

# Revista de Revistas

---

## AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Vol. 141. N.º 11. Nov. 1984

### Less is more? Today's economics and its challenge to psychiatry (¿Menos es más? La situación económica actual y su reto a la psiquiatría)

Escalofriante título el de este artículo y aún más escalofriante su contenido. Nos venían siendo familiares las referencias, en publicaciones especializadas, al cambio de las estructuras sanitarias en los EE.UU. Asimismo es tema de reciente lectura en la prensa el nuevo recorte dado a los programas sociales (incluidos sanitarios) en el presupuesto del año entrante. Sí quedan parcialmente desconocidas las transformaciones efectivas en el bolsillo del ciudadano que los dos hechos anteriores estaban produciendo. La situación económica y los altos costos sanitarios, muy bien evaluados con cifras que luego comentaremos, han llevado a la pregunta: ¿menos es más? planteada como reto. Incremento de la eficiencia y calidad de la atención rebajando costes, ¿hay quien dé más? El secreto, como luego veremos, de semejante paradoja está en el bolsillo de los ciudadanos y entonces se cierra el círculo de la incógnita. Allá van algunas cifras entresacadas por su especial significación, que los autores del artículo aportan como suficientemente demostrativas. Incremento en el coste de los seguros médicos en un 16 % en 1982. La estancia media ha pasado de costar en 1965, 316 dólares a 184 dólares en 1982 (corregido con la inflación). En el campo de la salud mental se ha pasado del 6 % de los gastos totales sanitarios en 1955 al 12 % en 1977. El porcentaje que corresponde a recursos públicos llega al 56 % actualmente de todos los gastos en salud mental, mientras que la disponibilidad para ser tratado con recursos privados es aproximadamente la mitad en el caso de trastornos mentales, comparativamente con lo que sucede con otros problemas médicos. Los datos anteriores teniendo en cuenta que el número de médicos se ha incrementado en EE.UU. en un 40 % durante la década de los 70, con lo que esto ha traído en cuanto a competitividad entre los médicos, y en cuanto a disminución del volumen medio de ingresos, y por último, de la competencia con otros profesionales, como lo son en nuestro campo psicólogos y asistentes sociales, ha llevado a una situación de «reconversión», utilizando términos en boga y a la búsqueda de nuevas formas de financiación que se adecúen a la demanda actual.

Como señalan los autores «el énfasis ha pasado a sistemas de “pro-competencia” que intentan hacer al consumidor y al proveedor más conscientes de los costes». Se menciona el experimento llevado a cabo en la última década, el «Rand Health Insurance Experiment», sobre la influencia de un sistema de pago progresivo y la utilización de los servicios médicos disponibles. Los gastos totales por persona eran un 60 % mayores en programas sin límite ni coste directo respecto de este plan. Llegan a la conclusión de que la utilización de sistemas con pagos deducibles de impuestos o pago compartido con una compañía de seguros, sería una buena solución en el campo de la salud mental. Pero inmediatamente viene la cuestión, clara por otro lado, de la discriminación de clases que tal medida supone. Un reciente trabajo de la APA sobre 300 seguros

mostraba que sólo el 6 % de éstos ofrecía una cobertura similar de ingresos y consultas ambulatorias en el caso de trastornos mentales respecto de otros problemas médicos.

Han surgido experiencias que van en la línea de lo que los autores describen, los HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud), DRG (Grupos dependientes del diagnóstico), los PPO que equivaldrían a la «iguala» nacional, etc., irían todos en este sentido. No cobertura total, es decir, sistema gratuito sin pago directo alguno, ni sistema libre de mercado total, sino soluciones intermedias. En el trasfondo aparece un cierto tufillo en la línea de que se te diagnostican una esquizofrenia vete preparando el bolsillo y haciendo cálculos de por cuanto te va a salir. Demencial, ¿no? máxime si, como todos saben, y los autores recuerdan, el diagnóstico dice bastante poco respecto a la utilización de los servicios de salud y los costes que ello acarrea en el campo de la salud mental. Además el planteamiento arroja múltiples sombras sobre algo tan difícil en psiquiatría como la indicación de un determinado tratamiento. En un sistema tan sujeto a control de costes, ¿qué habría que hacer?, ¿psicoterapia o psicofarmacoterapia?, ¿o los dos?, ¿o ninguno?

Los autores plantean que el uso de diagnósticos estandarizados (utilización de DSMIII, establecimiento de grados de severidad, consideraciones pronósticas, etc.) sería básico para que de verdad los pacientes psiquiátricos pudieran ser incluidos en este sistema. Esto evidentemente tiene muchos aspectos positivos ya que obliga a que se sea ecléctico y no parroquialista pero una nueva sombra aparece «los pacientes que no puedan ser acomodados entre estos límites serán transferidos con toda probabilidad al sistema público». Esto ya suena más, el sistema público de felpudo recogiendo lo que los recursos privados no quieren o no le pueden sacar un beneficio. Los autores son consciente de ello «se debe tener presente que el acercamiento —¿menos es más?— es inapropiado para un alto porcentaje de pacientes». La realidad es que para un buen número de pacientes con trastornos mentales su enfermedad es catastrófica.

Al final llegan a la conclusión de la necesidad de un sistema público fuerte y convenientemente financiado, y llaman la atención sobre las desastrosas consecuencias que en salud mental están teniendo las medidas de recorte presupuestario de la actual administración americana. Como decía al principio, jugoso artículo de muy recomendable lectura, pues como se dice habitualmente al hablar de lo americano, puede que sea «lo que ha de venir». Dios no lo quiera.

Enrique GARCIA BERNARDO

## AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Vol. 141. N.º 12. Dec. 1984

### Follow up of children treated in psychiatric hospitals. A review of studies (Seguimiento de niños tratados en hospitales psiquiátricos. Revisión de artículos)

Todo artículo sobre ingreso de niños específicamente por motivos psiquiátricos pensado en nuestro país, tropieza inmediatamente con el hecho de que salvo raras excepciones es una opción prácticamente imposible. Nuestra red sanitaria de momento no tiene una infraestructura adaptada para ello. Es aún más grotesco el caso si pensamos que la especialidad de psiquiatría infantil no existe legalmente, con lo cual difícilmente existirá un dispositivo asistencial para este tipo de pacientes. El presente artículo que comento parte de una realidad: 15.000 niños tratados anualmente en trescientos hospitales psiquiátricos en Estados Unidos. Se pregunta inicialmente sobre la utilidad de dichos tratamientos a la luz de las críticas aparecidas en aquel país, que hablan de su hipotética ineficacia comparativamente a los costes sociales y humanos de devengan. Un estudio cuidadoso de la literatura les hace llegar a la conclusión de que los efectos del internamiento permanecen todavía escasamente entendidos, debido a que los estudios de seguimiento necesarios para evaluar la utilidad de los tratamientos son complejos y requieren gran cantidad de tiempo y dinero. El presente artículo establece una comparación de 24 trabajos previos sobre niños menores de 12 años ingresados en instituciones psiquiátricas en relación con trabajos realizados en adolescentes y adultos.

Explica de entrada las abundantes dificultades metodológicas de estos estudios debido a la casi imposibilidad de standartizar las diferentes variables a analizar. Los estudios prospectivos, que serían los más adecuados y conllevarían menor margen de error, son sólo cinco en esta revisión, planteando los autores que el margen de error en éstos, es generalmente mucho menor que en los retrospectivos.

Entresacadas de esta revisión aparecen diez variables por su particular importancia: Inteligencia, Organicidad, Diagnóstico, Patrón Sintomático, Edad, Sexo, Funcionamiento Familiar, Tratamiento, Cuidados al Alta y Seguimiento. Estas diez variables son escogidas en virtud de su importancia de cara a los resultados finales del tratamiento y de su valor predictivo.

La primera conclusión de la revisión nos habla de que el pesimismo con relación a los logros que podemos alcanzar con este tipo de tratamiento no está en absoluto justificado. Los pacientes descritos como primariamente neuróticos o afectos de trastornos de personalidad tienen un buen nivel de adaptación a largo plazo en más de un 50 % de los casos. Entre pacientes psicóticos, trastornos neurológicos y aquellos con un nivel de inteligencia por debajo de lo normal, sólo unos pocos tenían un nivel aceptable de funcionamiento, pero todos habían mejorado en alguna forma a resultas del tratamiento. Encuentran tres variables fundamentales relativas respectivamente, al paciente, la familia y el tipo de tratamiento. Los hallazgos en estas variables son aquellos que el sentido común dictaría con la diferencia de estar apoyados por datos numéricos.

Como fuertes indicadores pronósticos aparecen con sentido distinto la capacidad intelectual, organicidad, nivel de lenguaje y patrón sintomático. No había diferencia entre estas variables y las que se desprenden de estudios de adolescentes y adultos relativos a las mismas características.

Por último llaman la atención sobre la necesidad de protocolizar los estudios en el futuro de cara a que se puedan establecer comparaciones fiables entre diferentes trabajos, y para obtener datos que puedan ayudar a entender mejor la hospitalización, con sus formas de abordaje específicas en este grupo de edad. Especial énfasis se pone en estudios de seguimiento que sean diseñados con multivariabes (personales, familiares y formas de tratamiento) para poder sacar conclusiones de la incidencia particular de cada una de ellas en el resultado final observado. Deseo absolutamente respetable y encomiable, que el pragmatismo anglosajón impone y que de cualquier forma sirve para que nuestros conocimientos aumenten, particularmente en este área tan desatendido por nuestra Sanidad.

**Enrique GARCIA BERNARDO**

### REVISTAS RECIBIDAS

12. «Revista de Sanidad e Higiene Pública». Año LVIII. Enero-febrero 1984. Núms. 1-2.
13. «Psiquis». Septiembre-octubre 1984. Año VI. Vol. V. 5/84.
14. «Revista Aeronáutica y Astronáutica». Núm. 523. Julio 1984.
15. «Revista Aeronáutica y Astronáutica». Núm. 524. Agosto 1984.
16. «Revista de Psicoterapia y Psicosomática». Nueva Epoca. Núm. 7. Julio-diciembre 1983. Núm. 8. Enero-junio 1984.
17. «Apuntes de Psicología». Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. Andalucía Occidental. Núm. 11.
18. «Anthropos». Boletín de información y documentación. Núms. 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44. 1984.
19. «Revue pratique de psychologie de la vie sociales e d'hygiène mentale». Année 1981. Núm. 3.
20. «Revue pratique de psychologie de la vie sociales e d'hygiène mentale». Année 1983. Núm. 3.
21. «El Hospital». Vol. 40. Núm. 6. Noviembre/diciembre 1984.
22. «Boletín de Psicología». N.º 1. Vol. VI. Enero-abril 1983.
23. «Psiquis». Noviembre-diciembre 1984. Año VI. Vol. V. 6/84.
26. «Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Año XXXVIII. Vol. XXII. Núm. 3. Julio-septiembre 1984.
27. «Índice Médico Español». Núm. 79. Julio, agosto, septiembre 1984.
28. «Temas de Trabajo Social». Vol. V. Núms. 2 y 3. Mayo-diciembre 1983.
29. «Papeles del Colegio de Psicólogos». Noviembre 1984. Vol. III. Núms. 16/17.
30. «Revista de Sanidad e Higiene Pública». Año LVIII. Mayo-junio 1984. Núms. 5-6.
31. «Revista de Sanidad e Higiene Pública». Año LVIII. Julio-agosto 1984.
33. «Energía, carácter y sociedad». Año 1984. Vol. II. Núm. 2.
34. «Papeles del Colegio de Psicólogos». Madrid. Diciembre 1984. Núm. 18.
35. «Boletín de CEPYP». Año II. Núm. 7. Bimensual. Octubre-noviembre 1984.
36. «COLABORACION». Núm. 49. Enero 1985.
37. «Boletín de Psicología». Núm. 2. Vol. VI. Mayo-agosto 1983.