



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Desviat, Manuel

La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad

Revista Española de Salud Pública, vol. 85, núm. 5, septiembre-octubre, 2011, pp. 427-436

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17021200002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

re^{al}alyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COLABORACIÓN ESPECIAL

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA 25 AÑOS DESPUÉS DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Manuel Desviat

Centro de Salud Mental de Tetuán. Madrid.

RESUMEN

El artículo analiza la situación de la reforma psiquiátrica a los 25 años de la Ley General de Sanidad. Se pregunta por lo que se ha hecho y lo que se ha dejado de hacer; por el grado de implantación del modelo comunitario que adopta la Ley y por su sostenibilidad futura. Entre las fortalezas se señalan la pérdida de hegemonía del hospital psiquiátrico y el gran desarrollo de recursos alternativos, y se trata de explicar el porqué de las insuficiencias asistenciales, normativas y formativas, así como de las amenazas: los cambios producidos en la gestión de los servicios sociales y sanitarios, la creciente privatización de los servicios, la precarización teórica y los cambios en la demanda de la población.

Palabras clave: Reforma sanitaria. Sanidad pública. Salud mental. Psiquiatría comunitaria. Psiquiatría biológica. Políticas públicas. España.

ABSTRACT

Psychiatric Reform 25 Years after the General Law of Health

The paper analyzes the situation of the psychiatric reform 25 years of the General Health Law. The author wonders what has been done and what has been left undone, on the degree of implementation of the Community model that adopts the law and its future sustainability. It highlights, among the strengths, the loss of hegemony of the psychiatric hospital and the great development of alternative resources, and seeks to explain the reason for the inadequacies of care, policy and training, as well as threats: the changes in the management of social and health services, increased privatization of services, the theoretical impoverishment and changing demands of the population.

Keywords: Health care reform. Legislation. Public health care. Mental Health. Community Psychiatry. Biological Psychiatry. Public policy. Spain

Correspondencia:

Manuel Desviat. Juan de Austria 30, 4º A.
28010 Madrid
desviatm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La inclusión en la Ley General de Sanidad¹ (LGS) de los principios que iban a guiar la reforma psiquiátrica en España señaló la demanda social existente ante la desastrosa situación de la atención a la salud mental y la presencia pública de un colectivo profesional que venía luchando desde los años setenta por otra psiquiatría y otra sanidad en un país democrático. La LGS cerró en 1986 un duro debate iniciado en la Transición, apostando por un Sistema Nacional de Salud que garantizara una prestación universal, equitativa y descentralizada, de financiación pública, frente al modelo liberal defendido por los grupos conservadores. En salud mental, la LGS diseñó en su artículo 20 las líneas maestras de la transformación de la asistencia psiquiátrica en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador y su total integración en la sanidad general. Con esta norma España asumió los principios que venían rigiendo los procesos de cambio en la asistencia psiquiátrica iniciados tras la II Guerra Mundial en países democráticos desarrollados (Reino Unido, EEUU, Canadá, Italia...), donde se estaban promoviendo reformas legales y asistenciales para garantizar una mejor atención y un mayor respeto de los derechos ciudadanos y humanos de los pacientes mentales. Reformas que surgieron en el clima de gran sensibilidad social y crecimiento económico de la posguerra mundial cuando, teniendo como horizonte el Estado de Bienestar, se promovió la creación de servicios nacionales de salud, el desarrollo de la atención primaria y la nueva salud pública³. La Organización Mundial de la Salud, en su Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000⁴, resumió y promovió el ideario y los objetivos de la época: un conjunto de medidas y recomendaciones encaminadas a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención de enfermedades evitables y al establecimiento de servicios

sanitarios que desplazaran el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud⁵.

Varias décadas después se inició en España la Reforma Psiquiátrica en el contexto de la reconstrucción democrática de la sociedad, acelerada tras el triunfo de la izquierda en las elecciones de 1982. Fue una gran ventaja para un proceso que exigía la complicidad social. Su inicio tardío permitió conocer los errores y problemas de las reformas primigenias, en especial las dificultades de atender la nueva cronicidad, surgida con la desinstitucionalización, y la necesidad de nuevas técnicas para afrontarla. Pero también traería consigo, demasiado pronto, las ambigüedades políticas a las que arrastró el cambio que se inició a finales de los ochenta en la gestión de la sanidad y las prestaciones públicas, que situó la reforma sanitaria y psiquiátrica a contracorriente de las nuevas tendencias político-económicas (políticas neoliberales en el Reino Unido⁶, directrices del Banco Mundial (1987)⁷, la Medicina Gestionada en EEUU)⁸.

PRINCIPIOS

Unos pocos principios, en buena parte contemplados en la LGS, caracterizaron los procesos que se iban a poner en marcha en las diferentes Comunidades Autónomas. En primer lugar, se buscó romper la marginación de la asistencia al enfermo mental, integrando todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención especializada, en conexión con la atención primaria (puerta de entrada del sistema) y coordinada con los servicios locales de atención social. La organización de la sanidad en Áreas Sanitarias va a permitir desarrollar servicios de salud mental en cada Área, incorporando en una sola red los recursos hasta entonces dispersos en las distintas administraciones con competencias en salud mental (estatal,

provincial, municipal). Integración y acercamiento a la población que permitía el trabajo comunitario. Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que supuso algo más que un cambio de nombre. La nueva organización priorizó la toma a cargo del paciente por los equipos ambulatorios y el desarrollo de unidades y programas de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia manicomial (pisos supervisados, minirresidencias, residencias de salud mental). Se crearon unidades en el hospital general y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos.

En segundo lugar, para salvaguardar los derechos de los pacientes mentales, se diseñaron cambios en las normativas legales que les afectaban, lo que representó uno de los aspectos más originales y vanguardistas de la reforma española: se reguló en el marco de las leyes ordinarias, evitando una legislación específica que pudiera discriminar a estos enfermos. La LGS de 1986, las modificaciones del Código Civil (Art. 211, 1983; LOPJM, 1996; Art. 763 LEC, 2000) y del Código Penal (1983, 1995), así como la reforma de la sanidad penitenciaria (con el cierre de los hospitales psiquiátricos penitenciarios y la creación de unidades de custodia en los hospitales generales) posibilitaron las nuevas modalidades asistenciales y la salvaguarda de los derechos del enfermo mental de forma inespecífica, como en cualquier otra situación o padecimiento donde el sujeto no puede gobernarse a sí mismo transitoriamente.

En tercer lugar, se modificó la formación de médicos residentes en psiquiatría (Programa MIR nacional, 1984, 1994), creando las especialidades de psicología clínica (PIR) y enfermería en salud mental (especialidad en 1987, EIR 1998), que se

adaptaron al nuevo modelo asistencial, con rotaciones obligadas por todas las unidades asistenciales, desde los centros de salud mental a los programas de rehabilitación. En los servicios de salud mental de cada área sanitaria se crearon comisiones de docencia.

LOGROS, DEBILIDADES Y AMENAZAS

Después de más de dos décadas de desarrollo, no cabe duda de la mejora de la atención psiquiátrica en España. En este tiempo, ha cambiado el modelo asistencial, el número y calidad de los recursos y el imaginario social en la representación que de la enfermedad mental y de los servicios psiquiátricos tiene hoy la población. Transformación que se refleja en la evolución de los indicadores, como puede comprobarse en la información dada por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁹ y en el Observatorio creado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de la Salud Mental¹⁰. Pero el desarrollo de la reforma fue tremadamente desigual debido a las características del Estado de las Autonomías y a las propias del subsistema de salud mental (desigualdades, entre otras, en el calendario de las transferencias de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, en las voluntades políticas regionales y en el compromiso de los profesionales) y, sobre todo, a la ambivalencia del gobierno central y de los autonómicos. Desigualdad acusada sobre todo en los recursos que exigen un mayor soporte sociosanitario, como fue la atención a la cronicidad y, en general, los programas comunitarios. La persistencia del hospital psiquiátrico como larga estancia en muchas comunidades autónomas, por mucho que continuamente se repita que la reforma los ha cerrado, es prueba de ello. Una desigualdad que se ha visto acompañada por la ausencia de un sistema de información único y eficiente que pueda evaluar y contrastar el desarrollo del

modelo. La existencia de indicadores propios de la salud mental a nivel del Estado hubiera permitido homogenizar la reforma. Por otra parte, su ausencia ha dejado inerme, en algunas Comunidades, a la salud mental a la hora de su integración en la sanidad general.

Entre los logros que han constituido un elemento indispensable para la implantación de una nueva gestión clínica en salud mental, y que han convertido la reforma sanitaria española en modelo internacional, está el desarrollo de la atención primaria, su calidad y concepción integradora de los distintos niveles de la asistencia. Por ello mismo, constituyen una amenaza los signos que nos avisan de su progresivo deterioro por falta de medios, de tiempo, de presupuesto. Un presupuesto cuyo porcentaje atribuido (relación hospital-atención primaria) sigue siendo uno de los más bajos de Europa. Algo que es más pronunciado, según Gervás y Pérez Fernández¹¹, en las CCAA más ricas que orientan todavía más su gasto hacia los hospitales. Son las más pobres, envejecidas y/o gobernadas por la izquierda las que favorecen la atención primaria.

Con todo, las grandes debilidades de la reforma no están en la insuficiencia o precariedad de algunos recursos ni en la ausencia de una coordinación interterritorial más eficaz. La mayor debilidad se encuentra en las dificultades que el modelo propuesto ha tenido para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil y de sus agentes (asociaciones ciudadanas, partidos, sindicatos) como en la de los colectivos profesionales, así como en el precario desarrollo de aspectos centrales de la propia LGS. Entre otros, la no creación del Plan Integrado de Salud (que debería haber sido aprobado por el Parlamento de la Nación y ser referencia para todas las actividades del Sistema Nacional de Salud); o la no constitución de las Gerencias y los Consejos de Salud de Área, así como la ausencia casi total de participación social. In-

cumplimientos que se explican por la falta de determinación política en los sucesivos gobiernos de la nación para que la sanidad tenga la preferencia que le corresponde en cuanto bien social y como sector estratégico en el desarrollo económico. Y aquí juega un papel determinante el progresivo predominio mundial de la política neoconservadora, como señalábamos al principio, así como los cambios en la demanda, la medicalización y psicologización de una sociedad que ha convertido en una mercancía más la prestación sanitaria y en una responsabilidad individual estar enfermo. Pero, y esto no se puede obviar desde el sector sanitario, también han influido las insuficiencias técnicas, las dificultades en el propio mundo profesional “comunitario”, cuya práctica muchas veces no ha diferido, más allá del discurso, de la práctica tradicional a la que se pretendía desplazar. Es verdad que la urgencia por modificar la desastrosa situación asistencial estableció las prioridades en la dirección de la reforma, entre otras la escasa importancia que se le dio a la Universidad, lo que facilitó que no se implicara, o se implicara mínimamente, en el proceso de cambios. Y esta falta de visión estratégica nos explica algunos de los graves problemas que nos encontramos ahora en la formación de pregrado, en el currícula de los profesionales de la salud mental y en el predominio en el mundo académico de tendencias opuestas a los principios de la reforma. A lo que se une la incapacidad de gobiernos autonómicos y de la administración central para establecer un marco laboral que potencie el desarrollo del modelo propuesto por la LGS. En muchas ocasiones y regiones, la reforma se hizo sin cambios normativos que avalaran las nuevas formas de trabajo (la actividad en el territorio, la nueva articulación de los servicios), sin disposiciones que legitimaran la atención comunitaria, más allá del amparo del artículo 20 de La Ley General de Salud (al fin y al cabo unos principios interpretables).

Volviendo sobre la participación, es importante destacar el papel de las asociaciones de familiares desde los primeros

momentos de la reforma. En 1983 se creó la Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES), que agrupa una serie de asociaciones que se han ido creando en el propio proceso de las reformas locales, que se consolidó a nivel nacional en 1991 como Confederación, en cuanto que ha sido un factor dinamizador fundamental, sobre todo de apoyo social, para la visibilidad social de la transformación asistencial. Su apoyo sigue siendo un factor indispensable y, por lo mismo, es preocupante el riesgo de las mudanzas que se están viviendo en su seno. Porque si bien los familiares, y en escasa medida los pacientes (en España no existen prácticamente asociaciones de enfermos mentales), asumen en su mayoría los principios desinstitucionalizadores y comunitarios, su financiación les hace muy dependientes de los cambios políticos de las administraciones. A lo que hay que añadir su cada vez mayor fragmentación: bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de la conducta alimentaria..., que deja sus demandas a merced de los lobbies societarios que tienen mayor capacidad de influencia en el poder político. Algo que puede pervertir la planificación (véanse ejemplos recientes como la proliferación de unidades de fibromialgia o trastornos borderline, fagocitando recursos de la atención a la psicosis o a las neurosis graves).

LOS CAMBIOS EN LA GESTIÓN. EL CLIENTE SIGUE AL DINERO

Detengámonos a continuación en otros factores económicos, técnicos y políticos que hay que considerar determinantes de la situación actual de la sanidad y de una estrategia de futuro. Lo primero a tener en cuenta, como venimos diciendo, es que el marco general ha cambiado sin que la atención sanitaria y social comunitaria se haya convertido en una política de Estado, sin que se haya hecho un pacto de Estado que comprometa a las fuerzas políticas ni la salud mental haya sido asumida por la

población como un derecho primordial a defender. Al contrario, la seducción por el mercado como elemento regulador de las prestaciones sanitarias se introdujo en España durante los años 90 del pasado siglo, con el Informe Abril, junto con las nuevas formas de gestión, como un procedimiento para aumentar la eficiencia y recortar el gasto sanitario en los planes de varias comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco, Valencia...) y a nivel nacional con el Plan Estratégico del extinto INSA-LUD en 1998.

Experiencias privatizadoras que se iniciaron desde entonces en distintas Comunidades Autónomas y que de hecho se legitimaron con la Ley 15/1997 aprobada con el acuerdo de los dos partidos mayoritarios en el Parlamento de la Nación. Transformación del modelo sanitario que llegó a su máxima expresión en las Comunidades de Madrid y Valencia (con concesiones administrativas que trasfieren a las empresas privadas toda la gestión, tanto clínica como no asistencial, de los servicios sanitarios de un territorio), convirtiendo la sanidad en un negocio seguro para las constructoras y entidades antes de riesgo. Política sanitaria que pretende ignorar los resultados de más de dos décadas de modelos de gestión mixta (las Iniciativas de Financiación Privada, PFI en sus iniciales en inglés) en otros países, reseñados, entre otros, por el análisis del Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud¹²), que concluyó que los centros sanitarios bajo estas formas tienen un mayor coste, mayor complejidad y una menor calidad y flexibilidad¹². Una “sanidad del ladrillo” como plantea Javier Elola¹³, que viene acompañada de la desarticulación de la red pública, tendente a facilitar “la libre circulación del capital”; con dos líneas principales de actuación en la Comunidad de Madrid: de una parte, organizativa –área única, abandono de la atención primaria, libre elección de médico, desaparición de la Dirección de Salud

Pública- y de otra disciplinaria -tendente a un mejor control político de los profesionales, ceses de jefes de servicio y directivos por falta de idoneidad política, encumbramiento de otros sin adecuado perfil técnico pero afines a quienes les nombran.

UNA PSIQUIATRÍA SIN PARADIGMA TEÓRICO

A esta visión neoliberal de concebir la organización sanitaria le corresponde, como no podía ser de otra manera, una formulación supuestamente científica de la psiquiatría que pretende dar cobertura a su práctica. Factor de hipotético conocimiento a tener muy en cuenta, pues marca cuáles son las tendencias hoy hegemónicas de la psiquiatría y de la psicología en nuestro país y en el mundo, y cómo influyen en la asistencia. Desde los años ochenta del pasado siglo pierde presencia la psiquiatría dinámica y social en beneficio de un reduccionismo biológico, muy dependiente de la Empresa farmacéutica, que culmina en los Manuales Diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM, en sus siglas en inglés). Psiquiatría utilitarista que se declara ateórica y sustituye los síntomas por criterios diagnósticos. El Libro Blanco Francés de la Psi-quiatria (editado en 2003 por la Fédération Française de Psychiatrie, que agrupa a las diferentes asociaciones de psiquiatría y salud mental de ese país) deja clara la situación cuando plantea la existencia de una crisis que está cuestionando la misma supervivencia de la psiquiatría, avistando el riesgo de que ésta esté perdiendo su razón de ser, ante el avance de una ideología que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, y una demanda social proteica¹⁴. Una demanda muy medicalizada, producto de las nuevas formas de gestión del malestar que por parte de los gobiernos busca en las terapias soluciones a las fallas sociales y por parte de los ciudadanos atajos a la felicidad.

No hay nada inocente tras este supuesto

cientificismo. Detrás de esta simplificación de la psiquiatría que se hace llamar biológica se encubre una práctica, tanto en la investigación como en la clínica o la lucha contra el estigma, que desaloja al sujeto en beneficio del mercado. En España, la reforma psiquiátrica se construye sobre un vacío teórico de más de 40 años, pues salvo algunas excepciones aisladas, como Luis Martín Santos y Carlos Castilla del Pino, el desarrollo científico de la psiquiatría española, que adquirió gran relevancia internacional durante la Segunda República, quedó truncado con la dictadura. Perdidas las figuras relevantes de entonces en el exilio o la marginación interior, dominan el abandono de la asistencia pública y la mediocridad y el nepotismo en la Universidad y una total carencia de núcleos investigadores. El grupo generacional que emprende la reforma busca sus referencias fuera de España, en la psicoterapia institucional francesa, la comunidad terapéutica inglesa, la psiquiatría italiana en el territorio , la psiquiatría comunitaria estadounidense..., modelos asistenciales que encuentran su base teórica en el psicoanálisis, la terapia familiar, la psiquiatría social... Inspiradas en estos procesos de cambio durante el tardo franquismo se iniciaron una serie de experiencias de transformación llevadas a cabo por profesionales progresistas agrupados en la semiclandestina Coordinadora de psiquiatría y, posteriormente, al inicio de la democracia, en la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Fue una etapa de denuncia, represión y movilizaciones, que dieron a conocer la obsolescencia de la asistencia psiquiátrica en España y que permitió forjar un consenso entre los profesionales reformistas y una cierta sensibilización en la opinión pública. Hay un libro colectivo que da cuenta de estas experiencias pre-reforma¹⁵. Los principios de ese consenso, que se beneficiaron del inicio tardío de la reforma, aprendiendo de los errores y logros de otros lugares, nutrieron el Informe de la Comisión que creó el Ministerio de Sanidad en 1985¹⁶ y que un año después

sentó las bases del mencionado artículo 20 de la LGS. A partir de entonces, la construcción del modelo asistencial fue muy dispar. Hubo comunidades autónomas en avanzada: Asturias, Andalucía, Madrid, Navarra, donde gracias al apoyo de las administraciones se produjeron rápidos cambios en la estructura de la asistencia a la salud mental: separación de la especialidad de Neuropsiquiatría en Neurología y Psiquiatría, integración o coordinación de los recursos de salud mental, políticas activas de desinstitucionalización (superación de los hospitales psiquiátricos) y creación de recursos y programas asistenciales en la comunidad (seguimiento, rehabilitación, crisis, unidades de hospitalización breve en los hospitales generales, centros de salud mental, hospitales de día, coordinación con atención primaria...) instauración de registros epidemiológicos de casos psiquiátricos..., pero, como señaló el Defensor del Pueblo en su Informe de 1991¹⁷, en otras comunidades el ritmo es mucho más lento, y el hospital psiquiátrico seguía siendo “el eje de la asistencia psiquiátrica y el principal dispositivo en materia de salud mental en algunos territorios, sin que se haya variado sustancialmente su estructura tradicional (por ejemplo Baleares, Cantabria, Canarias, Extremadura y Cataluña), si bien esta última simultanea el paulatino desarrollo de programas comunitarios con hospitales psiquiátricos sin transformar”. Diversidad que no solo se mantiene entre Comunidades sino hasta dentro de ellas, como ha sucedido en Madrid, entre la zona sur y el resto del territorio. En el libro editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud⁹ se puede seguir la evolución de la implantación de recursos asistenciales y su situación actual. En cuanto a la producción teórica, o la reflexión sobre lo que se viene haciendo, surgen publicaciones y revistas de orientación pública y comunitaria: la Revista (y la editorial) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1981), Psiquiatría Pública (1988-2001), Editorial Nieva/Dorsa (1988); y más recientemente Siso-Saude

(1984), Goze/Norte de Salud Mental (1997), Frenia (2001), Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (2001) y Átopos, salud mental, comunidad y cultura (2003), las cuales intentan reflexionar sobre la práctica comunitaria, recuperando fundamentos psicopatológicos, sociológicos y filosóficos que puedan sustentar una nueva concepción de la locura y de la práctica de la salud mental.

Pero el esfuerzo docente e investigador de los profesionales reformistas se ha visto comprometido por una falta de apoyo y de reconocimiento. De una parte, la industria como patrocinadora de la ciencia, por otra la indiferencia de la Administración para con los profesionales de lo público, avocados a una práctica rutinaria entre la presión asistencial y la falta de incentivos. La investigación queda fuera de la labor clínica cotidiana. Hay una clara disociación entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, en el ámbito de los servicios, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes. Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no sean las que se producen en la clínica, y disociación que hace que los trabajos sobre clínica sean muchas veces revisiones de la literatura internacional de escasa aplicación a la práctica cotidiana. Hay que tener en cuenta que el cambio de marco territorial no ha sido suficiente, que el desarrollo de unos programas que fueran más allá de la consulta o de la asistencia no se ha desarrollado suficientemente. Tampoco una clínica diferente, permaneciendo anclada en una psicopatología incapaz de comprender la enfermedad mental en su determinación múltiple: histórica, social, orgánica y psicológica. No hubo una preparación, un cuidado del futuro y cuando cambiaron los tiempos, cuando el horizonte político fue otro que el Estado del bienestar, cuando el Banco Mundial apretó la presión sobre ajustes, recortes y privatizaciones de las prestaciones sanitarias y sociales, cuando los cambios políticos fueron adversos o poco proclives a la sanidad

pública, la ausencia de este desarrollo normativo coloca buena parte de la reforma bajo sospecha. No podemos ignorar que en España la reforma psiquiátrica no fue una ruptura, fue una transición pactada, cuidadosa con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras y las jefaturas de los hospitales clínicos. Son muchos los que dicen que buena parte de las insuficiencias que tiene la democracia española tiene que ver con la forma posibilista y cautelosa con la que se hizo la transición democrática. El ejemplo es válido para la sanidad: los 13 borradores de la LGS lo atestiguan. Como lo atestigua su lento y precavido desarrollo: casi veinte años para completar las transferencias sanitarias, elemento llave de todo el proceso. La reforma sanitaria, y consecuentemente la reforma psiquiátrica española, no cambió las reglas de juego. De ahí, en parte, sus insuficiencias. De ahí algunos de los problemas que hoy nos encontramos, cuando ya se ha dado por acabado el proceso.

A MODO DE CONCLUSIONES

El proceso de reforma psiquiátrica que inauguró la LGS se enfrentó a un doble desafío: desmontar un sistema antiguo asentado en el hospital psiquiátrico y las consultas de neuropsiquiatría de dos horas del seguro de enfermedad y a la construcción de un nuevo modelo asistencial. No puede caber duda alguna de la consecución de lo primero. A pesar de sus insuficiencias, sobre todo en la cobertura residencial, la atención a la salud mental en España cumple los requisitos de una sociedad de economía avanzada. Y en lo público hay que reseñar avances epistemológicos y clínicos: se han desarrollado aplicaciones clínicas en la práctica pública, desde la intervención en crisis, la psicoterapia breve y de grupo a las herramientas de adquisición o recuperación de habilidades sociales, que permiten una asistencia que va más allá de la psicofarmacología o la contención física. El crecimiento de las neurociencias per-

mite, junto con los conocimientos epidemiológicos y de la psiquiatría social, un soporte a la clínica del sujeto, a un abordaje global no reduccionista del malestar psíquico. Cuestión diferente, por las razones ya expuestas, es si se ha construido un nuevo modelo o el peso hospitalario y la medicina organicista siguen siendo prevalentes frente a lo comunitario y los principios de salud pública que inspiraron la reforma. Claro que, en cualquier caso, el futuro de la psiquiatría no se juega en la falsa confrontación psiquiatría biológica - psiquiatría social o dinámica. Se juega, en primer lugar, al igual que toda la sanidad, entre sistema público de salud o la privatización de los servicios. Y en segundo lugar, entre un modelo médico reparador frente a un modelo sanitario orientado por la Salud Pública. La reforma psiquiátrica y, por tanto, la implantación del modelo comunitario, inició su andadura en nuestro país en el marco de una reforma que garantizaba el aseguramiento público y universal de todos los ciudadanos en los servicios sanitarios y sociales. Un modelo que descansa en el Área de Salud como espacio ordenador de la red sanitaria y con la atención primaria como puerta de entrada del sistema. Garantizar la atención en los distintos niveles de necesidad de los enfermos mentales exige de estas garantías, de este aseguramiento público y universal. Un Servicio Nacional de Salud público y universal es la más importante de todas las condiciones de posibilidad para la sostenibilidad del sistema frente a las iniciativas privatizadoras. Un sistema público con una buena gobernanza, que siga las recomendaciones recientes del Consejo de Europa para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud (respeto a los derechos humanos, universalidad, solidaridad, participación, democracia...). La lectura de los datos epidemiológicos obligaría a ello: los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de la carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que su coste económico está entre el 3 y el 4% del PNB¹⁸. En España, excluyendo los trastornos mentales

causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida¹⁹. Estas cifras se incrementarán probablemente en el futuro. Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La mayoría de los trastornos mentales son leves o transitorios y, sea cual sea su gravedad, sabemos que existen medidas terapéuticas y de rehabilitación que se han demostrado efectivas. Pero para ello, para esa buena gobernanza de la sanidad, es precisa una acción política de los profesionales y del conjunto de la sociedad. Es precisa la labor de los profesionales tanto en el día a día de la clínica como en la influencia como expertos en la propia comunidad y de todo el tejido social. Y es preciso que la población asuma el cuidado de la salud, y de la salud mental en particular, como uno de sus objetivos prioritarios. Hay pendiente un trabajo ciudadano, desde las herramientas de nuestros oficios, para cambiar un imaginario colectivo que deposita cada vez más las dificultades y malestares en manos de expertos y chamanes, convirtiendo muchas veces en síntomas la incapacidad para hacer frente a los reveses de la existencia, o las fallas de un sistema social que predispone, cuando no provoca y prolonga, las llamadas enfermedades mentales. Y hay pendiente una reivindicación social, como en otras áreas de la gobernanza del bienestar, si la sociedad española quiere ser protagonista del cuidado de su salud y no mera usuaria de unos servicios no siempre eficientes. Hay que decirlo una vez más: la forma de atender a los enfermos más frágiles y necesitados define el sistema sanitario. Al igual que la forma como una sociedad afronta la desviación y la locura define su talante moral, sus valores cívicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
- 2.- Zambrano M. Persona y democracia. Madrid: Siruela; 1996.
- 3.- Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990.
- 4.- OMS. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.
- 5.- Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.
- 6.- Secretary of State for Health. Working for Patients. London: HMSO; 1989.
- 7.- Akin J. Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for Reform 1997. Washington DC: World Bank; 1987.
- 8.- Taintor Z, Cancro R. La medicina gestionada con ánimo de lucro en los EEUU. In: Guimón J SdSN, editor. La gestión de las intervenciones psiquiátricas. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
- 9.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2007.
- 10.- Asociación Española de Neuropsiquiatría. El observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2007.
- 11.- Gervás J, Pérez Fernández M. La necesaria Atención primaria en España. Gest Clín Sanit. 2008;10(1):8-12.
- 12.- Disponible en: <http://www.observatory.dk>. citado 2011.
- 13.- Elola J. La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007-2011). Rev Adm Sanit. 2007;5(4):635-42.
- 14.- Fédération Française de Psychiatrie. Livre blanc de la psychiatrie. Paris: JL Jhon Libbeey Eurotext; 2003.
- 15.- González de Chávez M (coordinador). La transformación de la Asistencia Psiquiátrica. Madrid: Mayoría; 1980.
- 16.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.

17.- Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: Defensor del Pueblo; 1992.

18. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. Eur J Neurol. 2005; 12: 74-77.

19. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. Med Clin (Barc). 2006; 126 (12): 442-451.