella (Fernández Liria 1997). Otra parte se refiere a la incongruencia entre los objetivos del movimiento que impulsó la reforma, que se consolidó teóricamente y políticamente en los años sesenta sobre las bases de unas ideas de Comunidad, de Estado del Bienestar y de Salud Pública que han sido arrasadas por el neoliberalismo que se impuso en la escena política en los años ochenta (Fernández Liria 1998). Un neoliberalismo que, en este momento, carece de contestación política con posibilidades de gobierno, porque forma parte del Pensamiento Único compartido por las fuerzas políticas conservadoras y socialdemócratas. Hasta el punto que, por ejemplo, en nuestro país, los conceptos y las transformaciones que impulsaron las administraciones conservadoras de Ronald Reagan y Margaret Thatcher en los Estados Unidos y en Inglaterra, fueron introducidos por gobiernos "socialistas".

En otro lugar señalé algunas de **las deficiencias y problemas internos de la reforma** como 1) la falta de definición clara de las prestaciones del sistema público y del reparto de funciones para ello entre la atención especializada a la salud mental y la atención primaria de salud, 2) la situación de falta de incentivación y queme de los profesionales, 3) la realidad actual de los equipos interprofesionales y las dificultades de definición de los roles profesionales, 4) los nuevos problemas surgidos de la pujanza de la industria farmacéutica y la sofisticación de las intervenciones psicosociales, 5) los problemas en la formación y acreditación de los profesionales y 6) las implicaciones de los nuevos sistemas de gestión. En aquel trabajo señalaba, además, 7) la situación de inequidad derivada del desigual desarrollo de los procesos de reforma en las diferentes comunidades y sectores, 8) la calamitosa separación de la atención a las drogodependencias y a la salud en general y 9) la indefinición y precarias condiciones de la atención a la salud mental infanto-juvenil (Fernández Liria 1997).

Como resultado de estas deficiencias internas y, sobre todo, de la señalada **incongruencia con el modelo de sociedad por el que parecen haber apostado todas las fuerzas políticas con posibilidades de gobierno**, antes de que pudiera completarse la transformación, la reforma se encuentra no sólo inacabada, como reza el título de la mesa, sino en crisis, desprovista de objetivos claros. En los últimos años se han producido un movimiento centrífugo, en el que los sistemas de diferentes lugares **han comenzado la marcha hacia modelos divergentes**, guiados por objetivos de generación de mercados, reducción de coste, necesidad de adaptarse a sistemas de gestión o de servir de vehículo a la venta de productos que permitan seguir creciendo los beneficios de la industria farmacéutica. Pero en la que se quiere presentar como la era de los grandes consensos entre profesionales, no sólo no hay consenso sobre cuál es la mejor forma de organizar el sistema de atención sino que parece que no hay demasiado interés en plantear o sostener un debate en esos términos.

La articulación de un debate tal choca con varias dificultadas. En primer lugar la **falta de la voluntad de sostenerlo por parte de los impulsores de las nuevas políticas sanitarias** que prefieren hablar de objetivos populares, como controlar costes o reducir gasto público (aunque lo cierto es que el gasto en sanidad parece aumentar como consecuencia de sus políticas) que evaluar la merma en cuanto a las posibilidades de tratamiento y cuidados que conllevan sus propuestas.

En segundo lugar el momento de **crisis profunda del pensamiento psicopatológico** desde el que la comunidad profesional ha recibido las propuestas. Desde Pinel hasta hoy no ha habido otro momento en la historia de la psiquiatría en el que haya podido encontrarse un conjunto de profesionales tan desinteresados en el debate acerca de la naturaleza de los problemas que pretenden atender, ni por las consecuencias sobre la sociedad de sus actuaciones. Desprovistos de este pensamiento, los psiquiatras actúan hoy como meros seguidores de prontuarios para la prescripción de remedios en cuyo desarrollo (mas allá de la participación en la puesta a prueba del remedio o el refinamiento del prontuario) han tenido bien poco que ver. Lo hacen en sistemas e instituciones guiados por objetivos diseñados mas en los departamentos encargados de la política macroeconómica que en los de sanidad, sobre los que han tenido poca o ninguna ocasión de pronunciarse. Los nuevos instrumentos de neuroimagen o pruebas funcionales y los nuevos datos sobre el funcionamiento del aparato mental, han producido, en el mejor de los casos, fascinación, pero sólo muy excepcionalmente alguna reflexión que merezca el epíteto de teórica, entre este colectivo. La presencia pública de los psiquiatras se limita cada vez mas a la de certificadores de la bondad de los productos de la industria farmacéutica o garantes del orden público.

La tercera dificultad se deriva de las anteriores y se refiere a la profunda **dependencia de las estructuras propias de la comunidad profesional (asociaciones, publicaciones, programas de investigación...)** de la industria o los poderes políticos, que, aunque ha permitido canalizar mucho dinero que, sin duda, ha posibilitado avances importantes, se ha traducido en una enorme debilidad a la hora de expresar posturas propias.

En esta mesa hemos querido reunir a personas que han participado desde diferentes situaciones en los movimientos de reforma y que pueden contar experiencias que permitan iniciar ese debate.

**José García González** participó en las primeras experiencias de transformación que se llevaron a cabo en nuestro país y posteriormente ocupó un lugar destacadísimo en la reforma asturiana. Es, sin duda uno de los ideólogos de la reforma. Ha sido presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y ha escrito múltiples artículos y un libro reciente sobre la reforma. Le hemos pedido una suerte de balance del proceso de reforma llevado a cabo en nuestro país (García, Espino & Lara 199).

**Manuel Desviat** también participó en los orígenes del movimiento de reforma y también ha sido presidente de la AEN. Ha sido responsable del proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico de Leganés en la red de servicios comunitarios que hoy constituyen el Instituto Psiquiátrico José Germain, del que es director. Es asesor de la Organización Panamericana de Salud y autor de un libro resultado de estas experiencias (Desviat 1994). Le hemos pedido que haga balance de insuficiencias y tareas pendientes

**Carlos Dueñas** pertenece a la siguiente generación de reformadores. Ha participado en la experiencia de las Clínicas de la calle Ibiza de Madrid, en la del hospital psiquiátrico de Jaén y en la de Sevilla, donde actualmente es coordinador de salud mental de área. Es presidente de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Le hemos pedido que nos haga balance del modelo y la experiencia andaluza.

**Iván de la Mata** representa la última (por ahora) generación de psiquiatras implicados en la reforma. Se formó en la zona sur de Madrid, en un momento en el que esta llevaba ya años de experiencia de reforma, y se incorporó a trabajar en el Centro de Salud Mental de Nou Barris en Barcelona. Publicó un trabajo en el que discutía las implicaciones del modelo catalán de atención que le hemos pedido que comparta en esta mesa.

**Itzhak Levav** ha sido, como responsable de la Organización Panamericana de Salud, uno de los artífices del movimiento de *reestructuración* (que es el término elegido en esos lares) de la asistencia psiquiátrica en el continente americano. Es también un buen conocedor de nuestra reforma y, por tanto, la persona idónea para hacer un análisis comparativo y extrapolar enseñanzas (Levav 1998).

## BIBLIOGRAFÍA

De la Mata Ruiz, Ivan. El mito de la gestión privada: el modelo catalán de salud mental. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 94-101

Desviat M. *La reforma psiquiátrica*. Madrid: DOR 1994

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

Fernández Liria A. Salud y capital. En Alvarez Uría F, García Santesmases A, Muguerza J, Pastor J, Rendueles G, Varela J. *Neoliberalismo versus democracia*. Madrid. La Piqueta 1998

Fernández Liria A, Diégez Porres M. La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales. *Revista de Administración Sanitaria* 1998; 2: 85-102

García J, Espino A, Lara L (Eds.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. 1998

Levav I. Dos movimientos paralelos: las reformas en la atención psiquiátrica en América Latina y en España. En García J, Espino A, Lara L (Eds.). *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. 1998, 389-397.