

Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades¹

RESUMEN: El cambio producido en el sector de la salud mental en los últimos 20 años ha sido extraordinario. La primera legislatura socialista, con Ernest Lluch al frente del Ministerio de Sanidad y haciéndose eco de un sentimiento generalizado entre amplios grupos de profesionales, estableció las condiciones para el cambio de la salud mental en España: el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Ley General de Sanidad (1986), que promovió la universalización del derecho a la protección de la salud. Unos años después, el llamado Informe Abril (1991) se hizo eco de una nueva sensibilidad por introducir, no sin dificultades, un mayor rigor en la organización y gestión del sistema público de salud, lo que sería objeto de una relectura interesada y de corte conservadora por parte del primer gobierno del Partido Popular a través de la creación de la Subcomisión Parlamentaria para la consolidación y

modernización del sistema sanitario (1997). Sus efectos en goteo sobre nuestro sector delatan un progresivo estancamiento tanto en el desarrollo de servicios asistenciales como en la propia discusión intelectual sobre las nuevas necesidades y demandas ciudadanas. Es necesario reavivar el debate sobre la problemática actual de las políticas de salud mental y sus nuevas posibilidades en el marco de los cambios económicos y sociales habidos en estos últimos años. Para ello se ha seguido un análisis de corte funcionalista basado en las técnicas utilizadas en el ámbito empresarial para desarrollar análisis estratégicos previos a la introducción de cambios en la gestión de dichas organizaciones.

PALABRAS CLAVES: Políticas públicas y salud mental. Cambios legislativos y atención psiquiátrica. Análisis estratégico y cambios en la organización de la salud mental.

ABSTRACT: The changes occurring in the mental health sector in the last 20 years have been extraordinary. The first socialist legislature, with Ernest Lluch at the head of the Ministry of Health, reflected the generalized sentiment of ample groups of professionals and laid down the groundwork for change in mental health in Spain: the Report by the Ministerial Committee for Psychiatric Reform (1985) and the General Law of Health (1986) that pushed for the universalization of the right to health care. Some years later, the April Report (1991) echoed a new desire to introduce (albeit with difficulty) greater rigor in the organization and management of the public health care system. The report would later be subject to and interested rereading of a conservative nature by the first government under the Partido Popular through the creation of a Parliamentary Subcommittee for the consolidation and modernization of

the health care system (1997). Its drip down effects have revealed a progressive stagnation of both the development of health care services and the intellectual debate on the emerging needs and demands of our citizens. It is thus necessary to revive the debate on the current situation of mental health policy and its new possibilities within the framework of economic and social change seen in recent years. To this end a functionalist analysis has been followed based on techniques employed in the business sector for the development of strategic analyses prior to introducing changes in the management of these organizations.

KEY WORDS: Public policy and mental health. Legislative change and psychiatric care. Strategic analysis and changes in the organization of mental health.

Introducción.-

Han pasado ya muchos años desde que tuve la ocasión de colaborar con Ernst Lluch en el Ministerio de Sanidad y Consumo del primer gobierno socialista. Fruto de aquel periodo fueron el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la inclusión de un apartado sobre la salud mental en la Ley de Sanidad que comprometía al Estado con la atención a la salud mental en condiciones de igualdad con el resto de actuaciones sanitarias públicas (1), (2).

Con el análisis de aquella experiencia de reforma en el libro *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo* dí por terminado, al menos por un tiempo, el volver sobre aquel periodo ya pasado sin ser todavía, entiendo, historia (3).

Permítanme justificar el título de mi intervención más allá de esa moda funcionalista tan actual consistente en usar términos (y valores) tecnocráticos:

- En los años 70 y a partir de la crisis del petróleo, se ponen en cuestión las políticas europeas de bienestar social nacidas con posterioridad a la segunda gran

DEBATES

guerra ² . Aparece así un interés creciente (y obligado) por controlar el crecimiento del gasto social, e igualmente, por mejorar aspectos relativos a la gestión sanitaria y a la evaluación de los sistemas de salud. La OMS se hará eco de esta nueva situación (4).

- Los esfuerzos por desarrollar sistemas sanitarios públicos más eficientes llevará a los gobiernos a tomar medidas para limitar las rigideces de funcionamiento de sus propias administraciones y a interesarse en los aspectos organizativos del sector empresarial, buscando nuevos instrumentos de análisis, gestión y evaluación aplicables a los servicios públicos ³ .

- Esta preocupación por la organización y gestión de los sistemas de salud va a calar dentro del sector sanitario español más tardíamente, al tener que afrontar en primer lugar la universalización de la atención sanitaria en un contexto de crisis económica, derecho constitucional que había que garantizar a todos los españoles y que se llevó a cabo, no sin dificultades y diversas críticas, durante el mandato de Ernest Lluch. No será hasta 1991 y a través del “Informe Abril” (5) cuando se intente afrontar de manera explícita un estudio de conjunto de las ineficiencias y rigideces de nuestro sistema sanitario, que tenía sus fuentes, no lo olvidemos, en el famoso Seguro Obligatorio de Enfermedad creado en los principios de la dictadura ⁴ . A mi juicio, el Informe Abril significó el mayor esfuerzo realizado por una administración sanitaria para modernizar el sistema público español de forma consensuada, siendo objeto de críticas dentro del propio ámbito del partido socialista. Con la perspectiva de lo ocurrido en estos diez años recordemos algunas de sus propuestas:

- introducir instrumentos y métodos de gestión empresarial en los centros y servicios sanitarios públicos (¡lo que nada tenía que ver con la introducción de estrategias de mercado en el sector sanitario!)

- dar autonomía a la gestión de los Centros sanitarios públicos (¡lo que no significaba introducir mayor discrecionalidad!)

- descentralizar procedimientos, incluyendo la disponibilidad de gasto

- comprometer con los resultados del SNS a los gestores sanitarios y a los profesionales con responsabilidades clínicas, incentivando de forma decidida la dedicación al servicio público y los buenos resultados asistenciales . ⁵

Su implantación, sin embargo, fue pequeña, contradictoria y tardía, perdiéndose una oportunidad de oro para reformar nuestro sistema de salud desde una óptica progresista y en favor de una cultura de eficiencia empresarial dentro del sistema sanitario público ⁶ . La Subcomisión parlamentaria promovida seis años después por el Partido Popular tuvo la oportunidad de realizar, sin grandes problemas, una hábil relectura de corte conservador de aquellos aspectos de dicho Informe que convenían a su propia política (6).

Pero volvamos al título. Hablar de debilidades y fortalezas o de amenazas y oportunidades nos remite precisamente a un tipo de análisis propio del ámbito empresarial: un modo ya clásico de identificar los problemas estratégicos de una

organización de forma rápida y participada, a partir de un número limitado de personas bien informadas y con criterio. En estos casos se analizan las condiciones del entorno de la organización (amenazas y oportunidades) – análisis externo -, y se buscan los puntos fuertes y débiles de la misma – análisis interno -, para reforzar su posición “en el mercado” a medio plazo. Este tipo de análisis sirve de punto de partida a las empresas para introducir mejoras en su organización y establecer el plan de actuación estratégica. Es precisamente por resultar una herramienta útil y de uso sencillo en el sector empresarial por lo que se está generalizando su uso en las organizaciones que ofertan servicios para el público (7), (8),(9).

Entre nosotros, un documento reciente de la AEN también proponía un análisis de este tipo como punto de partida para llevar a cabo un Plan de Salud Mental (10).

Este tipo de análisis hubiéramos podido realizarlo aquí, en la sala, y a buen seguro que tendría más matices que el derivado de mi exclusiva valoración. De forma que han de considerarlo una guía de temas y puntos de vista para un debate necesario y urgente sobre las líneas estratégicas de actuación en nuestro sector. Escúchenlo sin olvidar que estamos mucho mejor ahora que hace unos años, cuando empezó este proceso. Mi preocupación por el parón actual y mi pesimismo sobre el futuro inmediato a la vista de la pobreza conceptual que está guiando gran parte de las acciones en salud mental surgen, también, desde el convencimiento de que la atención a la salud mental ha mejorado mucho desde los 70 para acá y que, en dichos logros, han desempeñado un importante papel muchos profesionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (11), (12).

Análisis externo

1. Amenazas o riesgos potenciales_

Las principales: el estancamiento de las reformas, el retroceso en su desarrollo material y la involución en lo que se refiere a sus aspectos ideológicos, concepción teórica y organización de la atención pública de la salud mental

1.1. Económicas

- Un contexto económico (y político) restrictivo para la sanidad pública en general y la salud mental en particular

- Progresiva descapitalización del sistema sanitario público. Lo ocurrido en el Reino Unido ejemplifica a la perfección cómo *la visibilidad social* de los efectos negativos de determinadas medidas de privatización parcial del sistema sanitario – cuando son arropadas desde el poder mediante un discurso encubridor con ribetes publicitarios - puede tardar años en hacerse patente, siendo entonces muy difícil y costosas las medidas para su corrección (13, 14).

DEBATES

- De forma paulatina, cada usuario se está haciendo cargo de una parte creciente de los costes derivados de la atención a su salud ⁷. Frente al continuado crecimiento del gasto sanitario global (salvo en periodos de crisis económica) las políticas centradas en limitar el esfuerzo *presupuestario* (el gasto sanitario de financiación pública) han de compensarse con un incremento del gasto familiar en atención a la salud (junto a las habituales promesas de reducción de la presión fiscal que nunca llegan) ⁸. Igualmente, al empeorar la calidad de la sanidad pública, las personas que pueden tienden a compensarlo mediante su desembolso directo o a través del doble aseguramiento sanitario (lo que aumenta la frecuentación médica más bien que la protección de su salud).

- Las políticas económicas actuales de corte liberal cuestionan los criterios que hicieron posible la Europa del Bienestar. La UE se está replanteando también sus políticas sociales en el nuevo marco económico que significa la globalización. Pero cada país parte de un nivel de sanidad diferente y el de España, con un gasto sanitario sobre el PIB un punto por debajo de la media europea y una desviación del mismo hacia el gasto farmacéutico, es insuficiente.

- Las políticas de corte liberal priorizan reducir el gasto social y contener el crecimiento del gasto público mediante políticas de restricción presupuestaria y privatización de servicios dependientes del Estado. El efecto negativo de dichas políticas sobre la protección de la salud puede ser compensado de dos formas: o con un gasto más eficiente (lo que significa tomar partido por una *mejor gestión*) ⁹ o desviando una parte del mismo hacia el usuario, directamente sobre el presupuesto familiar (copago) o a través de ventajas fiscales a las empresas, para que dediquen una parte del ingreso de cada trabajador a complementar su atención sanitaria (salario social).

- La participación creciente del sector privado en el conjunto del gasto sanitario – lo que se publicita como “apertura del sistema de salud a los operadores” – está conduciendo a una progresiva descapitalización del sistema público (especialmente en lo que se refiere a su esfuerzo inversor) lo que reduce su posición dominante en el mercado (6, 15). ¿Se imaginan qué ocurriría si el modelo actual de atención farmacéutica – investigación y producción propia con ayudas estatales, provisión privada y financiación mixta por parte del sistema de salud y el propio usuario – se generalizara al conjunto del Sistema Nacional de Salud? El Ministerio de Sanidad y el resto de administraciones sanitarias quedarían cada vez más atrapadas en la red de intereses financieros propios de los “poderes fácticos”. El resultado a medio plazo, “eslóganes” aparte, es previsible: restricción y empeoramiento progresivo de las prestaciones sanitarias públicas y participación creciente del usuario en el pago de las mismas (al menos aquellos que se lo puedan costear) ¹⁰. ¿Volverá a hacer falta en unos años un nuevo sistema de beneficencia para los españoles con menos recursos?

- En cuanto al problema de la asignación de recursos escasos en un contexto de congelación real del gasto presupuestario la posición de nuestro sector es de

debilidad frente a otros de mayor interés para la administración, más capacidad de presión o mayor visibilidad social (por ej.: la droga o el gasto farmacéutico), lo que está dando lugar a que recursos necesarios para la salud mental se desvíen hacia otros sectores o que, en la práctica, nunca lleguen al nuestro por más que se necesiten. ¿Cuántas cosas podríamos haber hecho si hubiéramos crecido los últimos diez años al ritmo de las acciones para la droga o el gasto farmacéutico? ¿Nos estaríamos quejando de la insuficiencia crónica de programas de atención integral para nuestros enfermos con crecimientos presupuestarios medios por encima del 15% anual como ha sido el caso de la farmacia ¹¹ o del 25% en el caso de la lucha contra la droga ¹² ?

1.2. Sociales

- Venimos asistiendo a un menor compromiso de los gobiernos con las políticas sociales junto a una tarea de *deslegitimación de lo público y de desincentivación de sus trabajadores* desde las propias administraciones en favor de una cultura de “mayor responsabilización individual” que se resume en descargar sobre las personas una parte del gasto social a cambio de modificaciones de la fiscalidad de beneficio más que dudoso para el conjunto de la población ¹³ .

- Al no *aparecer* la salud mental en las encuestas de opinión como un asunto prioritario para la población (al contrario que el paro, el terrorismo o la droga), no “interesa” ni a los políticos ni a los medios de comunicación más allá de incidentes puntuales de gran impacto social habitualmente tratados con bastante superficialidad.

- El colectivo de enfermos mentales (y sus familias) sigue teniendo poca capacidad de presión real sobre los gobiernos y sus políticas (16). Su momento de desarrollo vive una fase esencialmente reivindicativa y dependiente de las actuaciones del poder, sin suficiente autonomía organizativa ni financiera. Las resistencias que encuentran para sacar adelante sus reivindicaciones junto a sus propias dificultades internas puede llevarles a revolverse contra los propios profesionales de la red pública haciéndoles responsables de problemas asistenciales que no están en su mano resolver ¹⁴ .

- No existen “liderazgos” sólidos y reconocidos ni en el ámbito de la política sanitaria ni en el sector de la salud mental, fundados en un amplio reconocimiento de su autoridad política, científica y moral y en su voluntad de servir de referente en favor del progreso de la atención a la salud mental en su conjunto (11), (17), (18); a cambio, “los poderes” están cada vez mejor identificados y son más consistentes. Frente a esta insuficiencia de liderazgos y estrategias capaces de promover las condiciones para *una nueva fase de reformas*, se van consolidando grupos cada vez más centrados en sus intereses y en la obtención de beneficios corporativos. Esta falta de liderazgos, por último, aumenta artificialmente la influencia de *la industria farmacéutica y los medios de comunicación* (19), (20).

DEBATES

1.3. Tecnológicas

- La continuada aparición de nuevos fármacos está dejando en segundo lugar otros desarrollos igualmente necesarios para la atención a la salud mental: la primacía del fármaco lleva consigo, además, una cierta devaluación del valor del profesional en los resultados del proceso clínico (21). Ya no es el médico quien cura o alivia con su arte y su oficio sino el nuevo fármaco, principal protagonista del mercado sanitario. Cada vez la gente nos va necesitando menos: le basta con disponer de un buen fármaco. La realidad es que *el personal facultativo*, año tras año, le sale más barato al sistema sanitario en términos porcentuales, mientras se disparan los precios de los medicamentos. En una sociedad tan mercantilizada como la actual caminamos hacia una cultura centrada en los fármacos y capaz de reducir el papel del médico a mecánico expendedor de los mismos.

- El extraordinario desarrollo de los sistemas de comunicación de masas pone en manos del poder político acrecentar hasta el infinito la importancia de los slogans frente a la realidad y gestión de los problemas. Una campaña en los medios bien diseñada y desarrollada durante 15 días, puede tener efectos electorales y sobre la opinión pública mucho más favorables (y con menos efectos colaterales) que implicarse en un esfuerzo por mejorar la calidad asistencial durante 4 años. En consecuencia, cada vez se hace más patente la progresiva despreocupación de los responsables políticos por mejorar la gestión de la salud mental a pesar del deterioro de la atención sanitaria de la población. A los gobiernos les resulta más cómodo y rentable aumentar la provisión indirecta del servicio de salud pactando costes globales/año con el sector privado (desarrollado, a veces, al cobijo de la propia administración contratante), que conocer, seguir, incentivar y evaluar lo que está pasando en los servicios propios.

1.4. Políticas

- La salud mental hace ya tiempo que no es una prioridad dentro de las políticas gubernamentales. La falta de sensibilidad de los poderes públicos convierte en excepcional la importancia que tomó la salud mental en la campaña electoral de 1982 y durante la legislatura de Ernst Lluch, de 1982 a 1986. En la actualidad, sólo algunas Comunidades Autonomas se han comprometido con un Plan de Salud Mental digno de tal nombre ¹⁵.

- El Ministerio de Sanidad hace ya mucho tiempo que dejó de asumir funciones de liderazgo y coordinación de las políticas de salud mental. Ni directamente ni a través del Consejo Interterritorial de Salud. No hay referente formal, por tanto, dentro del Ministerio de Sanidad para la salud mental: si acaso, están fuera ¹⁶.

- No existe una estrategia común de las Comunidades Autónomas en favor de un mayor desarrollo de la salud mental, lo que podría presionar en favor de elaborar medidas en el ámbito del Consejo Interterritorial que implicaran al Gobierno central y abrieran un período de mayor cooperación. La proposición del Grupo Socialista de 1999 consistente en desarrollar un Plan nacional de salud mental fue rechazada por el

Grupo Popular con el apoyo de los nacionalistas, encargando al Consejo Interterritorial arbitrar las medidas necesarias para coordinar las actuaciones en salud mental. Que yo sepa nada se ha hecho posteriormente (22), (23).

- La falta de estímulo de las administraciones sanitarias actúa, de facto, como desregulador de la sanidad pública, recuperándose la vieja cultura de los sesenta y primeros setenta consistente en hacer compatibles (y deseables) las tareas públicas y las privadas ¹⁷, consintiendo así la parasitación y aprovechamiento del sector público por parte del sector privado, en contra de la filosofía de la Ley General de Sanidad, que poco a poco y con gran sigilo, va siendo desvirtuada desde la trastienda de la Ley de acompañamiento a los Presupuestos Generales del Estado ¹⁸. Esta situación facilita la aparición de corruptelas que implican a profesionales y usuarios, producen descrédito en el conjunto del sistema sanitario público y no ayudan, en nada, a mejorar la atención de los pacientes ¹⁹.

- En cuanto a la separación de las actuaciones del SNS en materia de *financiación, compra y provisión de servicios*, presentada como un triunfo de la modernización de la gestión, sus resultados van a depender, exclusivamente, del desarrollo que cada administración haga de las mismas (5), (6): financiación pública o mixta; aseguramiento único o múltiple, provisión mayoritariamente directa o indirecta, etc, etc. Una vez más lo importante no es la cáscara modernizadora sino los contenidos de las políticas y sus efectos sobre la eficiencia y equidad del Sistema Nacional de Salud, su calidad asistencial y la sostenibilidad financiera del mismo a medio plazo (24).

- La progresiva clientelización de la oferta electoral de los partidos políticos les está llevando a preocuparse no tanto de los problemas sanitarios más importantes y peor atendidos sino de aquellos de mayor impacto político, más capacidad de presión ciudadana o previsión de más fáciles resultados electorales o financieros. (Análcese, por ejemplo, las diferencias de trato existentes hacia la anorexia nerviosa o el abuso de cocaína respecto del trastorno esquizofrénico). En la práctica, problemas sanitarios muy graves pero con poca visibilidad social pueden no llegar a ocupar nunca la agenda de los responsables políticos (Y al contrario... leves ... pero muy visibles..., etc.) (11), (25), (26)

- La ausencia de conflictividad en el sector con posterioridad a las reformas de los años 80 (con sus cambios organizativos, normativos, arquitectónicos e ideológico-asistenciales) junto a la acomodación de los profesionales también influye sobre las autoridades sanitarias, quienes consideran que este sector, al haber mejorado y estar en calma (lo que es cierto en la mayoría de los casos) carece ya de suficiente interés político-sanitario.

1.5.Normativas

- Restricción progresiva de la consideración sanitaria de determinadas prestaciones de soporte psico-social necesarias para la atención integral del enfermo mental (3), (26), (27)

DEBATES

a) En base a criterios economicistas (reducción del gasto público): la red sanitaria es casi gratuita en el momento de uso; la red sociosanitaria, no. (Recuérdese el conflicto habido en la Comunidad de Madrid con la pérdida de gratuidad e implantación de nuevos precios en los servicios de atención a las personas con discapacidad psíquica).

b) Por la medicalización generalizada de la atención a la salud mental. Hoy en día “medicalizar” la atención de un problema de salud mental significa, básicamente, limitar el compromiso asistencial. Se prima la atención del enfermo en sus aspectos de diagnóstico y tratamiento hospitalario, en detrimento de una cultura sanitaria y asistencial que integre los diversos desarrollos científicos con valores y medidas de educación sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acciones sobre la comunidad centradas en mejorar el entorno del paciente y sus problemas psicosociales ²⁰. Es sorprendente este reduccionismo médico en un momento en el que el conocimiento científico se mueve, más que nunca, en el terreno de la intersectorialidad ²¹.

1.6. Etico-culturales, ideológicas y ciudadanas

- En nuestro país hemos construido una democracia de perfil bajo, con poca participación de las personas en la vida pública salvo en asuntos de su directo interés. Se ha consolidado un mecanismo, ganar elecciones, para poder gobernar en una democracia con contenidos de muy corto alcance. Que la cultura democrática no se ha instalado suficientemente en la conciencia de los políticos se observa viendo su actuación una vez se sienten legitimados por las urnas para el ejercicio del poder ²².

- En lo que afecta al respeto al carácter confidencial de las actuaciones relativas a la salud mental de las personas, la actuación de algunos de los actores de la administración de justicia (abogados, jueces) deja mucho que desear, hasta el punto de poner en cuestión si en este sector clave para el correcto funcionamiento del Estado, han llegado a calar verdaderamente los valores democráticos y de respeto a los derechos humanos recuperados en nuestro país con el inicio de la transición.

- Los cambios en el estilo de vida de las personas y la continua propagación de valores ligados al individualismo y la competitividad dificultan aquellos procesos que necesitan contar con una base solidaria y sensibilidad social para ser afrontados con eficacia y resultados favorables.

- El “pensamiento único”, una forma cada vez menos sutil de pensamiento autoritario aplicado a los tiempos actuales, también parece actuar como un poderoso corsé en lo que afecta a la evolución del pensamiento psiquiátrico actual y a su necesario debate interno (11), (28), (29).

2. Oportunidades

1.1. Sociales

- La preocupación creciente entre las capas medias por estilos de vida más saludables junto a un mejor conocimiento de las relaciones existentes entre la

manera de vivir y determinadas patologías (la enfermedad coronaria, por ejemplo, o el alcoholismo) puede devolver protagonismo al sector de la salud mental si es capaz de desarrollar medidas preventivas y de promoción efectivas y accesibles para la población

- La intersectorialidad que atraviesa todas las actuaciones relativas a la salud mental (desde el ocio y tiempo libre a los servicios sociales, la educación, la administración de justicia, los departamentos de juventud y de la mujer, etc) favorece el conocimiento mutuo de su problemática y la cooperación entre los distintos sectores, aumentando así sus posibilidades y resultados prácticos.

- La tradicional preocupación de algunos sectores institucionales, como la Oficina del Defensor del Pueblo, por todo lo relacionado con la salud mental ²³.

- La presencia en la escena de la salud mental de diferentes colectivos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras de salud mental, trabajadores sociales, etc) aumenta también su capacidad de influencia social y sanitaria.

2.2. Políticas

- El crecimiento de nuevas formas de malestar social y de los fenómenos de exclusión social producen un aumento de los problemas psíquicos y presionan al alza sobre el gasto sanitario derivado de las acciones en salud mental

- La existencia de Planes de Salud Mental en distintas Comunidades Autónomas expresan una preocupación real por afrontar estos problemas (30)

- La universalización de la atención a la salud (Ley General de Sanidad de 1986) y la ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto de 1995) comprometen a los poderes públicos con los problemas de la salud mental (2), (31).

2.3. De carácter científico-profesional

- Las más prestigiosas revistas médicas junto a las asociaciones profesionales que les dan soporte necesitan cada vez más un desarrollo transparente y riguroso de sus actividades para recuperar credibilidad perdida ante el conjunto del sector profesional y la sociedad (19).

2.4. Etico-culturales, ideológicas y ciudadanas

- A pesar de sus dificultades, existe una progresiva toma de conciencia y creciente capacidad organizativa de las asociaciones de familiares y usuarios en favor de los enfermos mentales. Su potencialidad es enorme si trascienden un discurso exageradamente reivindicativo en favor del desarrollo de formas organizativas más autónomas y operativas (3), (16).

Análisis interno

Centrado en la organización y financiación de los servicios, la política y satisfacción del personal y sus organizaciones, la calidad y competencia de los servicios

DEBATES

que presta (frente a sus competidores) y la capacidad de adaptación que tiene la organización actual de la salud mental a los cambios de su entorno

3. Debilidades

3.1. En la organización de los servicios

- Ausencia de un *Plan Nacional de Salud Mental* (22), (23) que exprese la sensibilidad y compromiso del Ministerio de Sanidad al mismo nivel que otros planes en marcha (drogas, igualdad de la mujer, jóvenes, discapacitados, SIDA, etc) ²⁴. La falta de compromiso en este aspecto facilita:

a) desarrollos discrecionales de las administraciones, sin criterios explícitos (por ejemplo, en la asignación de recursos materiales y humanos); b) fáciles cambios de rumbo en “las políticas” de salud mental vinculados a intereses particulares y de grupo (se puede pasar, sin debate alguno previo, de estar priorizando servicios en la comunidad al hospitalocentrismo) ²⁵; c) ausencia de compromisos definidos con los profesionales, los enfermos mentales y sus allegados, más allá de genéricas promesas en tiempo electoral; d) déficit cuantitativo y de organización de los recursos públicos de apoyo sociosanitario al enfermo mental y sus familias (el caso de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental sigue siendo una excepción) (32)

- Ausencia de consolidación de un modelo de servicios centrado en la comunidad (1), (3), (17), (28), (33), (34). A la reforma psiquiátrica le sigue faltando un soporte legal que consolide lo logrado y garantice un modelo de desarrollo de los servicios equilibrado y estable frente a los cambios políticos de las administraciones sanitarias. ²⁶

- Ausencia de un proceso de coordinación real y de experiencias compartidas entre las Comunidades Autónomas en este campo a través del Consejo Interterritorial de Salud, a pesar del compromiso adquirido por el gobierno en 1999 en respuesta a una proposición no de ley del grupo parlamentario socialista (22), (23).

- Falta de cumplimiento por parte del Ministerio de Sanidad de sus funciones de coordinación, careciendo, en suma, de compromisos en materia de salud mental (lo que no quiere decir que no favorezca determinadas actuaciones y a unos grupos frente a otros, de acuerdo a sus intereses y cercanía ideológica) ²⁷

- Desorden organizativo y discrecionalidad a la hora de afrontar algunos problemas de especial relevancia social relacionados con la salud mental, como es el caso de las sustancias adictivas (clasificadas de acuerdo a una curiosa y ya histórica subdivisión de carácter no sanitario en legales e ilegales ²⁸). Carecemos de consenso técnico dentro de la profesión sobre la organización asistencial y formas de integración de la atención a los problemas relacionados con el abuso de sustancias dentro del sistema sanitario y la red de salud mental. ²⁹ En cambio, el desarrollo de programas centrados en la atención de los problemas de adicción más frecuentes y de mayor y más severo impacto sobre la salud, como son el caso del alcohol y el tabaco, continúa siendo insuficiente y errático (14), (20).

- Desarrollo desigual de la atención primaria y los servicios sociales, con efectos directos e inmediatos sobre el funcionamiento del sector de la salud mental. Gran parte de las tensiones relacionadas con el *incremento de la demanda* en los Centros de Salud Mental no existirían con un desarrollo asistencial más amplio de la atención primaria de salud y de los servicios sociales de carácter local (3), (11).

- Insuficiente desarrollo de los programas de atención a la infancia y adolescencia dentro de la red de salud mental (35), (36), (37)

- Ausencia de estadísticas centralizadas fiables, sencillas, accesibles y comparables entre los distintos territorios ³⁰

- Insuficiente desarrollo y devaluación institucional de los *programas* de atención a la salud mental en la comunidad en favor de unas *consultas ambulatorias* cada vez más desbordadas. En el caso de la Comunidad de Madrid, la partida presupuestaria que recoge los gastos de los Centros de Salud mental viene creciendo en los últimos años y de forma sistemática por debajo de la media de la Consejería de Sanidad. Pero hay más; en los últimos cuatro años (1997 a 2000) ha crecido un 26%, lo mismo que el crecimiento previsto del Programa de lucha contra la drogadicción para el año actual (38).

- Las características de la red de salud mental actual (asistencia ambulatoria accesible a todo el público mediante la petición de unos médicos de familia desbordados o la temprana externalización de enfermos hospitalizados, en su gran mayoría, a través de la urgencia) dan lugar a un crecimiento imparable de la demanda asistencial de muy difícil solución (haría falta un crecimiento indefinido de camas y recursos humanos extrahospitalarios) si no se introducen importantes cambios en la orientación y organización de la misma (26), (27), (39), (40).

- La investigación independiente en salud mental es prácticamente inexistente. Lo que así llamamos es el resultado de una serie de acuerdos con la industria farmacéutica, que necesita de la colaboración de los profesionales de la red para cumplir con las estrategias de sus departamentos de marketing y llevar a cabo los trabajos de sus departamentos de investigación ³¹. Cada vez es más rara (y difícil) una investigación comprometida e independiente en este campo debido al progresivo abandono de las administraciones públicas de todo lo relacionado con la investigación en favor del sector privado (19). A mi juicio, la falta de formación continuada e investigación rigurosas e independientes son dos de los problemas de la situación actual con efectos más terribles a medio plazo. La responsabilidad de que esto ocurra hay que imputárselo, en primer lugar, a la inhibición de la administración sanitaria, pero sería importante contar además con una actitud menos acomodaticia por parte del sector académico y las propias asociaciones profesionales (41).

- Ausencia de una cultura de empresa pública centrada en el compromiso con el ciudadano y la cooperación entre las unidades asistenciales del territorio (12). A cambio se nos repite una y otra vez ese nuevo slogan de “la competencia regulada”.

DEBATES

- Crecimiento, por último, del papel del sector privado (aseguradoras) en el desarrollo de la atención a la salud mental.

3.2. En la financiación

- En general, falta transparencia en cuanto al presupuesto sanitario que se dedica al sector de la salud mental ³²

- Sin embargo, es obvio que hay restricciones presupuestarias en el sector, junto a una gran variación del gasto existente entre comunidades autónomas y diferentes patologías: según un estudio llevado a cabo en Cataluña, mientras su comunidad gasta 2.500 ptas por habitante y año, en el País Vasco se gastan 7.500. En un país como Holanda, con tradición favorable de atención a sus enfermos mentales, el gasto es de 24.000 pesetas por persona y año. En el caso de las enfermedades mentales, una investigación realizada en la Universidad de Cádiz en 1998, cifraba en más de 400.000 pesetas año el coste medio directo por cada paciente de esquizofrenia.

- Falta un compromiso de desarrollo de prestaciones para el enfermo mental, especialmente en los territorios donde no existe un plan de salud mental que haya sido debatido y aprobado al máximo nivel (14), (31), (38), (42)

3.3. En la política y satisfacción del personal y sus organizaciones

- Insuficiencias formativas de los profesionales en determinados campos necesarios para la atención a la salud mental (técnicas comunitarias, rehabilitación, gestión clínica de los servicios, apoyo psicológico a las familias, etc). En el caso de los nuevos fármacos, la administración no asume su papel de informador principal sobre los mismos dejando dicha tarea en manos de la industria que actúa, como es natural, de juez y parte.

- Incumplimiento general de los distintos programas formativos por falta de voluntad en los responsables docentes, de evaluación y control de la realización de los mismos ³³

- Ausencia de políticas públicas rigurosas de formación continuada (Mientras la financiación esté en su mayor parte en manos privadas los riesgos son de todos conocidos, a pesar de que el Ministerio de Sanidad establezca unas reglas del juego a través del Consejo Interterritorial del SNS)

- Desmovilización y acomodación de los profesionales (43). En algunos casos, desengaño frente a expectativas, acaso exageradas, no cubiertas ni a un nivel personal ni colectivo. En otros, por último, cunde el desánimo ante una práctica profesional cada vez menos incentivada (11).

- No existe una política de personal que incentive con claridad la dedicación y los resultados clínico-asistenciales (9). La implantación de la carrera profesional, que había suscitado cierta ilusión dentro del sector, está resultando un fiasco, al menos en el caso de la Comunidad de Madrid, donde hasta la fecha el único efecto derivado de su introducción ha consistido en la habilidad de la administración para eliminar la *dedicación exclusiva* sin efecto negativo alguno sobre la nómina de fin de mes (14).

- Las revistas de la especialidad son, salvo honrosas excepciones, órganos de expresión de intereses corporativos o de índole particular más bien que núcleos de debate científico-técnico y profesional. Su falta de autonomía financiera incrementa su dependencia de la industria farmacéutica, de quien suele depender su viabilidad (19).

3.4. En la calidad y competencia de los servicios (frente a sus competidores)

- Insatisfacción entre las familias del enfermo mental severo sobre algunos aspectos de la atención de sus enfermos (atención domiciliaria, transporte sanitario, centros ocupacionales, duración de las hospitalizaciones, futuro de sus enfermos cuando ellos falten, etc.) (3), (32)

- Ofensiva medicalizadora y uniformadora de las prácticas psiquiátricas ³⁴ , con una significativa pérdida de la riqueza de matices de la práctica clínica ³⁵ en favor de “las doctrinas clasificadoras APA/DSM” complementadas con la documentación sobre medicamentos distribuida por la industria (42).

- Cada vez se reduce más el interés por los debates teórico-prácticos dentro de nuestra actividad profesional como fuente de conocimiento: vean, si no, en qué se van convirtiendo los congresos. Hoy en día, para introducir un nuevo fármaco en la práctica clínica no hace falta debate alguno: una vez inscrito y conseguida su financiación pública basta con vender el producto como si se tratara de una promoción de chalets en la playa...

- El interés del sector académico y de los hospitales universitarios por promover un desarrollo psiquiátrico homologado con el resto de especialidades médicas de carácter hospitalario (44) entra en contradicción con un mayor desarrollo y consolidación de políticas que refuercen los compromisos asistenciales y de gestión clínica de la red de servicios de salud mental y puedan ir generando un discurso alternativo y creíble dentro del sector.

- Faltan consensos técnico-profesionales que comprometan a los poderes públicos en relación a (10), (25), (31), (32), (42) : a) las atenciones sanitarias con las que debe contar el enfermo mental crónico y sus allegados; b) las características más adecuadas y eficientes de la red de salud mental; c) las prestaciones sanitarias exigibles con carácter general en el sector de la salud mental; d) la articulación y compromisos que deben establecerse entre los recursos sanitarios y los de apoyo psicosocial; e) los derechos (y deberes) del ciudadano-enfermo (mental) ³⁶

3.5. En la capacidad de adaptación a los cambios del entorno

- Los cambios vienen marcados por las políticas sanitarias y económicas generales: *no hay dinámica interna de cambios* en la salud mental, sino mecanismos de aprovechamiento y/o acomodación a los mismos (8).

- El desarrollo de recursos comunitarios necesarios para atender a los enfermos mentales externalizados de la institución manicomial ha sido tardío e insuficiente ³⁷

DEBATES

- Rigideces y retrasos en los procesos de adecuación y homologación de la salud mental entre administraciones con distintas culturas asistenciales (28), muy especialmente entre Insalud y Comunidades Autónomas-Diputaciones ³⁸ .

- Mantenimiento de procedimientos burocráticos e ineficientes en la organización administrativa de la red de salud mental. Resistencias del aparato Insalud para entender y adaptarse a las características de la atención a la salud mental. Como todo el mundo sabe, las administraciones “no pueden hacer” aquello que “no quieren o no tienen interés en hacer”, justificando así el mantenimiento de procedimientos anquilosados en la gestión de los servicios, a pesar de la progresiva insatisfacción de los profesionales comprometidos con el sistema público. Falta, por último, criterios de funcionamiento claros y precisos, que reduzcan los márgenes de discrecionalidad .

4. Fortalezas

La situación actual ofrece una atención a la salud mental con más prestaciones, más personas atendidas en la red y mejor conocimiento de lo que se hace. Por último, está mejor organizada que en la época manicomial y de las consultas de neuropsiquiatría de los años 60 y 70.

Algunos cambios en los indicadores se deben resaltar: ha crecido la proporción de camas de tratamiento activo frente a las asilares, las unidades de hospital general frente a los manicomios, los centros de salud mental de carácter multidisciplinarios frente a las consultas externas de los hospitales, tenemos más recursos humanos para atender a los pacientes, estamos mejor organizados y la conflictividad del sector prácticamente ha desaparecido (3), (11), (39).

4.1. La organización de los servicios

- El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) ha servido de referente en el conjunto del Estado, lo que ha permitido desarrollos comparables en las distintas Comunidades Autónomas (1).

- Algunos aspectos del modelo asistencial propuesto en el Informe de la Comisión Ministerial y que en su momento fueron objeto de rechazo por parte de sectores psiquiátricos conservadores han sido posteriormente asumidos aunque, eso sí, con significativas variantes. ³⁹

- La existencia de Planes de Salud Mental en marcha en algunas Comunidades autónomas ⁴⁰ debe suponer un factor de dinamización para el resto del Estado (30)

- En estos años ha crecido el interés por el desarrollo de la gestión clínica y el trabajo en equipo (cultura corporativa)

- Los distintos territorios cuentan ya con un sistema de registro e información relativo a su actividad asistencial (39), (45).

- Se ha consolidado la relación entre la atención primaria y los centros de salud mental al encontrar los profesionales del nivel primario, por primera vez, un apoyo real a su trabajo en la red de salud mental.

- El recurso asistencial más novedoso de la reforma, los centros de salud mental comunitarios, se han consolidado a los ojos de la población. Podrán cambiarles de nombre, desvirtuar algunos de sus contenidos o reducir su papel asistencial y de gestión clínica dentro de la red, pero supondría un serio conflicto con los usuarios cualquier intento de eliminación por parte de la administración sanitaria.

- Ya nadie tiene argumentos para defender el modelo manicomial (aunque sigan existiendo manicomios en nuestro país)

4.2. La financiación pública

- La Ley de Sanidad (1986) y el Decreto de prestaciones (1995) obligan al Estado a hacerse cargo de la atención de la salud mental en plano de igualdad con el resto de problemas de salud (2), (31)

4.3. La política y satisfacción del personal y sus organizaciones

- La experiencia clínico-asistencial de los profesionales de la red de salud mental desarrollada en estos años ha consolidado un colectivo competente y bien formado.

- Los programas de formación de especialistas, sin entrar en matizaciones que convendría seguramente hacer, se han diversificado al trascender el concepto de hospital docente e incorporar el de red de servicios acreditados para la formación de especialistas (3), (18), (35), (39), (44), (46), (47)

4.4. La calidad y competencia de los servicios (frente a sus competidores)

- La calidad de los programas de formación postgraduada (Psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería en salud mental), a pesar de sus déficits de gestión, es incuestionable (3, 18, 35, 46)

- Los usuarios del sector privado (Aseguradoras) intentan aprovechar aquellos aspectos de la asistencia desarrollada en los Centros públicos de Salud Mental que no ofertan sus pólizas o no lo hacen con la misma amplitud.

- La red de profesionales del sector público (o formados en el sector público) es quien viene nutriendo cada vez más al sector privado (por ej.: hospitales privados y concertados)

A modo de conclusión

Si tuviera que convencer al responsable de política sanitaria de mi Comunidad de que es necesario (y seguramente le conviene) dar nuevos y significativos pasos en favor de la salud mental le haría especial hincapie en los dos aspectos siguientes:

1) En la evolución del gasto en salud mental

- La incidencia de los trastornos mentales necesitados de atención sanitaria está aumentando. Un informe de la OMS sobre la salud en el mundo de 1999 establece que la depresión grave y el alcoholismo son, junto a las cardiopatías isquémicas, el cáncer de pulmón y los traumatismos, los principales problemas de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles en los países desarrollados.

DEBATES

- El gasto relativo en salud mental está aumentando, impulsado por el alto crecimiento del gasto en medicamentos para la atención de la salud mental, hasta el punto de que en 1997, dos grupos de medicamentos de uso psiquiátrico – antipsicóticos y antidepresivos – fueron los de mayor aumento proporcional en ventas (40). Esto se debe a la alta penetración en el sector de los nuevos fármacos y a la frecuentación creciente de los servicios de salud mental como resultado de la desaparición del estigma relacionado con los trastornos mentales, las mejoras introducidas en la red asistencial, su buena accesibilidad y el aumento del malestar ciudadano y de las bolsas de exclusión social con sus negativos efectos sobre el equilibrio psíquico de las personas.

- La tendencia a la cronicidad de los trastornos mentales con sus efectos añadidos en términos de discapacidad socio-laboral y familiar supone un aumento de la prevalencia de estos trastornos y nuevas exigencias, a la hora de enfrentarlos, para los sistemas de salud (3), (27), (32).

El crecimiento del gasto y de las cargas asistenciales nos obliga, por tanto, a dar prioridad a la organización de este sector con vistas a mejorar su gestión clínica y hacerle más eficiente.

2) En las nuevas demandas ciudadanas.

El crecimiento de las exigencias ciudadanas por disponer de una atención de calidad dentro del sector de la salud mental tiene un carácter general y no es comparable con ningún otro (48). El antiguo carácter de “cenicienta de la sanidad” junto a las nuevas condiciones de vida de las clases medias están produciendo una demanda cada vez mayor y más exigente (11). No debemos olvidar, por último, que la OMS ha dedicado este año su día mundial a la salud mental.

Sin embargo:

- Nuestro nivel de recursos y prestaciones sigue estando claramente por debajo del existente en el entorno de la UE.

- Siguen existiendo importantes problemas de equidad entre los distintos territorios del Estado

- Faltan incentivos de todo tipo hacia los profesionales que trabajan en la red pública

- Falta una actuación decidida desde la administración del Estado que “invierta razonablemente en el futuro de la salud mental”, promoviendo una investigación y formación continuada independientes y de calidad en favor de que el sistema público sea cada vez más apreciado por la población.

NOTAS.-

¹ Texto reformado de la comunicación realizada en la XVII Reunión anual de la AEN llevada a cabo en Madrid los días 8 y 9 de junio con el título general: “La reforma psiquiátrica hoy: realidades y desafíos”. Se enmarcaba dentro de la 1ª mesa de las Jornadas, titulada “Reforma psiquiátrica y salud mental en el siglo XXI”.

² En nuestro caso coincidió, además, con el fin de la dictadura y el inicio de la transición a la democracia

³ Desgraciadamente sigue siendo necesario explicar las diferencias existentes entre la privatización de la gestión de un servicio público y la utilización dentro del mismo de nuevos instrumentos de gestión empresarial que hagan más eficiente la gestión del servicio público. En el primer caso ponemos “en el mercado” una parte de la provisión sanitaria manteniendo la financiación pública, no buscando, por tanto, una mejora del servicio sino el desentenderse de la gestión directa del mismo y un posible ahorro. En el segundo se busca mejorar la calidad del servicio sanitario mediante nuevos instrumentos de gestión tomados de las empresas privadas más avanzadas del sector servicios.

⁴ La creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad se lleva a cabo el año 1942.

⁵ ¿Cómo se compadece un mayor compromiso de los responsables de las unidades clínicas con la empresa sanitaria pública, con el fin de la dedicación exclusiva y la falta de control de la presencia de los mismos en sus servicios?

⁶ La creación por parte del Partido Popular en 1997 de una “Subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del sistema sanitario” no consiguió, sin embargo, llegar a un consenso con el resto de fuerzas parlamentarias – PSOE e IU se fueron de la ponencia y votaron en contra de las propuestas -, ni estableció ningún compromiso claro para la reforma del Sistema de Salud. La ambigüedad y amplitud de las propuestas aprobadas con el apoyo de los grupos nacionalistas dejó al gobierno las manos libres para ir tomando en los años siguientes distintas medidas de acuerdo a criterios de oportunidad política.

⁷ Las últimas propuestas del Ministerio de Hacienda tendentes a cofinanciar la sanidad en base a una nueva tasa sobre el consumo de gasolina hacen dudar sobre la suficiencia financiera del SNS y sobre su sostenibilidad por vía de impuestos, única fórmula que garantiza el efecto redistribuidor sobre la renta del ejercicio ciudadano del derecho a la salud. De consumarse la implantación de un impuesto que grava un consumo generalizado, como es el caso de la gasolina, para financiar la sanidad, se trataría de una forma de copago de idéntica significación que si se implantara una tasa de 500 ptas (o 3) por cada visita al médico de atención primaria...

⁸ Según datos oficiales la presión fiscal (impuestos y cotizaciones sociales que se pagan a las administraciones públicas) ha crecido 2 puntos sobre el PIB en los 5 años de gobierno del partido popular, principalmente en base al factor trabajo (cotizaciones sociales e IRPF). A cambio, el gasto público se ha reducido en 4 puntos y la inversión pública en medio punto. El peso de los salarios y las prestaciones sociales en relación al PIB también han disminuido: un punto y un punto y medio, respectivamente.

⁹ El efecto de una buena gestión tiene, sin embargo, un efecto limitado ante la insuficiencia financiera. Así lo señalaba la directora de OMS, Gro Harlem, en relación a la reducción habida en el presupuesto de su organización: “Siempre es posible mejorar los métodos de trabajo para compensar una reducción presupuestaria del 2% o el 4%, pero cuando la reducción es importante, lo que sucede es que se anula, en parte, la labor que realizamos”.

¹⁰ Una de las propuestas de la Subcomisión Parlamentaria aprobada en diciembre del 97 fue, precisamente, establecer por ley un catálogo de prestaciones sanitarias básicas financiadas por el Sistema Nacional de Salud, lo que facilitaría el control presupuestario del gasto sin garantizar la suficiencia de las prestaciones. El proyecto parece haberse recuperado con la culminación de las transferencias sanitarias, estando en estudio una Ley de Coordinación y cooperación sanitaria.

¹¹ De acuerdo a Farmaindustria el crecimiento medio del gasto farmacéutico entre 1995 y 2000 ha sido de 16.5 % anual, con su pico máximo los años 97 y 98 (22.7 y 18.2 %) y mínimo los dos últimos años (13 y 7.5 %).

¹² En la Comunidad de Madrid el crecimiento presupuestario previsto para el 2001 ha sido de un 26%. Se tomamos el crecimiento acumulado desde 1997 nos vamos a un 154%.

¹³ La realidad es que la presión fiscal en España viene aumentando año tras año principalmente sobre las espaldas del factor trabajo (cotizaciones sociales e IRPF)

¹⁴ Las reivindicaciones más sentidas por los familiares de los enfermos mentales intentan conciliar una atención sociosanitaria continuada para sus enfermos con determinados servicios que les descarguen

DEBATES

en su tarea de cuidadores: centros de día, talleres ocupacionales y residencias de fin de semana o para períodos vacacionales.

¹⁵ Se cuestionan cada vez más los Planes de Salud entendidos como meros informes técnico-académicos carentes de un verdadero compromiso político que les de una dimensión práctica (el caso del suspendido Plan de Salud Mental de Madrid iniciado en 1998 ha sido un buen ejemplo) o que se queden en simples planes de asistencia sanitaria, dejando al margen todos los aspectos de intersectorialidad indispensables para poder enfrentar el conjunto de los problemas de salud de la población.

¹⁶ Una de las recomendaciones y propuestas de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) nunca desarrollada decía así: “El Ministerio de Sanidad y Consumo contará con una Oficina de salud mental y asistencia psiquiátrica que sirva de soporte técnico-administrativo y asesoramiento de los centros directivos del Departamento”

¹⁷ En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, ha desaparecido, sin más, la dedicación exclusiva de los médicos y demás facultativos al sistema público.

¹⁸ ¿Se está cumpliendo el sentido del art.90.1 cuando dice que “las administraciones sanitarias públicas podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos, debiendo tener en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios”?

¹⁹ Algunos ejemplos: el psiquiatra de la sociedad me atiende de acuerdo a la póliza contratada pero me orienta hacia el sector público – que conoce bien porque es también trabajador del mismo desde hace años - para complementar los aspectos menos favorables de la misma: recetas de medicamentos caros, algunas psicoterapias, internamientos en los últimos meses de cada año, etc.

²⁰ No es inocente este modo de actuar. La potenciación de la atención especializada en el ámbito extrahospitalario invade un sector de la actividad médica tradicionalmente dominado por la medicina privada.

²¹ Precisamente una de las recomendaciones de la OMS en el Día mundial de la Salud de este año, dedicado expresamente a la salud mental, ha sido potenciar el establecimiento de vínculos entre sectores relacionados, porque “el trabajo conjunto de sectores como el educativo, la asistencia social, el normativo o el jurídico influyen en la calidad de vida de los (enfermos mentales) afectados”.

²² El empobrecimiento real al que están llegando las democracias como efecto de la mercantilización de la política suscita cada vez mayor interés, conociéndose con distintas denominaciones: democracia defectiva o mediática (W.Merkel), democracia demediada (Fernández Buey), democracia a medias (Vargas-Machuca), democracia de opinión (Minc), democracia del público (Manin), democracia de emoción (Rosanvallon), etc. , etc.

²³ En el Informe del Defensor de 1997 se recogían, una vez más, las quejas de los familiares de los enfermos mentales, recordando la falta de dispositivos de soporte sociosanitario para la integración sociofamiliar y laboral de estos enfermos, lo que ha aumentado de hecho las cargas familiares relacionadas con su cuidado. Las críticas del Defensor se centraban en los enfermos mentales externalizados de los hospitales psiquiátricos, una pequeña parte, seguramente, del conjunto de enfermos mentales.

²⁴ El tercer capítulo del Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) llevaba por título: “Principios propuestos por la Comisión para un Plan General de Salud Mental y Atención Psiquiátrica”.

²⁵ Este indicador revela fielmente el tipo y orientación de las reformas, al contemplar dos respuestas diferentes - y sólo en parte articuladas satisfactoriamente - frente a la vieja institución manicomial: el desarrollo de unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales o el desarrollo de servicios socio-sanitarios alternativos a la hospitalización, capaces de dar respuesta al conjunto de necesidades de los enfermos mentales (incluida la hospitalización). Se trata de dos opciones que, habiendo mantenido durante estos años entre si un cierto equilibrio, se está decantando progresivamente en favor de la primera opción.

²⁶ La necesidad de una normativa propia para la salud mental sigue siendo un tema polémico, habiendo quien prefiere carecer de una regulación específica para la salud mental que pudiera encorsetarla más bien que suponer un factor para su dinamización.

²⁷ La administración sanitaria actual prefiere actuar sobre este sector a través de terceros, ya sean personas físicas, asociaciones científico-profesionales o comunidades autónomas, eludiendo compromisos

directos.

²⁸ ¿Qué fue del debate sobre la legalización de determinadas drogas en el campo de la salud?. También en este asunto cuentan las leyes del mercado: el tráfico de drogas ilegales mueve hoy en día más dinero que el tráfico de armas, al menos antes del brutal atentado ocurrido en la ciudad de Nueva York.

²⁹ Frente a la crónica restricción presupuestaria aplicada al conjunto de los problemas de salud mental la generosa financiación existente para la lucha contra la droga dificulta, “desde dentro”, su completa integración en la red sanitaria.

³⁰ ¿Se siguen recogiendo y publicando los datos de la Encuesta de Salud Mental que ha venido realizando el Ministerio de Sanidad? ¿Con qué periodicidad?

³¹ Editores de catorce prestigiosas revistas médicas denunciaban en septiembre de este año en una editorial conjunta que “los investigadores apenas tienen control en el diseño del ensayo, no acceden a los datos brutos y ejercen un papel limitado en la interpretación de los resultados..... a los que se les da el carpetazo antes de ser publicados si son desfavorables al producto patrocinado...”.

³² En la Comunidad de Madrid, la partida de gastos del Departamento de Salud Mental deja fuera al H.Psiquiátrico de Madrid, al Instituto Jose Germain (antiguo H.Psiquiátrico de Leganés) y a los dos Servicios clínicos y la Unidad de adolescentes del H. Gral. Gregorio Marañón. La partida de atención sociosanitaria de los enfermos mentales crónicos está situada en las Consejería de Servicios Sociales. Y rastrear, por último, los gastos en asistencia psiquiátrica del Insalud madrileño es casi una misión imposible.

³³ A cambio, algunos MIR aprovechan su residencia para realizar el doctorado e iniciar la tesis doctoral, todo ello mientras hacen múltiples guardias y aprenden su oficio de psiquiatras ...

³⁴ No está al margen de este problema la falta de experiencia histórica de INSALUD en la organización de la atención a la salud mental junto con su gran influencia general sobre las políticas sanitarias.

³⁵ ¿Qué ha sido de la psicopatología?

³⁶ Sería importante consensuar dentro del Sistema Nacional de Salud una carta de derechos (y deberes) del ciudadano-enfermo (mental) avalada al máximo nivel. En las conclusiones de la Subcomisión parlamentaria de 1977 se contemplaba este aspecto sin que se haya concretado hasta el momento en nada práctico.

³⁷ Se han seguido tres caminos: 1º) Lavado de cara de la institución manicomial (“Humanización”) 2º) Traspase de los enfermos mentales del manicomio a nuevas instalaciones residenciales en manos de otras dependencias administrativas (“Transinstitucionalización”) y 3º) Creación de una red de servicios en la comunidad alternativos a la institución manicomial generalmente insuficiente para hacerse cargo del conjunto de problemas de los enfermos (“Desinstitucionalización”)

³⁸ Las dificultades deben ser tantas que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha pospuesto afrontarlas en el momento de las transferencias sanitarias del Insalud a la Comunidad, conservando, al menos temporalmente, las dos redes institucionales.

³⁹ Elementos principales aceptados: territorialización de la red, proceso de desinstitucionalización de los enfermos mentales y desarrollo de una red de servicios alternativos, primacía de la atención ambulatoria e integración funcional de los servicios en una red única.

⁴⁰ Mientras se discute la necesidad de una normativa específica para la salud mental, la necesidad de que los gobiernos autónomos cuenten con Planes de Salud Mental que comprometan su actuación no es discutido por nadie.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo, *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*, Madrid, Secretaría General Técnica, abril 1985
2. Ministerio de Sanidad y Consumo, *Ley General de Sanidad* (Edición anotada y concordada), Madrid, Secretaría General Técnica, 1986.
3. García,J.; Espino,A.; Lara, L., *La psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Ed. Díaz de Santos, 1998
4. Organización Mundial de la Salud, “Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales”, *Serie Salud para todos nº 6*, Ginebra, 1981 (Reimpresión 1983)
5. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y recomendaciones*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, julio 1991
6. Subcomisión Parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, *Propuestas*, Madrid, Congreso de los Diputados, diciembre de 1997
7. Certo, S.C.; Peter, J.P., *Dirección Estratégica*, (3ª Edición), Madrid, McGraw-Hill, 1997
8. Ronco, E.; Lladó,E., *Aprender a gestionar el cambio*, Barcelona, Paidós, 2000
9. Espino, A., “Consultoría internacional para el fortalecimiento de la Dirección Nacional de Salud Mental del SESPAS: Informes”, CERSS, República Dominicana, 2000-2001
10. Bravo, Mª Fe (coord.), “Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad”, *AEN. Cuadernos Técnicos*, 4, Madrid, 2000
11. Espino, A., “La salud mental en los 90: guía para la discusión”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, octubre/ diciembre 1995, vol.XV, nº55, pp. 735-745
12. Sabando, P., “Conferencia inauguración jornadas de salud mental (25/junio/1993)”, *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, diciembre 1993, nº 4, vol. 1, pp. 107-117
13. Sánchez Bayle, M., “Los problemas en la Comunidad de Madrid”, *Diario El País*, marzo de 2001.
14. Boletín de la AMSM (AEN), Primavera 2000
15. Espino, A., “Fundaciones Sanitarias y privatización”, *Diario El País*, 16 de mayo del 2000
16. Van Abshoven, J.D., “Historia e intereses comunes de la organización europea de usuarios y ex-usuarios de la salud mental”, *Documentos de Psiquiatría comunitaria*, diciembre 1994, nº2, vol. 2, pp. 115-120.
17. Espino, J.A., “La reforma psiquiátrica en la II República Española” En Rafael Huertas y otros, *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, C.S.I.C., 1987
18. Aparicio, V., (coord.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*, Madrid, ELA, 1997
19. Varias revistas biomédicas, “Patrocinio, autoría y responsabilidad. Editorial conjunto”, *Diario Médico*, 11 de septiembre del 2001.
20. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), Invierno 1999
21. Cruz,E.; Alcaraz, M.; Espino, A., “Nuevos fármacos para la esquizofrenia, ¿la panacea?”, *Diario El País*, 14 de diciembre de 1999
22. Grupo Socialista del Congreso, Proposición no de ley relativa a la elaboración y aprobación de un Plan nacional de salud mental, *Diario del Congreso de los Diputados*, 15 de marzo de 1999.
23. Congreso de los Diputados, “Sesión Plenaria sobre la proposición no de Ley del Grupo socialista del Congreso”, 23 de noviembre de 1999 En: *Psiquiatría pública*, enero/abril 2000, (1), 41-51

24. Lluch, E., "Costes crecientes y éxitos sanitarios públicos", *Revista de Administración Sanitaria*, enero/marzo 1997, (1), 35-44.
25. Giner Ubago, J. (coord.), "Taller de trabajo GRD en Psiquiatría". *Protocolo de intervención en trastornos de la conducta alimentaria*, Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla, 2 y 3 de junio de 1999.
26. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, "Taller de expertos en salud mental", Oviedo, 8-9 de julio de 1993.
27. Fundación andaluza para la integración social del enfermo mental (FAISEM), "Taller sobre Perspectivas profesionales en la atención sociosanitaria al enfermo mental", Sevilla, 23-25 de noviembre de 1994.
28. Comelles, J.M^a., *La razón y la sinrazón*, Barcelona, PPU, 1988
29. Espino, A., "Salud mental: ¿nuevos retos o viejos problemas?", *Diario El País*, 14 de septiembre de 1999
30. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad, "Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha. 2000-2004", sin fecha
31. Espino, A., "A propósito del Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias de enero de 1995", *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 1995, 7, 99-114
32. Giner Ubago, J. (coord.), Taller de trabajo en Psiquiatría (Necesidades y cuidados informales en el enfermo psicótico de larga evolución.) Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla, 20 y 21 de Abril de 2001.
33. Asociación Madrileña de Salud Mental "La atención en la salud... planteamiento de futuro". *Boletín de la Asoc. Madrileña de Salud Mental* (AEN), 1999, 2, 4-12
34. Giner Ubago, J. (coord.), "La reforma psiquiátrica no concluida", Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla., 23-24 de abril de 1998.
35. Espino, J.A., (coord.), *Libro del año. Psiquiatría, 1992*, Madrid, Saned, 1992
36. Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, *Reuniones de Grupos de Trabajo*, Madrid, octubre de 1998.
37. Borrador del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Enero de 1999
38. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), "Editorial: Contrapunto. De nuevo los hechos", *Boletín de la AMSM*, primavera de 2001
39. Aparicio, V., (coord.), *Evaluación de servicios de salud mental*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid 1993
40. Espino, A., *Sugerencias y enmiendas al texto "La reforma psiquiátrica no concluida"*, Majadahonda, 7 de junio de 1998
41. Espino, A., "Gasto farmacéutico: ¿podemos seguir mirando a otro lado?" *Diario El País*, 3 de octubre del 2000
42. Giner Ubago, J. (coord.), "Taller de trabajo en Psiquiatría" (Nuevas conceptualizaciones para la clasificación de las discapacidades de la OMS), Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla, 16-17 de marzo del 2000.
43. Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), "Editorial", *Boletín de la AMSM*, invierno 2000
44. Giner Ubago, J.; López Ibor, J.J., "La especialización en psiquiatría" (Editorial conjunto de las Sociedades Española de Psiquiatría y Española de Psiquiatría Biológica), *Noticias Médicas*, febrero de 1995.
45. Espino, J.A., "Taller Nacional de Epidemiología psiquiátrica". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 1985, 5, (12), 107-112

DEBATES

46. Palomo, Rosario (coord.), "Formación especializada en salud mental", *Cuadernos técnicos*, 5, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2000
47. Compernelle, T., "Ser paciente psiquiátrico en Europa es como viajar en un avión con un piloto que aprendió a volar en los libros", *Eur. Psychiatry Ed. Esp.*, 1999, 6, (8), 530-535
48. Madianos, M.G.; Tsiantis, J.; Zacharakis, C., "Cambio de patrones de la asistencia en salud mental en Grecia (1984-1996)", *Eur Psychiatry Ed. Esp.*, 2000, 7, (5), 322-328

*Médico psiquiatra

Correspondencia:
Servicio de Salud Mental de Majadahonda
Jefe del Servicio
Avda. de España, nº7
28220 Majadahonda
Madrid
FAX: 91-6347215

Fecha de recepción: 14-XI-01