

Informes

La atención psiquiátrica en Inglaterra

(Informe realizado en base a la experiencia adquirida durante un año de disfrute de una beca de estudio de postgrado en Salud Pública —Londres— del Gobierno Vasco, Orden de 10 de abril de 1985.)

Oscar MARTINEZ AZUMENDI

Antes de iniciar la exposición del tema, es conveniente aclarar que «Inglaterra» en este contexto se refiere a su acepción más exclusiva. Mientras, Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte) y Gran Bretaña (Inglaterra, Gales y Escocia), corresponderían más exactamente al concepto extensivo de Inglaterra en castellano.

La administración de temas sanitarios y sociales depende de ministerios particulares en cada uno de los cuatro países componentes, con diferencias en ocasiones notables. En este caso, de nuevo recordar que aquí nos referiremos sobre todo a Inglaterra y Gales.

La inclusión de la atención psiquiátrica dentro de los servicios cubiertos por el Servicio Nacional de Salud (N.H.S.), hace que ésta se encuentre en una posición favorable a la hora de relacionarse con el resto de especialidades médicas. Por otra parte, y debido a la necesidad de consultar primero con el médico general (G.P.), antes de que otro tipo de iniciativa sea considerada, permite que éstos se encuentren en una posición privilegiada como primer recurso comunitario.

La especial idiosincrasia de la psiquiatría hace que no sólo servicios de salud, sino servicios sociales, vivienda, empleo, educación... sean necesarios, es aquí

donde parte de la confusión y dificultades observadas toman lugar.

De esta forma, y a pesar de la integración de los servicios sanitarios apuntada arriba, a la pregunta ¿quién es responsable de la atención psiquiátrica en Inglaterra?, no es posible responder de la misma manera. El N.H.S. (dependiente del Departamento de Salud y Seguridad Social —D.H.S.S.— del Gobierno Central); la atención primaria (coordinada por los «family practitioner committees»); los servicios sociales (autoridades locales); vivienda (autoridades locales y Departamento de Medio Ambiente); junto a Trabajo, Educación, Servicios Penales, Voluntariado y atención privada, se mezclan e interrelacionan de una manera complicada y a veces confusa a la hora de desarrollar los servicios necesarios.

Principalmente distinguiremos tres orígenes diferenciados de atención, que con sus peculiaridades, objetivos y características propias abarcan la mayor parte del abanico asistencial. Superponiéndose en muchas ocasiones, su principal riesgo es la confusión de papeles que daría lugar a reduplicación de recursos o vacíos asistenciales. Estos tres grandes sectores serían el D.H.S.S. (Servicios Sanitarios y Seguridad Social), Autoridades Locales (servicios sociales, vivienda...) y servicios voluntarios.

D.H.S.S.

En los últimos años, y dentro de la política desarrollada por el presente gobierno, se pretende dar una orientación más empresarial a todo el aparato sanitario. De esta forma, tras la anterior reorganización (1974) y continuando la publicación de diversos informes (1, 2), el N.H.S. sufre en 1982 su última reestructuración. Se intenta en todo momento reducir la complejidad administrativa, así como localizar a cada uno de los niveles aquellas figuras directivas responsables, como manera de aumentar la productividad.

Estando dividido el territorio geográficamente, en base a determinadas Regiones de Salud, una reorganización sectorial tiene lugar para suprimir las llamadas Areas de Salud y conservar aquellas unidades inferiores o Distritos como módulos operativos. Estos 192 distritos sanitarios están regidos por un equipo directivo que, a su vez, se subdivide en grupos más específicos como son los equipos directivos psiquiátricos, sanitarios, hospitalarios y en aquellos lugares donde existe un hospital psiquiátrico se contempla la posibilidad de un equipo responsable de éste, debido tanto a su aislamiento físico como a ser generalmente utilizado por diferentes distritos.

En los últimos años, y especialmente tras la publicación de las «Proposiciones Griffiths» (3) (un alto ejecutivo de una cadena comercial que se consulta en vista a mejorar la productividad del N.H.S.), una nueva cultura empresarial intenta extenderse en el Servicio, con especial atención en los hospitales. Junto a las características antes apuntadas (responsabilidad contable directa y localizada, figuras directivas señaladas a los diversos niveles...), la introducción de un abordaje del tipo de incentivos en los niveles directivos nos muestra el tipo de pensamiento implicado. Si bien a nivel ministerial y administrativo es acogido con entusiasmo, no lo es así a nivel médico (4), gozando de franca impopularidad en diferentes niveles profesionales.

Dentro de los servicios que dependen del D.H.S.S., junto a la propia atención sanitaria, la Seguridad Social es responsable de pensiones y beneficios que en el momento presente sufren similares recortes presupuestarios a los del N.H.S., añadiendo cierto malestar en la opinión pública.

SERVICIOS SOCIALES

Dependiendo, junto a otra variedad de servicios de las autoridades locales, son responsables de una parte importante de la atención psiquiátrica (sobre todo en relación al mantenimiento de pacientes crónicos).

Siendo las autoridades locales responsables de la admisión forzosa de pacientes en los hospitales psiquiátricos hasta 1971, tras la «reorganización Seebohm» y gracias a la «Local Authority Social Services Act» cambios importantes tuvieron lugar. Los servicios de Salud Mental dependientes de las autoridades locales pasaron a ser responsabilidad de un Director de Servicios Sociales en vez del anterior Oficial Médico. Como generalmente es señalado, buscando la «integración» (psiquiatría en medicina general y asistencia social psiquiátrica en asistencia social general), lo que se consiguió fue la «desintegración» del paciente psiquiátrico en médico y social (5). Es esta separación radical lo que obstaculiza en numerosas ocasiones el abordaje integral del individuo, sin negar por otra parte evidentes beneficios derivados de dicha práctica.

Sin embargo, esta primera división extrema se ha intentado paliar en lo posible. Así, en 1975, el libro blanco «Better Services for the Mentally ill» (6) dentro de sus recomendaciones señala la importancia de una estrecha colaboración entre los dos servicios, ligados entre sí a través de un comité consultivo general y necesitados de una planificación y financiación conjunta en muchos aspectos.

Intentando señalar las diferencias entre ambos servicios, de una manera caricatu-

resca y grosera podemos asegurar que allí donde el «usuario» es denominado «paciente» estamos en relación con el N.H.S.

El «cliente» es patronazgo de los Servicios Sociales. Para una más precisa comparación:

	N.H.S.	Social Services Department
Responsabilidad	D.H.S.S., estatal	Representantes elegidos localmente
Financiación	Central	Local
Sectorización	Basada en servicios hospitalarios	Basada en las autoridades locales
Habilidades	Clínicas	Sociales
Historia y formación	Larga y experta	Mucha plantilla sin formación

Adaptado de «Nodder Report» (7).

Del anterior cuadro, las diferencias son evidentes; sin embargo, sus relaciones actuales parecen centradas principalmente frente a cuestiones económicas. Debido al trasvase asistencial del hospital a la comunidad, nuevas fuentes de necesidad son creadas.

La idea de que la despoblación hospitalaria progresiva liberaría los fondos necesarios (8) para el cuidado comunitario alternativo, pronto apareció como insostenible dado que solamente un cierre total de la institución permitiría ese trasvase económico. Hasta ese momento sistemas alternativos de financiación como «cuentas dobles de gastos», transferencia de dinero de Salud a Servicios Sociales... son propuestos como necesarios. La actual política conservadora de recorte presupuestario hace muy difícil la financiación mínima de ambos servicios (9). Lo anterior, junto a cierta incertidumbre acerca de la dirección futura de la política psiquiátrica, hace que cierto malestar generalizado en el seno de las diferentes profesiones sea reflejado en el Informe del Comité de Servicios Sociales de 1985 (10), quizá la publicación oficial más reciente que mejor refleja la situación presente. Frente a ello, el Gobierno, alegando la es-

caz de fondos disponibles, con una política de prioridades se propone alcanzar (11):

- a) Sentido de realidad en el área del uso de recursos.
- b) Mayor eficiencia y efectividad de los servicios, criticando en los psiquiatras su falta de interés en la evaluación gastos-recursos, así como su pobreza diagnóstica y operacional.

SERVICIOS VOLUNTARIOS

Quizá para ayudar a confundir más el panorama asistencial, aparece este extenso grupo de asociaciones y servicios que con un amplio rango de actividades ofrecen un servicio invaluable.

De una fuerte tradición histórica victoriana, bajo este epígrafe se encuentran numerosas «caridades registradas», bien obras filantrópicas o meras empresas privadas que de esta forma se acogen a ciertos beneficios fiscales.

Con extensión estatal, agrupaciones como Mind, National Schizophrenia Fellowship, Accept, Age Concern... ofrecen una serie de servicios asistenciales, tanto

integrados en la red general o de manera alternativa, así como ocupan generalmente un lugar destacado a la hora de enjuiciar y criticar políticas oficiales. De esta manera, asociaciones de afectados o sus familiares tienen un medio de hacer oír sus opiniones, así como sectores de la población encuentran un lugar de realización de sus particulares necesidades caritativas.

Es tal la importancia por ellos mantenida que la totalidad de documentos en relación a la política de salud mental los considera como parte fundamental de la red de servicios asistenciales.

Por ejemplo, su papel en relación al N.H.S. es juzgado como insustituible en tareas que abarcan desde: transporte individualizado, comidas, compañía, amistad, tareas simples en hospitales, cuidadores domiciliarios, supervisión y ayuda doméstica... hasta 30 % de residencias y hoteles y 15 % de plazas de centros de día en 1974 (6).

RETRASO MENTAL

Si bien hasta el momento nos estamos ocupando de salud mental en general, tanto tendencias asistenciales como política administrativa en retraso mental son muy similares. Por otra parte, los equipos que se ocupan de ambas disciplinas son diferentes en general y solamente citaremos cierta bibliografía relacionada (12, 13 y 14).

ASISTENCIA HOSPITALARIA

La tendencia actual de transferir el peso asistencial de las macroinstituciones psiquiátricas al entorno comunitario del paciente aparece como la principal filosofía motivadora.

Con una población de unos 47 millones de habitantes (Inglaterra) y habiéndose reducido en los pasados 25 años el número de camas de 145.000 a unas 69.000, en

estos momentos se recomiendan entre 0,3 a 0,5 camas (\times 1.000 población bajo 65 años), que aumentarán lógicamente en la medida que no se disponga de otras plazas alternativas del tipo hoteles supervisados o alojamiento apropiado para los nuevos pacientes de larga estancia.

Además, una cama (\times 1.000 población entre 65 años) es considerada necesaria en servicios psicogeriátricos de corta estancia y otras tres en los de larga estancia y para descanso de familias (15).

Sin embargo, apareciendo dicho movimiento con gran ímpetu e ilusión hace unos años, en estos momentos atraviesa un grave período de crisis y desorientación. Temerosos de repetir la «experiencia italiana y americana», con lo que con ello se quiera significar, numerosas voces se alzan en contra del proyecto de cerrar determinados hospitales (16).

Sin duda alguna, una sabia precaución frente a los recortes económicos gubernamentales permite preguntar si «el fijar una fecha para el cierre tiene como finalidad el cerrar el hospital, o más bien el desarrollo de una extensiva red de servicios comunitarios que implique que dicho hospital ya no es necesario» (17). Pero lo que a un nivel racional aparece como cautela, es posible que oscurezca otra serie de razones menos lógicas.

Por una parte, la actitud pública, sorprendida por la llegada de numerosos pacientes psiquiátricos a vivir a la vecindad y alimentada sin duda por unos medios de comunicación excesivamente alarmistas y críticos (es raro el día en que no exista una referencia bien en prensa o televisión en relación a la enfermedad mental, así como con frecuencia las primeras páginas de los periódicos más populares son elaboradas con noticias sensacionalistas en este sentido).

Por otra, la propia actitud profesional aparece confundida. Tras la efervescencia ideológica de la pasada década y ante cierta posible desilusión, las posturas más bio y tecnológicas se desarrollan al amparo de los grandes centros hospitalarios

universitarios, posiblemente distanciándose de la realidad cotidiana del paciente que en el caso de cronificación pasará a depender sucesivamente de estamentos profesionales jerárquicamente inferiores. Así, no es de extrañar, que en muchas ocasiones el principal «apoyo» sea una clínica depot donde se agrupan hasta 50 pacientes con su numerito en la mano. Al final de mes pueden distribuirse circulares internas comparando la proporción por habitante de neurolépticos de depósito suministrados por cada psiquiatra y junto a ello una nota recordando la prevalencia máxima de esquizofrenia aceptada académicamente, las conclusiones son obvias.

La situación en los hospitales psiquiátricos no es más optimista. En general, la incertidumbre y preocupación son evidentes. Así, es muy posible que gran parte del rechazo al cambio provenga de las propias plantillas. De éstas, las personas más capacitadas ya han abandonado el hospital hacia trabajos alternativos o reciclándose en diversos modelos asistenciales, pero el grueso desmoralizado e institucionalizado de la misma forma que los pacientes y beneficiándose de diversas ayudas como vivienda y manutención, ven muy difícil este paso. Esta situación incluso ha llegado al extremo de contratar estrellas de la televisión para entrevistarse con las plantillas afectadas y tratar de tranquilizarlas, con el consiguiente des crédito general (18).

Desde este punto de vista, no extraña comprobar que, incluso, sindicatos de izquierda en sus denuncias comparan el cierre de una maternidad o un hospital pediátrico con el cierre de un gigantesco hospital psiquiátrico decimonónico, y junto a ello la reducción de alojamiento para enfermeros.

Es evidente que la necesidad de reciclaje y seguridad laboral, así como la educación pública, son pasos previos antes de iniciar un movimiento de estas características.

Los recursos alternativos necesarios para destronar la supremacía hospitalaria

aparecen como costosos y difíciles de implementar. Piedra angular a la hora de ofrecer unos servicios realistas a la población más necesitada de pacientes crónicos, es la provisión de diferentes tipos de alojamiento y supervisión así como ocupación laboral o social durante el día. En este sentido, diferentes experiencias y proyectos envidiablemente desarrollados, permiten demostrar la viabilidad «comunitaria».

No obstante, la necesidad imperante de dichos recursos permite que la iniciativa privada, si bien posiblemente elogiada en numerosas ocasiones, despierte cierta preocupación. No son pocos los anteriores trabajadores en hospitales psiquiátricos que recogiendo en diversos edificios un grupo de ex residentes (generalmente seleccionados en base a su carácter conformista y no demandante), reciben del Gobierno las oportunas subvenciones, ofreciendo en contrapartida un servicio mínimo. Viejos hoteles, en los enclaves económicos menos favorecidos de Londres, sobreviven a cuenta de estas personas que generalmente carecen de la mínima seguridad así como son hospedados en muchas ocasiones bajo los mínimos niveles deseables, como tuve la oportunidad de comprobar pretendiendo yo mismo buscar alojamiento en ellos.

Esta situación, ya amargamente denunciada en Estados Unidos (19), empieza a despertar las primeras voces de alarma en el Reino Unido (10, 20), que han debido ser contestadas por el Gobierno (15).

En relación al tratamiento tanto de los pacientes agudos como de pacientes psicogerátricos, el hospital general se contempla como el principal recurso asistencial. Sin embargo, dadas las características tanto de los pacientes como arquitectónicas, hacen que numerosos hospitales sean considerados en la actualidad como no demasiado adecuados para esta función. Desde limitaciones estructurales de espacio (la distribución está hecha considerando las necesidades de enfermería de un paciente somático), alturas de los edi-

ficios (difícil prevención del suicidio), dificultad de manejo de pacientes agitados o confusos... aconsejan la incorporación de la unidad de hospitalización psiquiátrica y hospital de día como edificios desanexos dentro del terreno del hospital general.

EQUIPO DE SALUD MENTAL

Con base asistencial principalmente hospitalaria, existen sorprendentemente pocos centros de salud mental comunitarios.

Distribuidos los diferentes recursos de manera irregular a lo largo de la geografía y con un mayor desarrollo en los núcleos grandes de población, aún careciendo de un patrón típico de composición, la característica de dichos equipos es un intento de abordaje multidisciplinar de cada caso. Comparables a los equipos funcionando actualmente en nuestro Estado, quizá cabría señalar en algunas ocasiones la mayor diversidad profesional en su estructura. Así, junto a psiquiatra y asistente social (miembros universalmente presentes), psicólogos, terapeutas ocupacionales, logoterapeutas, quirópodos (fundamentales en equipos psicogerítricos) y, sobre todo, enfermeros psiquiátricos comunitarios, se alinean en diversas proporciones. El abanico de habilidades así reunido se amplía, pudiendo ser ofertada una mayor variedad de servicios.

Esta diversidad profesional y la no clara diferenciación de roles en muchas ocasiones, ha desembocado en el concepto de «key worker» (trabajador clave) o responsable primero en el tratamiento de determinado individuo. De esta forma, la continuidad de tratamiento se asegura de alguna manera. Sin embargo, el riesgo de una no suficiente formación está presente a pesar de la generalmente alta motivación de estos profesionales.

De los diferentes grupos antes citados, merece la pena destacar por su progresivo papel e innovadoras aportaciones, los enfermeros psiquiátricos comunitarios.

Contratados específicamente para el trabajo en la comunidad, muchos de ellos trabajando anteriormente en hospitales psiquiátricos, y basados generalmente en unidades especialmente dedicadas, llama la atención la gran independencia y libertad de acción de sus actuaciones. En alguna de las visitas realizadas a diferentes equipos, pude observar su funcionamiento autónomo con vías propias de derivación, sesiones clínicas y dirección particulares y con un rango de intervenciones, en su mayoría domiciliarias, que pueden variar desde la administración de medicación depot hasta la supervisión doméstica y social o consejo y apoyo psicológico.

Habiendo sido acusados en ocasiones de indisciplina y falta de definición (en sus funciones). Son considerados por otros como el cuerpo profesional más importante en el proceso de traspaso de cuidados a la comunidad. En estos momentos su número se considera entre 2.000 y 3.500, lejano aún de la proporción 1/10.000 habitantes sugerida (21).

MEDICOS GENERALES

Dado el reconocimiento del fundamental papel desempeñado por ellos, la necesidad de ampliar su formación psiquiátrica, la mejora de la en ocasiones desprestigiada relación entre ellos y los psiquiatras junto a la necesidad de una mayor intensidad en la investigación a nivel de atención primaria, son objetivos generalmente aceptados como ineludibles (22).

Por otra parte, su tradición asistencial como «reguladores» de las interconsultas o derivaciones a otras especialidades hace incluso que el Real Colegio de Médicos Generales se oponga al desarrollo de centros de salud mental de acceso directo.

RECURSOS ASISTENCIALES DE DIA

Con una mayor consciencia del carácter crónico de alguno de los padecimientos psiquiátricos a la hora de planificar los

servicios, la necesidad de lugares donde dichos pacientes puedan acudir durante el día (generalmente con el ánimo de estructurar temporalmente su existencia, aliviar durante unas horas a los familiares o cuando menos asegurar una básica alimentación), hace que aquí también la separación entre servicios de salud y sociales deje su impronta.

Contabilizándose 20.335 «plazas de día» en 1982 (13.010 en 1974), de ellas 15.310 son consideradas como de «Hospital de día», mientras que las 5.025 restantes pertenecen a «centros de día» (10).

Su principal diferencia es la dependencia de los primeros del Servicio Nacional de Salud, mientras que los segundos lo hacen de las autoridades locales y voluntariado.

En 1975 (6) se propusieron ciertas directrices a la hora de desarrollar dichos servicios. Según ellas el hospital de día, básicamente localizado junto a la unidad de hospitalización y con posibilidad de desarrollos extrahospitalarios allí donde la demanda lo sugiera, dividiría el número de sus plazas entre pacientes ingresados y ambulatorios. Su función principal estaría dirigida al tratamiento agudo, tanto físico como psicoterapéutico, bien individual o grupal junto a otras actividades ocupacionales y rehabilitadoras.

Por otra parte, los centros de día en la actualidad menos desarrollados, son contemplados con una función de soporte social que podría mantenerse por largos períodos de tiempo. Estos serían complementados por diversos proyectos ocupacionales y de empleo protegido.

Si en el papel la diferencia aparece clara, no lo es así en la práctica. La mezcla de pacientes en ambos tipos de servicios, así como una evidente indiferenciación en su labor en muchas ocasiones lleva incluso a la rivalidad profesional.

Los resultados de una investigación de las plazas de día disponibles (23) arrojan más similitudes que diferencias entre ellas. Las principales diferencias se basaban en la mayor proporción de profesio-

nales clínicos (médicos, enfermeros y terapeutas ocupacionales) en los hospitales de día. Si bien los centros de día tendían a trabajar con un mayor número de pacientes crónicos, la mitad de sus usuarios podían considerarse como agudos. En relación a las prácticas y tratamientos utilizados la similitud resultaba obvia. Incluso dentro de un mismo área, la independencia y falta de complementación es generalizada.

La presente situación ha obligado el reconocimiento de la necesidad de una mejor planificación conjunta y la posibilidad de un «cuidado de día» combinando los dos abordajes (15).

Siendo el número recomendado de plazas de hospital de día 0,65 [$\times 1.000$], de ellas 0,25 se reservarían para pacientes ingresados y el 0,40 restante para externos (15). A ellas se añadirían tres plazas psicogeríatras [$\times 1.000$ sobre 65 años] (24). La provisión de centros de día se estima necesaria en la proporción de 0,6 ($\times 1.000$) (6).

SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Hasta el momento y siempre refiriéndonos a nivel de distrito (local), hemos hecho referencia sobre todo a servicios de psiquiatría general así como a psicogeriatría (recordaremos también el desarrollo paralelo de servicios para retrasados mentales, a los que no íbamos a referirnos). La existencia de otras subespecialidades merece atención especial.

Estas serían: niños y adolescentes; pacientes violentos, delincuentes o por diversas razones difíciles de acomodar; alcoholismo y drogodependencias. Todas ellas basadas en un equipo especializado a nivel de distrito; sin embargo, el escaso número relativo de pacientes necesitados de cuidados extremos aconseja cierta coordinación regional. Así, unidades de ingreso para adolescentes con desórdenes conductuales o unidades de seguridad para pacientes peligrosos solamente

podrían ser operativas a este nivel, que por otra parte ofrece el peligro del desarraigo familiar y la discontinuidad de cuidados por el equipo básico. Quizá las unidades de alcoholismo en estos momentos están razonablemente desarrolladas y su concentración les obliga a sufrir el proceso contrario de sectorización.

En relación a la psiquiatría infantil, gran énfasis debe ser puesto en la relación con equipos escolares y pedagógicos, aconsejándose asimismo utilizar camas pediátricas en caso de necesitarse la hospitalización.

Las unidades de seguridad para pacientes peligrosos o cumpliendo condenas atraviesan en estos momentos una época de clara expansión con varios proyectos en desarrollo. Dadas sus peculiares características, una gran polémica se debate en torno a ellas por parte del público y los propios profesionales, retrasando incluso su apertura (25).

La atención a las drogodependencias, considerada como de alta prioridad por el Gobierno, es cubierta por equipos especializados allí donde existen y con fuerte perspectiva comunitaria. Dentro de ellas, el problema de las colas y disolventes levanta una fuerte opinión pública que en ocasiones es considerada como desproporcionada por los propios profesionales, quizá impotentes en sus actuaciones.

MATERIAS DE ESPECIAL PREOCUPACION

Tres son los objetivos inmediatos considerados de actuación prioritaria:

a) Enfermedad mental en la senectud. Preveándose un aumento dramático en el número de ancianos en los próximos 10 años, la necesidad de servicios apropiados así como acomodación alternativa para el numeroso grupo de enfermos viviendo solos debe enfrentarse sin demora (24), junto a la provisión de nuevos psiquiatras con especial responsabilidad en esta población.

b) Desarrollo de Servicios Comarcales (de Distrito). El hospital psiquiátrico es contemplado como base de los recursos asistenciales de aquellos distritos que cuentan con él. Con el ánimo de una más perfecta sectorización, aquellos distritos que no lo poseen serían candidatos primeros a un desarrollo de servicios alternativos que les hiciera liberarse de la dependencia hacia otros distritos y ajustar las áreas de captación.

La región, que agrupa varios distritos, será la unidad planificadora y a través de ella se intentarán localizar y enfrentar las necesidades particulares.

c) Servicios para adolescentes. Principalmente enfocado a la provisión de camas especializadas a nivel regional para problemas de conductas o de desarrollo. Una clarificación de políticas de admisión, podría prevenir el ingreso en departamentos de protección de menores dependientes de las autoridades locales de aquellos casos necesitados de cuidados psiquiátricos especializados.

LEGISLACION

a) «The Mental Health Act 1983». Ciertamente necesitada de un espacio que el presente trabajo ni dispone, el lector interesado puede dirigirse al propio texto (26), o aún mejor a detalladas explicaciones publicadas (27).

Habiendo ocupado el lugar de la anterior legislación de 1959, y preocupada especialmente en garantizar los derechos del paciente, ofrece ciertas innovaciones a destacar. Algunas de ellas son meras ampliaciones de la legislación existente como la mejora en el acceso a «Tribunales de revisión de salud mental», o una más frecuente revisión de la necesidad de renovación del ingreso compulsivo (a diferencia de la mayoría de los países, incluida Escocia, Inglaterra no envuelve a ninguna autoridad judicial en el ingreso forzado).

Otras son novedades como un mayor énfasis en el consentimiento al tratamien-

to, la necesidad obligatoria de una segunda opinión ante ciertos tratamientos o la creación de una comisión para salvaguardar la aplicación del Acta.

Junto a lo anterior, secciones más específicas como la deportación de pacientes, manejo de los bienes y dinero de bolsillo de los pacientes así como su correspondencia, mala conducta y protección legal de las plantillas, etc., completan un Acta que aún se encuentra en vías de sedimentación.

b) «The Data Protection Act 1984» (28). Siendo de carácter general y aplicable en cualquier circunstancia donde se manipule información individualizada, la incluyo aquí dadas las obvias repercusiones que puede tener en el campo de la salud mental.

A grandes rasgos, y a excepción de información con fines de seguridad nacional, prevención o detención del crimen, estadística o investigación, contabilidad..., el acta obliga a registrarse en una oficina central a todo individuo o compañía que posea información computarizada de individuos reconocibles, así como a explicar el uso que se hace de ella y garantizar que solamente se almacena la información imprescindible, comprometiéndose a destruir datos inservibles o antiguos y protegiendo del intrusismo el resto. Por otra parte, el consumidor está en el derecho de acceder libremente a dichos ficheros a partir de 1987 y dentro de una serie de requisitos concretos, pudiendo pedir responsabilidades legales ante el daño ocasionado por la pérdida, mal uso o inexactitud de cualquier información, así como el derecho a rectificar los datos almacenados.

Sin embargo, el Acta no ha sido acogida con gran entusiasmo. Por una parte, los usuarios de computadoras no ven en ella más que una molestia y una posible interferencia en sus actividades. En la otra, los defensores de una libertad de acceso a la información (29) aducen la inutilidad de la legislación en la medida que sólo cubre la información computarizada (en general objetivos datos administrativos), descuidando todos los demás tipos de archivo incluidos los manuales donde el mayor número de inexactitudes y atropellos tienen lugar (30). Además, una laxa serie de exclusiones (incluyendo salud, servicios sociales y cualquier archivo gubernamental) ofrece cierta incertidumbre ante un acceso realmente libre.

Para finalizar e intentando condensar cierta impresión general, podemos asegurar que encontrándose Inglaterra a la cabeza de los países desarrollados, tanto en investigación como en provisión de recursos psiquiátricos, y frente a la cual incluso otros países se comparan (31). En estos momentos atraviesa cierto estado de confusión y desorientación (¿desilusión?) en relación a su planificación psiquiátrica.

Si podemos encuadrarlo como un exponente de la actual situación de crisis a nivel mundial, es muy posible que solamente una reconsideración y desarrollo de nuevas actitudes y filosofía frente a la enfermedad mental evite un retroceso a pretéritas etapas históricas, encubiertas bajo el espejismo «comunitario» mantenido por un reducido grupo de entusiastas.

BIBLIOGRAFIA

(1) D.H.S.S. (1979): «A Service for Patients». *Conclusions and recommendations of the Royal Commission Report*. London. H.M.S.O.

(2) D.H.S.S. (Welsh Office) (1979): «Patients First». *Consultative paper on the structure and management of the National Health Service in England and Wales*. London. H.M.S.O.

(3) GRIFFITHS (1984): «N.H.S. Management Inquiry Report». (HC 209). London. H.M.S.O.

(4) Anónimo (1985): «Griffiths in action: not what the doctor ordered». *British Medical Journal*.; Vol. 291. 28 set., págs. 843-844.

(5) JONES, K. (1979): «Integration or disintegration of the mental health service: some reflec-

tions and developments in Britain since the 1950's». En Meacher, M. (Ed.): *New Methods of Mental Health Care*. Oxford, Pergamon Press.

(6) D.H.S.S. (1975): «White Paper: Better Services for the Mentally Ill». Cmnd. 6233. London. H.M.S.O.

(7) D.H.S.S. (1978): «The Nodder Report». *Working group on organizational and management problems of mental illness hospital*.

(8) D.H.S.S. (1977): «Land Transactions Handbook».

(9) MANGEN, S. y RAO, B. (1985): «United Kingdom: socialised system better services?». En Mangen, S. P. (Ed.): *Mental health care in the european community*. Croom Helm Ltd. Kent.

(10) Parliamentary Social Services Committee, House of Commons (1985): «Community care with special reference to adult mentally ill and mentally handicapped people: second report from the Social Services Committee (HC 13 I, II, III)». London. H.M.S.O.

(11) SEYMOUR, F. (1986): «Regional perspectives on planning mental health services». En Wilkinson, G. y Freeman, H. (Ed.): *The provision of mental health services in Britain: the way ahead*. Gaskell. London.

(12) D.H.S.S. (1971): «Better Services for the Mentally Handicapped». Cmnd. 4683. London. H.M.S.O.

(13) D.H.S.S. (1980): «Mental Handicap: Progress, Problems and Priorities. A review of mental handicap services in England since the 1971». *White Paper*. London. H.M.S.O.

(14) D.H.S.S. (1981): «Care in action: A handbook of policies and priorities for the health and personal social services in England». London. H.M.S.O.

(15) D.H.S.S. (1985): «Mental illness: Policies for prevention, treatment, rehabilitation and care». Anexo 1. En D.H.S.S.: *Government response to the*

second report from the Social Services Committee. Cmnd. 9674. London. H.M.S.O.

(16) «Fowler urged to delay mental hospital closures». *The Guardian*. Lunes 11 de noviembre de 1985.

(17) CHANT, J. (1986): «Making ends meet - A continuum of care». En (11 - *op. cit.*).

(18) «Agonising times at crisis hospital». *The London Standard*. Miércoles 15 de enero de 1986.

(19) BROWN, P. (1985): «The transfer of care». Routledge & Kegan Paul. London.

(20) ARIE, T. (1986): «Some current issues in old age psychiatry services». En (11 - *op. cit.*).

(21) HORROCKS, P. (1985): «Memorandum 4 (Director of the N.H.S. Health Advisory Service)». En (10 - *op. cit.*).

(22) SHERPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A. C. y KALTON, G. (1981): «Psychiatric illness in general practice», second edition. Oxford University Press.

(23) EDWARDS, C. y CARTER, J.: «Day services and the mentally ill». En Wing, J. K. y Olsen, R. (Eds.): *Community care for the mentally disabled*. Oxford University Press. 1979.

(24) D.H.S.S. (1983): «The rising tide». *Health Advisory Service*.

(25) HYDE, A. (1986): «Care behind the wire». *The Health Service Journal*. 3 de julio.

(26) *The Mental Health Act 1983*. H.M.S.O. London.

(27) BLUGLASS, R. S. (1984): «A guide to the mental health Act 1983». *Churchill Livingstone*. London.

(28) *The Data Protection Act 1984*. H.M.S.O. London.

(29) COHEN, R. N. (1984): «Whose file is it anyway». *National council for civil liberties*. London.

(30) «Personal problems». *Time Out*. 9-15 enero de 1986.

(31) SALOKANGAS, R.K.R., DER, G. y WING, J. K. (1985): «Community Psychiatric services in England and Finland». *Social Psychiatry*. 20, págs. 23-29.

RESUMEN

Informe acerca de la atención psiquiátrica en Inglaterra, en base a la estancia en este país durante un año con una beca de Salud Pública del Gobierno Vasco.

Junto al estado actual de los diferentes servicios y subespecialidades, así como las tendencias asistenciales actuales, se pretende reflejar las corrientes de opinión pública y profesional que despierta el tema.

Tras una exposición de la organización administrativa, se abordan la planificación y asistencia hospitalaria, ambulatoria y de atención primaria, sobre todo en sus aspectos relativos al abordaje comunitario.

Un breve apunte de la legislación vigente finaliza el artículo.

PALABRAS CLAVE

Servicios Psiquiátricos. Reino Unido. Inglaterra. Psiquiatría Comunitaria.

ABSTRACT

Inform about the psychiatric services in England after a one year stay in London with a grant of the Basque Government for studying Public Health.

The State of the art in the different services and subspecialities, as well as the current mental health trends are pictured side by side the professional and public opinions they develop.

After explaining the administrative organisation, the paper continues with the planning and delivery of services in hospitals, out-patients clinics and primary health centers, mainly in relation with the community psychiatric approach.

A brief notes on legislation and the paper.

KEY WORDS

Psychiatric Services. United Kingdom. England. Community Psychiatry.