

# El mito de la gestión privada: el modelo catalán de salud mental

I. DE LA MATA RUIZ

Psiquiatra  
CSM Nou Barris. Barcelona

## Introducción

Ante las dificultades que presenta el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, y en concreto la red de salud mental, se ha extendido la idea de que la gestión privada en la provisión de los servicios públicos y la creación de un mercado interno sanitario solucionarían tanto los problemas asistenciales como el malestar existente entre los profesionales y los pacientes. Para poder entender los motivos que han llevado a la creciente aceptación de esta idea entre parte de los profesionales, incluso comprometidos con la sanidad pública, y algunos sectores sociales, hemos de situarnos en el contexto económico y político actual (triumfo del mercantilismo como modelo económico e ideológico único y desarticulación del pensamiento crítico y alternativo), en el que por intereses conocidos pretenden hacer que creamos como verdades incuestionables las propuestas que desde el pensamiento neoliberal se lanzan para el futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS): el estado no puede invertir más en la creación de recursos por lo que eso debe dejarse a la iniciativa privada, y la gestión privada permitiría una mayor eficiencia del sistema sanitario. Estas propuestas, a pesar de ser cuestionadas por amplios sectores<sup>1-6</sup>, se están mitificando interesadamente como si de una panacea se tratase para terminar con “todo el mal” que trae la gestión pública. No es éste el lugar para debatir en profundidad la validez de estas propuestas, pero sí apuntar a modo de ejemplo lo señalado por Vicenç Navarro, catedrático y director del Programa de Políticas Públicas de la Universidad Pompeu Fabra, The John Hopkins University<sup>4,6,7</sup>, sobre la reducción del gasto farmacéutico o la política fiscal como elementos para conseguir más recursos financieros para nuestro SNS, en vez de importar soluciones para unos problemas muy alejados de la realidad social, económica e histórica del sistema sanitario público en España. Se nos quiere hacer creer

que la gestión privada ahorraría dinero, solucionaría los problemas de recursos, disminuiría la burocracia y la supuesta ineficacia del empleado público, y permitiría una mayor eficiencia, sin que nos preguntemos qué intereses hay detrás de estas aseveraciones, sin que contemos con elementos de juicio suficientes y sin un necesario debate político. Incluso asociaciones caracterizadas por una defensa de la sanidad pública como la agrupación madrileña de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en un documento reciente sobre la atención en salud mental en la Comunidad de Madrid<sup>8</sup> señala que “no nos parece esencial si el que provea los servicios sea público o privado si se hace sobre la base de la definición, priorización, financiación y supervisión pública que garantice la calidad de la atención y la equidad en su acceso”. La pregunta clave sería si podemos garantizar esas calidad y equidad con un modelo generalizado de gestión privada que, como señala Marciano Sánchez Bayle<sup>1</sup>, tiene su propia lógica, “la lógica del mercado y la competencia, la mercantilización de los derechos básicos que dejan de serlo y se convierten en una capacidad de compra...”.

La experiencia de países como Gran Bretaña, en el que las reformas de su sistema sanitario se hicieron sobre las coordenadas de la creación de un mercado interno y de la separación de la financiación y la provisión de los recursos, no ha podido demostrar una mejora de su eficiencia<sup>9,10</sup> y en su breve vida fue continuamente cuestionado por los desequilibrios, problemas y fragmentación que ha creado<sup>9-12</sup>. Para Tyrer<sup>12</sup>, el principal error de las reformas en Inglaterra fue llevar a la práctica un modelo (de inspiración norteamericana), que en su opinión ha sido, en ocasiones, casi un desastre, sin los suficientes estudios acerca de su eficiencia y costo. Aquí está lo más preocupante del asunto: aceptar cambios en los modelos de gestión sin plantearse sus consecuencias, sin analizar experiencias similares o la viabilidad de importar modelos alejados de la reali-

dad de nuestro sistema sanitario. Aunque no tengamos claro que la gestión privada mejore las cosas parece que lo asumimos como mal menor, con un sentido pragmático de cortas miras, ante la paralización de las inversiones públicas. En comunidades autónomas como la de Madrid se acepta ya la gestión privada de los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), centros de atención de drogodependencias (CAD), y algunos recursos intermedios. Estas pequeñas “concesiones” todavía no “amenazan” la integridad de la red de salud mental pero sirven como punta de lanza de una política en la que las administraciones conservadoras pretenden generalizar las obsoletas recetas thatcherianas del mercado interno (vease el artículo de José Manuel Freire comentando el informe de la subcomisión parlamentaria para la reforma del SNS<sup>3</sup>) para, a la larga, desentenderse de la inversión y la planificación dejándola a la iniciativa privada, lo que para Sánchez Bayle es el inicio de una verdadera contrarreforma<sup>5</sup>.

Pero, ¿qué ocurre cuando toda la red consiste en dispositivos concertados con diferentes empresas? En España tenemos una comunidad autónoma (Cataluña) donde la provisión sanitaria (incluida la salud mental) tiene una fuerte presencia privada. Casualmente es la que más gasta, genera déficit continuos, menos preocupación presenta por las políticas de salud pública y una de las que menos desarrollada tiene la reforma de la atención primaria de salud<sup>1,3-5,13</sup>. Este modelo implantado en Cataluña desde hace años y sobre el que se articularon las políticas de reforma psiquiátrica catalana nos permite tener un referente lo suficientemente consolidado como para ver cuál es la realidad del mito de la gestión privada y el mercado interno. En el presente artículo se analiza la situación de la red de salud mental de Cataluña con el objetivo de señalar cómo los problemas asistenciales y de los profesionales tradicionalmente atribuidos a la gestión pública no sólo no mejoran, sino que empeoran, cuando se introduce la provisión privada y que se crean nuevos problemas inherentes a la lógica del mercado y la competencia que impiden el desarrollo de unos servicios de salud mental de calidad coordinados y bien planificados.

## El modelo sanitario y la red de salud mental en Cataluña

Para entender los problemas por los que atraviesan los profesionales y pacientes en Cataluña es necesario hacer una breve explicación del sistema sanitario catalán. En palabras de Tizón<sup>14</sup>, en Cataluña más que un modelo sanitario lo que existe es un modelo de gestión. Sobre la letra<sup>13,15</sup> es también público (en el sentido de la garantía de la financiación), integral, universal y equi-

tativo. Como hecho diferencial, este modelo se desarrolló en Cataluña como un sistema sanitario de provisión mixta (pública y privada) con una separación de la función de financiamiento de la de la producción de los servicios, y estimulando la creación de un mercado interno. El gobierno conservador de Convergencia i Unió de la Generalitat, al asumir las competencias sanitarias en 1981, apostó por utilizar las infraestructuras sanitarias existentes (públicas o privadas) y por la inversión privada para diseñar su organización asistencial y así ahorrar en inversiones. Se creó el Servei Català de Salut (SCS) como organismo de la Generalitat encargado de la financiación, planificación, evaluación y compra de los servicios sanitarios. El SCS establece una serie de contratos revisables periódicamente en base a unos objetivos con una serie de entidades proveedoras que se encargan de la producción y gestión de los diferentes servicios. Estas entidades, que en su conjunto constituyen la red sanitaria de utilización pública (Xarxa sanitària d'utilització pública), pueden ser de titularidad pública como el Institut Català de la Salut (ICS), heredero del antiguo INSALUD, o los consorcios sanitarios en los que participan ayuntamientos, diputaciones y la propia Generalitat (actuando en este caso como compradora y proveedora), bien de titularidad mixta, o bien de titularidad privada (fundaciones religiosas y otras empresas). EL SCS, por tanto, se desentiende de la producción misma de los servicios acudiendo al mercado de empresas proveedoras para contratar el servicio más rentable, con la idea de que la competencia entre las empresas mejora la calidad y abarata los costos. Como he señalado, las supuestas bondades del mercado interno y los efectos beneficiosos sobre el gasto sanitario no han podido ser demostrados en Gran Bretaña<sup>6,9,10,27</sup>, y, de hecho, se dieron tales problemas desde el principio, que su reciente supresión por el nuevo gobierno laborista es más el resultado de su propia desnaturalización (la competencia significó en realidad más control y regulación) que de una decisión política.

Pero mientras en Gran Bretaña se da marcha atrás, en Cataluña, el gobierno de CiU potencia cada vez más estas recetas liberales. En salud mental este modelo de gestión ha recibido un último empuje con una ley reciente por la cual se crea la red de centros de salud mental de utilización pública, constituidas por el conjunto de empresas proveedoras del SCS<sup>11</sup>. Este conjunto está formado por empresas muy heterogéneas, no sólo en cuanto a la titularidad, sino también en cuanto al número de servicios que gestionan (psiquiátricos y no psiquiátricos), tamaño, contrataciones, patrimonio inmobiliario, trabajadores, organización, ideología y, en definitiva, poder dentro de la red y de negociación

con el SCS. Con el fin de aumentar su fuerza a la hora de negociar los contratos con el SCS y defender su trozo de pastel, las empresas privadas se unen en patronales pero, debido a la heterogeneidad mencionada, los intereses de las empresas son también muy diferentes, cuando no encontrados, por lo que existen hasta tres patronales en el sector. Esta heterogeneidad de empresas y de filosofías asistenciales condiciona unas redes de salud mental variopintas y desiguales.

Simplificando, podemos distinguir dos tipos de empresas proveedoras en función del tamaño y los servicios que gestionan, lo que a su vez condiciona el tipo de organización en cada sector sanitario:

1. Por un lado, “*empresas grandes*” que gestionan múltiples recursos (todos los hospitalarios y parte de los extrahospitalarios) con plantillas de trabajadores extensas. Se incluyen aquí los hospitales psiquiátricos y servicios dependientes de las órdenes religiosas, fundaciones sanitarias y consorcios sanitarios públicos que gestionan hospitales generales o psiquiátricos, los recursos de las diputaciones y los servicios de psiquiatría que gestiona el ICS (incluidas las consultas de neuropsiquiatría). Estas instituciones grandes tienen los mismos problemas de burocratización, corporativismo, desmotivación de los profesionales que generalmente se achaca a los servicios públicos, junto a las desventajas de las empresas privadas (criterios economicistas y menores derechos de los trabajadores) y sin que la gestión y toma de decisiones sea participativa.

En los sectores sanitarios en que la gestión de la mayoría de los dispositivos está monopolizada por una sola de las empresas grandes monográficas (órdenes religiosas y diputaciones), la asistencia está vertebrada en torno a un hospital psiquiátrico aún muy lejos de un auténtico proceso de reforma, y donde la cultura de lo comunitario está aún pobremente implantada entre profesionales y la propia población a pesar de contar con recursos para ello y de los esfuerzos de los últimos años.

2- Por otro lado, “*empresas pequeñas*” de 20 a 30 trabajadores, que se iniciaron muchas como cooperativas, pioneros de la reforma, y que gestionan generalmente un centro de salud mental, un hospital de día, un centro de día o a lo sumo dos o tres dispositivos extrahospitalarios. Las áreas sanitarias (Barcelona metropolitana sobre todo), en los que los dispositivos ambulatorios de la red están gestionados por estas empresas necesitan de alguna de las empresas grandes para los servicios hospitalarios. En algunos distritos puede haber hasta ocho empresas diferentes, si incluimos los centros de salud mental infanto-juvenil y los centros de atención a drogodependientes, aunque alguno de ellos sea compartido por varios sectores o una empresa gestione

varios recursos a la vez. Cada una de estas entidades proveedoras, auténticos reinos de taifas, gestionan una parcela asistencial, negociando de forma independiente su contrato con el SCS y convirtiéndose en potenciales competidores entre sí. Las filosofías asistenciales y los métodos de gestión de cada una de ellas a veces no son comunes, cuando no diametralmente opuestos (aquí la dicotomía entre el hospital y los recursos comunitarios llegó a unos extremos en que la ignorancia mutua era el patrón de relación, y todavía persisten, en menor medida, esos modos).

## Los problemas de la red asistencial

Aunque al describir el modelo sanitario general y la organización de la red de salud mental ya se han apuntado algunos de los problemas que existen en Cataluña y muchos se pueden deducir de la propia explicación, me detendré para analizar con más detalle la situación de la red asistencial y las repercusiones sobre la práctica cotidiana de los profesionales.

### Los recursos y los dispositivos

Se ha señalado lo difícil que resulta conocer los recursos de salud mental con los que cuenta cada comunidad autónoma y establecer comparaciones<sup>24,28</sup>, pero la impresión general entre los profesionales, expresada en múltiples foros, es que en Cataluña la situación no es muy diferente de otras zonas. La gestión privada y el mercado interno no parecen solucionar los problemas de escasez de recursos y desigual distribución de los mismos. Los recursos intermedios en especial, tanto de tratamiento (hospitales de día) como de rehabilitación psicosocial, apoyo comunitario, reinserción laboral, atención residencial y soporte social, tienen como en todos sitios un insuficiente desarrollo. En Cataluña existen centros y programas de gran calidad, pero la calidad global de un sistema sanitario va más allá que la suma de las calidades de cada una de las partes que lo componen, sobre todo en la salud mental, donde la coordinación es clave. Sobrepasaría los objetivos de este artículo hacer un pormenorizado análisis sobre estos datos, pero es necesario detenerse en dos situaciones que tienen cierta particularidad en Cataluña en comparación con otras comunidades donde se ha realizado una política de reforma psiquiátrica: la situación de la atención primaria y las unidades de larga y media estancia.

El primer escalón del modelo de salud mental comunitaria es la atención primaria. De los problemas y controversias que el tratamiento de los problemas de salud mental en este nivel y su relación con la atención especializada se ha escrito y se seguirá escribiendo mucho<sup>2,18,19</sup>. En Cataluña se da una situación paradójica

ya que, mientras desde la Administración se apuesta por este modelo, y la coordinación de los dos niveles es uno de los objetivos básicos de los planes de salud<sup>15</sup>, la reforma de la atención primaria lleva un considerable retraso con respecto al resto de España. Más de la mitad de la población de Barcelona se atiende en centros no reformados, lo que impide un normal funcionamiento de los equipos de salud mental dedicados a una labor inagotable de cribaje, con el perjuicio para los pacientes graves y para el resto de la red. No es casual que esto suceda en Cataluña, donde la Administración conservadora, aliada con sectores médicos y mutuas privadas políticamente afines, está más próxima ideológicamente a una medicina liberal (que potencia una medicina de especialistas) que a un sistema público como el Sistema Nacional de Salud. Como el coste político de admitir esto sería muy alto se practica una política de hechos que pretende que la población (las clases medias que se lo pueden permitir), harta del mal funcionamiento de la sanidad pública, recurra a la sanidad privada. Se están propiciando las bases y el clima social adecuado para que en una segunda etapa se acabe con el aseguramiento único y, por tanto, con el SNS como ya prevén muchos<sup>5,20,21</sup>. Las intenciones políticas de CiU en este sentido se pueden ver en las enmiendas presentadas por su grupo parlamentario al documento de la subcomisión parlamentaria para la reforma del SNS, en el capítulo de aseguramiento<sup>27</sup>.

En cuanto a las unidades de media y larga estancia el número de camas que existen en Cataluña es elevado en comparación con otras comunidades con un total de 3.436 en 1995<sup>15</sup>, de las que, según la Generalitat, 864 son camas de crónicos (pacientes de alta dependencia psiquiátrica en la terminología políticamente correcta) y el resto un batiburrillo en el que se mezclan unidades de psicogeriatría, residencias psicogeriatricas, residencias para retrasos mentales severos o con trastornos de conducta y unidades residenciales de otro tipo. Estas camas dependen en su mayoría de instituciones psiquiátricas sin un auténtico proceso de reforma y por mucho esfuerzo conceptual que se haya hecho en su clasificación y denominación; en ellas vive una población de enfermos muy heterogénea sin hasta el momento (se están empezando a introducir cambios) un plan individualizado de tratamiento y rehabilitación integrado con el resto de la red, y con una cantidad tan insuficiente de personal dedicado a estos pacientes que hace difícil una práctica más allá de la custodial. Estos recursos pueden ser necesarios, pero con profundos cambios, indicaciones precisas y dotaciones de personal dignas. Sorprende que pervivan este tipo de instituciones de esta manera en una comunidad autónoma gobernada por una administración que hace gala de la

calidad de su sistema sanitario. No ha existido, por mucho que se diga, el necesario compromiso político para reformar estas instituciones. El modelo de gestión privada de estas instituciones puede ser un factor determinante (no el único) en que las reformas sean tan lentas, ya que sirve a dos tipos de intereses. Por un lado, a una administración que le resultan más baratas a corto plazo estas instituciones, desentendiéndose de las inversiones en recursos sociales necesarios para desinstitucionalizar a esta población de enfermos mentales marginados que, como señala Kendell<sup>22</sup> no tienen un grupo de presión con suficiente fuerza para dejarse oír por lo que sus intereses no son prioritarios para las autoridades sanitarias. Por otro lado, a las propias instituciones, ya que su patrimonio, el dinero que reciben, su cuota de mercado, podría verse amenazado si la administración pública invirtiera en recursos alternativos a la institucionalización, que quizás no estarían gestionados por ellos. De todas formas, ante la evidencia de que las políticas de desinstitucionalización en los programas pobremente coordinados<sup>23</sup> llevan a los enfermos crónicos a una situación de abandono, hay que preguntarse si con las políticas sociales que lleva a cabo el Departament de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña es posible mejorar las condiciones de vida de estas personas.

### **La equidad y la proporcionalidad**

Las diferencias entre los sectores sanitarios descritas en el apartado anterior demuestran en sí mismas que la garantía de equidad (acceso a los servicios por parte de la población en las mismas condiciones) y proporcionalidad (provisión de cuidados proporcional al grado de necesidad) que se exige a los servicios sanitarios públicos esté lejos de conseguirse. Dependiendo de la zona sanitaria en que se encuentre el paciente puede recibir una atención muy diferente para un mismo problema e incluso dentro de un mismo sector las diferencias pueden ser notables si es atendido por uno u otro dispositivo. La diversidad de recursos e intervenciones puede ser un elemento enriquecedor, pero cuando se hace sin una planificación y coordinación adecuadas, como se verá posteriormente, acaba beneficiando a aquellas personas que cuentan con más información y no necesariamente a los que más los necesitan o pudieran beneficiarse de ellos. Por ejemplo, ¿cómo se seleccionan los pacientes que acuden a unidades o centros específicos de depresión resistente, terapia familiar, suicidología, trastornos alimentarios, psicoterapias breves, y un largo etcétera?, ¿cuál es el criterio para que un paciente sea tratado en un CSM, en consultas externas de un hospital o por el neuropsiquiatra?, ¿quién tiene que ingresar en un hospital general o en un

psiquiátrico cuando existan ambos recursos en una misma zona? La distribución adecuada de recursos en cada sector no está garantizada por la iniciativa ni la gestión privadas. La falta de recursos en algunos sectores se soluciona, en parte, con acuerdos con otras empresas que proporcionan el recurso del que se carece (hospitales de día, media y larga estancias, subagudos) lo que hace que muchas veces estén colapsados. Si a esto se une la persistencia de algunos neuropsiquiatras y la menor y desigual implantación de la atención primaria casi cerraríamos el asunto de la inequidad.

Pero aún existe otro tema que supone una traba más para la equidad en el acceso y la proporcionalidad: los problemas de la *territorialización* en sí mismos. El elemento de *marketing* que introduce la lógica del mercado ha potenciado la creación y promoción (generalmente en hospitales) de unidades sofisticadas para patologías de moda, intervenciones novedosas o líneas de investigación, sin un análisis de su necesidad y eficiencia para el sistema sanitario público. Este tipo de unidades o programas, sin ningún tipo de jerarquía organizativa están más próximas a un modelo sanitario liberal, e impiden la consolidación del concepto de área de salud como eje central de la planificación del SNS. En los últimos años, debido probablemente al gasto que se generaba, se está realizando un importante esfuerzo para implantar una sectorización más estricta, pero todavía persisten unidades de psiquiatría de hospitales generales que atienden con un criterio territorial bastante "flexible", no tanto por los intereses de los pacientes, sino por intereses propios, necesidades de investigación, existencia de alumnos de *masters* privados, etcétera.

### La coordinación y la continuidad de cuidados

Es el principal problema de este tipo de red, la falta de atención integral al enfermo debido a la deficiente coordinación entre los dispositivos que no garantiza una adecuada continuidad de cuidados. Esta dificultad también se ha señalado como uno de los mayores problemas de las redes de salud mental de gestión pública<sup>8</sup> pero se incrementa de forma notable cuando cuatro o cinco empresas diferentes tienen que coordinarse<sup>9-11</sup>. No es de extrañar que el enorme gasto que genera un sistema de este tipo haya llevado a los responsables de la Generalitat a fijar como uno de los objetivos prioritarios en los presupuestos sanitarios de 1998<sup>13,15</sup> la mejora de la coordinación y continuidad de cuidados, introduciendo elementos destinados a regular las relaciones entre los distintos proveedores, es decir, controlando ese mercado que tanto defienden, igual que lo ocurrido en Gran Bretaña. La deficiente coordinación obedece, en mi opinión, a varios motivos:

- *La administración no ha realizado una planificación real* de los recursos según las necesidades de las poblaciones de cada sector, dejando esto a la iniciativa privada, lo que ha derivado en unas *redes de salud mental sin ningún tipo de jerarquía* y sin un claro liderazgo que asegure el uso racional de los recursos y un reparto adecuado de los mismos. Además, permite (y financia) la existencia de servicios paralelos dentro de un sector, por ejemplo, la existencia de consultas externas en casi todos los hospitales.
- La creación, crecimiento y desarrollo de cada uno de estos dispositivos ha sido de forma independiente, negociando sus contratos y programas por separado con la administración sin unos objetivos comunes, lo que *ha impedido que exista una cultura asistencial común*, esencial para el trabajo integrado en una red.
- Como se ha señalado antes, la gestión privada introduce *la lógica del mercado y la competencia*. Aunque los movimientos del mercado, como sucedió en Gran Bretaña<sup>9,10</sup>, son conservadores, de manera que se suelen renovar los conciertos ya establecidos, y todavía no se ha llegado al extremo de que una empresa intente hacerse con el dispositivo que ya gestiona otra, se puede ver como se desarrolla la competencia en dos cuestiones. Por un lado se compite por los nuevos recursos y programas, siendo muy dudoso, tal como están las cosas, que la Administración apueste por el que ofrezca mejor calidad-precio sino por el más barato. Por otro lado, hay una competencia, algo enmascarada, por las asignaciones presupuestarias de cada dispositivo dentro de un sector. Por ejemplo, si desde los hospitales renunciaran a las consultas externas dejarían de cobrar por este concepto y disminuirían sus ingresos, que podrían ser reclamados por los CSM. Desde los hospitales se justifica la existencia de estas consultas o de los programas específicos con criterios clínico-asistenciales cuando lo que hay detrás es una cuestión económica que se une a los intereses personales de ciertos profesionales, como he señalado antes. La competencia de servicios, lejos de mejorar la calidad individual de cada uno de ellos interfiere en la planificación y continuidad de cuidados de los pacientes al condicionar de forma latente la coordinación entre los dispositivos, por muy buena fe que pongan los profesionales. Las dinámicas paranoides que se articulan con frecuencia en las relaciones entre distintos servicios en los modelos de gestión íntegramente públicos están aquí notablemente incrementadas al tener que defender continuamente su territorio frente al otro. Es curioso ver las peleas entre los distintos dispositivos acerca de quién es el culpable de los problemas asistenciales, mientras que la administración se desentiende de las intervenciones necesarias.

## Evaluación

Una de las principales críticas que se hace al sistema sanitario de gestión pública es la deficiencia del método de evaluación de la calidad de los servicios y de los profesionales<sup>2,8</sup> y que incluso ésta podría ser interesada. Se podría esperar que estos dos problemas se evitaran en un sistema sanitario de provisión privada como el catalán, que tiene la evaluación de su eficiencia como uno de sus pilares. Pues bien, el método de evaluación no es muy diferente a aquel que se realiza en el otro modelo, basándose también en indicadores de actividad reflejados en una memoria anual que se presenta al SCS, que posteriormente devuelve a los equipos los resultados. Las limitaciones de los indicadores de actividad como método de evaluación de la calidad asistencial son reconocidos por la Administración<sup>13,15</sup>. También es de todos sabido como se pueden “arreglar” los datos que “no salen del todo bien” antes de presentar las memorias anuales y cómo, por otro lado, tareas imprescindibles (implicación en el equipo, especificidad y calidad de las intervenciones, etc.) no se reflejan. La independencia de la evaluación es aún más dudosa en este modelo desde el mismo momento en que evaluado (empresa proveedora) y evaluador (administración financiadora- SCS) dependen el uno del otro. Es evidente que la empresa proveedora y sus trabajadores dependen del SCS económicamente y que por otro lado el SCS dependen de las empresas para dar cuentas de su gestión política. Si en los modelos de gestión público siempre planea la duda de que las evaluaciones son interesadas, por qué no pensar que se esté dando un acuerdo no explícito por el que el SCS acepte los balances presentados (siempre dentro de unos mínimos) mientras las empresas no cuestionen el modelo de gestión en sí.

La potenciación de las medidas liberalizadoras hace que la evaluación cobre un sentido de amenaza negando cualquier posibilidad de autocritica o de reflexión. En el caso de las empresas pequeñas, con menor capacidad de competir y de marketing, esta amenaza es mayor ya que está en juego su supervivencia. La competencia es un incentivo perverso basado en el miedo y pone seriamente en duda la validez de los métodos de evaluación.

A esto hay que añadir que la fragmentación de la red asistencial y la gestión privada en sí misma, limitan aún más el control y participación por parte de los usuarios, familiares, organizaciones ciudadanas y sociales e incluso de los profesionales, a veces atrapados en un doble papel de gestor/trabajador. En este sentido el mayor peso reivindicativo recae en las patronales que agrupan a las entidades proveedoras concertadas cuyos intereses e ideología no necesariamente coincide con la de los profesio-

sionales, ni entre ellas mismas, y que en cualquier caso no cuestionan el modelo de gestión.

## Los problemas de los profesionales y los equipos

Si a la cantidad de empresas existentes uno le añade la capacidad de éstas para realizar contratos con diferente número de horas, duración, responsabilidades, sueldos, horarios, etc., uno se encuentra que cada profesional es casi un ejemplar único (incluso dentro de la misma empresa). *No existe una regulación laboral homogénea en el sector*, aunque se está presionando en ese sentido. En general los sueldos de los profesionales de la red de salud mental en Cataluña son más bajos que en el resto de España, abundan los contratos a tiempo parcial y no existen incentivos económicos ni profesionales para la mayoría. Por este motivo muchos tienen más de un empleo, en general una consulta privada, y en menor medida contratos de guardias o un segundo empleo en la red pública. La forma en que un profesional resuelve esta duplicidad pública/privada depende mucho de la ética del profesional y del servicio, pero en determinados sitios la delimitación no es muy clara. Pero quizás lo más importante es cómo puede llegar a influir esta precariedad de sueldos y contratos y el pluriempleo en la motivación y el compromiso con la sanidad pública. Parece incongruente en un sistema de mercado, y en buena lógica empresarial, el que no se favorezca la dedicación exclusiva, y que una empresa tolere que un empleado suyo pueda trabajar para la competencia (en este caso, la privada).

Como se puede deducir, el SCS, a pesar de ser el organismo financiador, se desentiende de la regulación de los conflictos laborales que pueden surgir al delegar esta responsabilidad a las empresas proveedoras, que a su vez alegan las restricciones presupuestarias que les impone el SCS. La fragmentación de la red se traduce también en una fragmentación de los trabajadores a la hora de reivindicar mejoras en su situación laboral, y en una situación confusa en la que uno no sabe qué es lo que tiene que reclamar a la Administración (la que pone el dinero) o a la empresa (la que lo gestiona). Se podría alegar que en Cataluña existe una mayor oferta de empleo en comparación con otras comunidades y atribuirlo al tipo de gestión, aunque parece más lógico relacionarlo con la menor acreditación de plazas de residentes y a la lentitud de las reformas.

Sorprende asimismo ver cómo *no existen políticas de incentivos* en casi ninguna empresa, por lo que la desmotivación y falta de implicación que se atribuye a los empleados públicos, también es un hecho generalizado. El único incentivo externo es cumplir con la tarea asis-

tencial y no crear problemas a la empresa, para mantener el puesto de trabajo, sin que se valore la calidad de la asistencia realizada. El grado de implantación de la carrera profesional también es minoritario y exclusivamente en los profesionales de ámbito hospitalario y los incentivos los termina proporcionando la industria farmacéutica como tristemente sucede en muchos sitios. La investigación, elemento esencial de todo sistema sanitario y de motivación para los profesionales, está prácticamente restringida al ámbito hospitalario, con una línea biológica mayoritariamente. La investigación ligada al análisis y evaluación de las prácticas asistenciales no está potenciada por la administración ni por las empresas proveedoras ni forman parte de los incentivos profesionales. La competencia hace que el *marketing* sea un factor importante en las empresas. Éstas tienen que venderse y deben, por tanto, enseñar lo bien que funcionan. ¿es posible entonces, en este modelo, el desarrollo de estudios que evalúen nuestras prácticas y que introduzcan un elemento crítico a nuestro quehacer? Sólo la independencia que otorga la gestión pública, permite poder realizar estudios rigurosos y desinteresados.

Los problemas más habituales de los equipos de salud mental<sup>28</sup> como la presión asistencial, la dificultad en la delimitación de papeles y su variabilidad según el centro, falta de personal de enfermería y administrativo, indefinición de tareas, desmotivación, etc. , están a la orden del día en Cataluña. Uno de los argumentos que más se utilizan para defender la gestión privada es que ésta favorecería la participación de los profesionales en la organización y toma de decisiones. Esto es tan sólo un mito interesado, como se puede comprobar si observamos la realidad de los equipos en Cataluña. En las empresas grandes las decisiones las toma la junta de gobierno de los hospitales y en ese sentido el grado de participación de los profesionales puede ser similar a la existente con las gerencias y direcciones médicas de los hospitales públicos con la “pequeña” diferencia de que además de jefes son los patronos y son los que contratan y despiden. El voto de silencio es frecuente no sólo entre las hermanas de las órdenes religiosas.

En los dispositivos gestionados por empresas pequeñas se da una situación confusa dentro de los equipos. Estas empresas se iniciaron en los años ochenta como agrupaciones de profesionales (obligados a convertirse, además, en gestores) que funcionaban a modo de cooperativas y en las que casi todos eran miembros de la empresa. Sin embargo, con la progresiva ampliación de los equipos, los nuevos profesionales que se integran pasan a ser simples contratados que no participan en las decisiones. Existen por tanto dos tipos de profesionales trabajando codo con codo, unos que son sólo contrata-

dos y otros que tienen el doble papel trabajador/empresario. Es fácil deducir cómo esta situación impide una auténtica democracia interna y cómo esta situación latente, no claramente explícita, puede distorsionar la dinámica de los equipos.

## Los problemas en la formación

En Cataluña existen proporcionalmente un menor número de M.I.R. de psiquiatría y P.I.R. que en el resto de España. La creación de una plaza de residente supone un esfuerzo presupuestario a corto plazo. La disociación (ideológica/empresarial) que existe en Cataluña en muchas de las áreas sanitarias entre los hospitales y el resto de los recursos de la red impide que estos últimos puedan tener un mayor compromiso a la hora de planificar el número de plazas necesarias y el tipo de formación. Las plazas de residentes están adscritas en la práctica a los hospitales y no a las áreas sanitarias, por lo que los dispositivos comunitarios no participan en su financiación. Esta falta de planificación por áreas de los presupuestos destinados a la formación de residentes (M.I.R. y P.I.R.) acarrea dos tipos de problemas. En primer lugar, al haber menos dinero existen menos plazas, por lo que no es de extrañar que hasta hace uno o dos años todavía existía la figura de colaborador o asistente voluntario, que se formaba con los residentes a módico precio (a través de contratos de guardias o becas ligadas muchas veces a ensayos clínicos financiados por compañías farmacéuticas). Éste es uno de los motivos por el cual en Cataluña existe una gran proporción de médicos especialistas sin título oficial, con el consiguiente conflicto cíclico que se produce en relación con este tema.

En segundo lugar, al estar las plazas adscritas a hospitales no se ha producido una integración real de los servicios comunitarios a la formación de los residentes que sigue teniendo un claro predominio hospitalario, incluso en aquellos hospitales que tienen recursos comunitarios gestionados por la misma empresa. Este desequilibrio hace que en la práctica se cumpla aún menos que en otras partes el programa de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría<sup>24</sup>, y que se formen profesionales sin una cultura asistencial común y adecuada al tipo de red asistencial que se pretende, lo que, como señala Tyrer<sup>12</sup>, es esencial si apostamos por una psiquiatría comunitaria.

## Conclusiones

González y Rendueles<sup>16</sup> relacionan el síndrome de Burnout de los terapeutas o síndrome de Tomás con la caída de una perspectiva idealizadora, utópica sobre lo que significaba la reforma sanitaria que se llevó a cabo

en España en la década de los ochenta, perspectiva que se dio entre otras cosas por el contexto de cambio político de aquella época. Asistimos ahora a un nuevo contexto sociopolítico en el que la solución que se plantea para mejorar el SNS es la introducción de la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario, centrandose interesadamente el debate de su reforma al tema de la financiación y obviando aspectos más importantes. La capacidad de estos métodos para solucionar los problemas actuales de la atención en salud mental, de los profesionales y pacientes (¿clientes?), como se puede ver en la experiencia de Cataluña, no está demostrada, pero se está convirtiendo en la nueva utopía, en el nuevo mito. En Cataluña no solo no se han solucionado los problemas que presentan las redes de salud mental de gestión pública, sino que este modelo ha repercutido negativamente en la planificación, coordinación y continuidad de cuidados, pilares básicos de la psiquiatría comunitaria. Además, este modelo condiciona el funcionamiento de los equipos, no favorece la participación, precariza las condiciones laborales y afecta a la formación de los profesionales. Pese a todo se intenta exportar este modelo al resto de España (véase el informe de la subcomisión parlamentaria) por una cuestión más bien ideológica, que a largo plazo pretende terminar con el sistema sanitario público, tal como lo entendemos ahora, a través de una estrategia de cambio lento (primero el modelo de gestión, luego los copagos y el aseguramiento único y así sucesivamente). Más útil parece que la administración pudiera escuchar también las reflexiones de los profesionales acerca de las necesidades, los límites de nuestra práctica, las reformas necesarias (imprescindibles)<sup>2,3,5,25,26</sup>, pero siempre conservando los rasgos básicos de la sanidad pública española (sistema integrado, universal, gratuidad, financiación por impuestos y provisión pública) que, lejos de ser un problema, son sus principales logros.

## Bibliografía

1. Sánchez Bayle M. Garantía de equidad y calidad. El País, domingo 10 de enero de 1999.
2. Fernández Liria, A. La reforma psiquiátrica en España: en qué (y en qué no) metimos la pata (y qué podemos hacer). *Psiquiatría Pública*, 1997; 3:167-175.
3. Freire JM. Comentarios a propósito del documento de la Subcomisión parlamentaria para la reforma del Sistema Nacional de Salud Español. *Revista de la Administración Sanitaria* 1998; 5: 23-50.
4. Vicenç Navarro. El olvido de la cotidianidad. El País, sábado 6 de febrero de 1999.
5. Sánchez Bayle M. La contrarreforma sanitaria. *Revista de Administración Sanitaria*, 1998; 5:51-60.
6. Navarro V. La reforma del sistema fiscal (IRPF), el aseguramiento sanitario privado y la experiencia liberal anglosajona. *Revista de Administración Sanitaria* 1998; 8:13-32.
7. Sevilla F, Navarro V. La competencia gestionada: sus méritos, ¿nos permiten conocer el bosque? *Revista de Administración Sanitaria*, 1997;4(1):55-76.
8. Documento de la Asociación Madrileña de Salud Mental. La atención a la salud mental en Madrid hoy, análisis, reflexiones y planteamientos de futuro. La propuesta de la Asociación Madrileña de Salud Mental (A.E.N.). Noviembre 1998.
9. Repullo JR. Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico. Primera parte. *Revista de Administración Sanitaria*, 1998;7:39-63.
10. Maynard A. Introducing a market to the United Kingdom's National Health Services. *The New England Journal of Medicine*. 1996; 334:604-608.
11. Hadley TR, Muijen M, Goldman H, Shepherd G. Mental Health policy reform and its problem in the UK: déjà vu. *Current Opinion in Psychiatry* 1996; 9: 105-108.
12. Tyrer P. Cost-effective or profligate community psychiatry? *British Journal of Psychiatry*; 1998, 172:1-3.
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social. El pressupost sanitari 1998. Col·lecció Els Llibres dels Fulls Economics 13.
14. Tizón J. Investigación y docencia en salud mental: reflexiones por el clínico antes de la inmoliación. Ponencia, X Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Madrid 11, 12 de Junio, 1998.
15. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguritat Social. Pla de Salut de Catalunya 1996-1998.
16. Decreto ley sobre la Xarxa de Centres de Salut mental de utilització pública de Catalunya de 1998.
17. Sistema de información en salud mental. *Psiquiatría Pública*. 1998; 5:301-306.
18. Hernández Monsalve M. La salud mental en atención primaria. Realidades y controversias. *Archivos de Neurobiología* 1997; 60(3): 201-206.
19. González González LA, Rendueles Olmedo G. De la utopía a la incineración: antes destrucción que la derrota. *Psiquiatría Pública* 1997; 2:123-133.
20. Martín García M. La ruptura del aseguramiento único, un paso definitivo. El País, sábado 26 de diciembre de 1998.
21. Smith R. The NHS: possibilities for the endgame. *BMJ* 1999; 318:209-210.
22. Kendell RE. The National Health Services celebrates its 50<sup>th</sup> birthday. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173:1-3.
23. Thornicroft G, Bebbington P. Deinstitutionalisation- from hospital closure to service development. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 739-753.
24. Guía de Formación de Especialistas. Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría.. Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia. Abril 1996.
25. Asociación Madrileña de Salud Mental. Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental. AMSM, cuaderno técnico número 1.
26. Rendueles G. ¿Cuánto es bastante en salud mental? *Psiquiatría Pública* 1996; 6:367-374.