

EDITORIAL

La A.E.N. y la atención a la salud en la Europa de Maastricht

La «cuestión social» es una aporía fundamental sobre la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, que pone en cuestión la capacidad de una sociedad (eso que en términos políticos se llama una nación) para existir como un conjunto unido por las relaciones de interdependencia.

Robert Castell, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat.*

1

En las últimas décadas ha cambiado radicalmente la psiquiatría y las formas de atención a los problemas de salud mental en España. La asistencia manicomial y las consultas del neuropsiquiatra han pasado a la historia, sustituidas por una red diversa de centros de salud mental, hospitales de día, unidades de hospitalización, centros de rehabilitación... La psiquiatría, la psicología clínica y el resto de profesionales de la salud mental se han acercado a las otras especialidades médicas, sanitarias, y, consecuentemente, al ciudadano. Ha cambiado, y éste es quizá el mayor logro de la llamada reforma psiquiátrica, la imagen que del enfermo mental y de la psiquiatría tiene la población.

Más aún, la «salud mental» ha contribuido a construir el modelo de atención a la salud en España, desarrollando, junto con la atención primaria, aspectos primordiales del modelo sanitario de la Ley general de Sanidad. El área de salud, la red pública única de prestaciones en el territorio, la integración de lo hospitalario y lo ambulatorio, lo preventivo y lo rehabilitador; la coordinación con servicios sociales, se han desarrollado en la práctica de los servicios de salud mental.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha sido uno de los agentes de este cambio: plataforma de debate, espacio de reflexión, de teorización, de elaboración de estrategias. Jornadas, congresos, intervenciones públicas, han ayudado a modular las plurales respuestas de este complejo proceso de cambio. Las páginas de esta revista son testimonio de ello.

Asociación plural, con gusto por la horizontalidad, por la democracia, por el respeto a las diferencias, a pesar de sus fracturas, inevitables siempre, que ha sabido mantenerse en la dirección del movimiento asociativo, sin perder sus principios:

la defensa de una asistencia a los problemas de salud mental universal, equitativa, y de calidad. En tiempos de incertidumbre ética, mantener las señas de identidad es nuestro mejor aval asociativo. Nuestra razón de ser está en la defensa de lo público, en nuestra pluralidad –de lo biológico a lo psicoanalítico–; en nuestra interdisciplinariedad –ahora la Asociación Mundial de Psiquiatría, desde su Congreso de Madrid, también se hace plural–; está en nuestro compromiso social –¿quién duda hoy de la importancia de los factores psicosociales en la génesis y en el pronóstico de las enfermedades mentales?–; y está en cierta dimensión ética de la práctica profesional. Ética, calidad, equidad, participación son desafíos del futuro. Como probablemente lo sea defender nuestro imperfecto sistema público de salud.

2

La equidad de los sistemas sanitarios públicos de los países de la Unión Europea, quizá los sistemas mismos, están amenazados. La crisis fiscal atenaza las prestaciones sanitarias y sociales constitutivas del llamado Estado del Bienestar. La globalización de la economía –desempleo estructural, incremento de la exclusión social, nuevas tecnologías– parecen remitirnos a un acelerado cambio de las formas de producción, que exigen profundas transformaciones en el conjunto del sistema.

La cuestión es, como escriben André Gorz y Jacques Robin, que «la radicalidad de los cambios que se prevén debe conjugarse con la modesta voluntad de evitar que un mundo se vea sumergido en la barbarie antes de que otro tenga tiempo de nacer». Hay que imponer reglas y límites a la competitividad, haciendo que los intercambios sirvan de desarrollo social y ecológico de un planeta solidario¹. La solución a la crisis fiscal, no está en reducir la deuda pública a base de limitar o suprimir las prestaciones públicas, ese logro del capitalismo europeo en mor de la convivencia social. Estados Unidos de Norteamérica y su modelo sanitario calificado por Milton Terris de «non-system»², nos muestra, con sus más de cincuenta millones de personas sin ningún tipo de cobertura sanitaria, un modelo difícil de seguir por los países europeos. (En el editorial del mes de agosto de la revista de la *American Psychiatric Association Psychiatric Services*, se señala la diferencia entre la psiquiatría europea y estadounidense. Una subraya, la equidad y las posibilidades de acceso a los servicios, otra, sin las trabas de la universalidad de la asistencia, prima la excelencia de las técnicas, pudiendo avanzar más rápidamente a expensas de la insolidaridad social)³.

¹ GORZ, A.; ROBIN, J., «Forjar otro porvenir», *El País*, martes 15 de octubre de 1996.

² TERRIS, M., *The health System of the United States. II Seminar on Comparative Health Systems Analysis School of Health*, Madrid, España, marzo, 8, 1991.

³ BURNS, T., «Case Management. Two Nations Still Divided», *Psychiatric Services*, 1996, 47, 8, 793.

Europa se plantea, desde hace años, optimizar sus servicios sanitarios. La eficiencia sólo es posible con unas prestaciones cuyo costo sea asumible por el país. La mejora de la gestión de la empresa pública es el primer objetivo.

3

En una de las conferencias magistrales del encuentro sobre escenarios sanitarios organizado por la Fundación BBV, se constató que era hoy un lugar común y, posiblemente, sin retorno, la aceptación de las ventajas de separar la financiación y producción de servicios sanitarios. Política de reforma con la que el gobierno británico intenta, desde los años ochenta, reformar y optimizar la gestión sanitaria de su Servicio Nacional de Salud. La práctica de las «Agencias» públicas de los países nórdicos y los GP «fund holders» del Reino Unido, crean un mercado interno y limitan las interferencias del poder político en la gestión. En España, la idea se introduce a través de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (junio, 1990), y es avalada por el informe Abril un año más tarde: las tensiones que se producen en la gestión de los servicios sanitarios responden a una lógica empresarial, y dentro de ésta se han de resolver⁴.

Se trata de responsabilizar a los gestores, que deben asumir el riesgo de un mercado interno, real o simulado, aumentando la eficiencia, escasa en la cultura extremadamente centralizada y monopolista, e introducir la competencia entre los productores públicos y privados. El hecho de que el comprador sea único y público reduce los riesgos de falta de equidad según los sustentadores de la fórmula.

Esta separación de la financiación de los proveedores, algo que estaba en la estrategia sanitaria del Insalud con el anterior gobierno –las gerencias de atención primaria serían los compradores de servicios–, está siendo llevada a la práctica en psiquiátricos de Cataluña, y convirtiéndose en guía de actuación para el futuro próximo. Pero hasta ahora, su agresivo discurso gerencial –compra de servicios a bajo precio, precarización del empleo, ausencia de coordinación entre los diversos dispositivos de la red– esconde la ausencia de un modelo, hecho diferencial del resto de España. La suma de los «productores de salud mental» comprados –con el objetivo de atender la demanda grave– constituyen sin más planificación la red de prestaciones. No es de extrañar la persistencia del hospital psiquiátrico, a pesar del crecimiento indudable de dispositivos comunitarios.

Supongo que hoy nadie duda de la necesidad de encontrar fórmulas para mejorar la gestión de unas administraciones demasiado centralizadas, demasiado torpes en su funcionamiento. La autonomía de gestión de los servicios es impres-

⁴ LÓPEZ I CASANOVAS, G., «Economía de la Salud», *Encuentro Fundación BBV*, Madrid, 25 al 27 de noviembre de 1996.

cindible. También el cambio de mentalidad de todo el sector, asumiendo la importancia del coste sanitario todos los actores implicados, desde el usuario a los clínicos. Puede que las soluciones estén en la separación de la financiación de la compra y provisión de servicios, así como la transformación de los centros sanitarios en Sociedades públicas que permitan una gestión empresarial ajustada a las normas del derecho privado, sin que se pierda la titularidad pública. Pero a la hora de introducir mecanismos correctores hay que tener cuidado y, al menos, considerar las experiencias en este sentido de otros países.

En un editorial de este año de *Current Opinion*⁵, los autores señalan que la nueva política de salud mental en el Reino Unido puede estar repitiendo los mismos errores de la política de salud mental estadounidense. El sistema público y privado de salud mental en USA se caracteriza por la fragmentación entre múltiples compradores con diferentes prioridades e incentivos perversos, escasa continuidad de cuidados y gran ineficacia en los resultados. El modelo favorece el abandono de los pacientes crónicos, lo que pone en peligro la desinstitutionalización y la vida en la comunidad de alto número de pacientes externados.

En mi opinión, el riesgo se centra en la segregación del sistema sanitario de los pacientes crónicos y la limitación de las «habilidades terapéuticas» en unas prestaciones públicas recortadas en tiempo y calidad.

La mejora de la cuestión pública pasa por utilizar instrumentos de la gestión empresarial privada, pero no en asumir sus criterios de rentabilidad. La eficiencia debe hallarse en la mejora de la atención sanitaria al menor coste posible, manteniendo la eficacia, la universalidad y la equidad. La cultura gerencial, sin duda imprescindible, no puede llevar a sustituir la cultura sanitaria. Pasó el sarampión de los supergerentes para todo, que igual dirigían una fábrica de sardinas, un aeropuerto o un hospital. Algo ajeno, aun entonces, a las propias multinacionales del negocio. La MacDonalD exige a sus directivos pasar varios meses en los centros de venta, para que conozcan desde dentro el sistema.

Separación de la financiación de la provisión de cuidados, quizá, pero adaptando este mundo de incentivos y simulacros de mercado a los objetivos públicos: lo que importa es la atención al cien por cien de la población en las mejores condiciones posibles. La cuestión es evitar la fractura del lazo social, ya suficientemente debilitado.

⁵ HADLEY, TR., y otros, «Mental health policy reform and its problems in the UK: déjà vu», *Current Opinion in Psychiatry*, 1996, 9, pp. 105-108.

la psicoterapia a la psicofarmacología, desde la clínica a la rehabilitación y el soporte social— y una organización de servicios que la igualan en eficacia a otras ramas de la medicina y ciencias de la salud.

En el próximo futuro lo que está en juego, ya no es la identidad de la psiquiatría y de la psicología clínica como especialidades sanitarias, sino su función social, al igual que la medicina toda.

El objetivo principal de la AEN es, en mi opinión, mantener una presencia pública vigilante de la razón común, más aún cuando, agotadas las teorías políticas y sociales que sostenían el lazo social, cercan la vida profesional motivaciones cada vez más perversas. El espectacular incremento de los precios de los psicotropos, introduce un sesgo en un sistema precario en incentivos. Directa o subliminalmente la masiva financiación por la industria farmacéutica de la investigación, docencia, congresos, publicaciones, sin suficientes controles por parte de la Administración, pueden estar produciendo cambios en la práctica psiquiátrica y, ¿por qué no?, en la teorización de la psiquiatría y la salud mental.

Mantener la necesaria distancia de los poderes políticos y económicos, sin falsos puritanismos ni viejos dogmatismos, ha sido y es, otra de las señas de identidad de nuestra Asociación. Algo presente desde nuestros orígenes, que hay celosamente que conservar y ser capaces de transmitir a las nuevas generaciones de los profesionales de la salud mental.

MANUEL DESVIAT