

# PSIQUIATRÍA

**PUBLICA**

**Equipo directivo:** Manuel Desviat (director), Alberto Fernández Liria (jefe de redacción), Fernando Colina, Francisco Chicharro, Mariano Hernández Monsalve, Josefina Mas Hesse

**Redacción:** María Diéguez Porres, Vicente Ibáñez Rojo, Ana González Rodríguez, Francisco González Aguado, Alberto Ortiz Lobo, Esther Pérez Pérez

**Colaboradores:**

Álvarez Martínez, J. M <sup>a</sup>	Valladolid	Inglot Domínguez, R.	Las Palmas de G. C.
Amarante, P.	Río de Janeiro	Kapetanovic-Bura, E.	Sarajevo
Ansari, Shakir	Londres	Labad Azquezar, A.	Tarragona
Arboleda-Flórez, J.	Calgary	Lamas Greco, S.	Orense
Arribas Hernández, A.	Madrid	Levav, I.	Washington
Arroyo Sucre, J.	Panamá	Linares Fernández, J. L.	Barcelona
Baca Baldomero, E.	Madrid	López Sánchez, L.	Murcia
Balbo, E.	Madrid	López Mondéjar, L.	Murcia
Ballús, C.	Barcelona	López Ibor Aliño, J. J.	Madrid
Bar-El, Y. C.	Jerusalén	López Alvarez, M.	Sevilla
Barrientos, G.	La Habana	Markez Alonso, I.	Bilbao
Berrios, G. E.	Cambridge	Marsset, P.	Murcia
Bertolote, J. M.	Génova	Martínez Martínez, F. J.	Madrid
Blanco de la Calle, A.	Madrid	Mateo Martín, I.	Sevilla
Bleichmar, H.	Madrid	Mayoral Clies, F.	Málaga
Bravo Ortiz, M. F.	Madrid	Medina Mora, E.	México DF
Caballero Nuez, L.	Madrid	Menéndez Osorio, F.	La Coruña
Calcedo Ordóñez, A.	Madrid	Mezzich, J. E.	Nueva York
Caldas de Almeida, J. M.	Madrid	Mira Pascual, V.	Madrid
Cañas de la Paz, F.	Lisboa	Montenegro, R.	Buenos Aires
Casco Solís, J.	Madrid	Montero Barquero, F.	S. José de Costa Rica
Castanyer Vila, M.	Madrid	Montilla García, J. F.	Madrid
Castañeda Sáez de Jáuregui, M.	Madrid	Montoya Rico, J. L.	Alicante
Castilla del Pino, C.	Córdoba	Morandé Larin, G.	Madrid
Colodrón, Antonio	Madrid	Muñoz, P. E.	Madrid
Collins, Pamela	Nueva York	Negrete, J. C.	Quebec
Corrales Rosado, J. M.	Palma de Mallorca	Ozamiz Ibinarriaga, A.	Vitoria
Crespo Gutiérrez, L. F.	Madrid	Palomo Álvarez, T.	Madrid
Chanoit, P. F.	París	Pardo Gascues, N.	Pamplona
De la Fuente Portero, J.	Sta. Cruz Tenerife	Pastor Martínez, A.	Madrid
De la Rosa Roselló, R.	Palma de Mallorca	Penasa López, B.	Madrid
Del Álamo Jiménez, C.	Madrid	Pereña García, F.	Madrid
Delgado Criado, M.	Madrid	Pichot, P.	París
Díaz Patricio, A.	Granada	Potestad Menéndez, F.	Pamplona
Díaz del Peral, D.	Almería	Prieto-Moreno, L.	Madrid
Díaz Mújica, B.	Barcelona	Rallo, J.	Madrid
Dio Bleichmar, E.	Madrid	Rebolledo Müller, S.	Orense
Domínguez Santos, M <sup>a</sup> . D.	La Coruña	Rendueles Olmedo, G.	Gijón
Escudero Álvaro, C.	Madrid	Retolaza Balsategui, J. A.	Bilbao
Espinosa Iborra, J.	Valencia	Rodríguez López, A.	S. de Compostela
Esteban Arnáiz, R.	Valladolid	Rodríguez Pulido, F.	Sta. Cruz de Tenerife
Fagundes, S.	Porto Alegre	Rodríguez Vega, B.	Madrid
Fernández Sanabria, J. M.	Huelva	Roig Salas, A.	Barcelona
Ferraz, M.	Sao Paulo	Rotelli, F.	La Habana
Ferrero, F.	Génova	Ruiz de Velasco, M. E.	México
Fuentenebro, F.	Madrid	Sabando Suárez, P.	Madrid
Gallano Petit, C.	Madrid	Sáez Aguado, A.	Valladolid
Gallegos Chacón, A.	S. José de Costa Rica	Sánchez Padilla, J. A.	Las Palmas de G. C.
García Valtuille, A.	Palma de Mallorca	Santodomingo Carrasco, J.	Madrid
García González, J.	Oviedo	Sarraceno, B.	Milán
García de la Villa, J. M.	Vigo	Savio Alves, D.	Brasilia
Garrabe, J.	Le Mesnil St. Denis	Schechtman, A.	Brasilia
Gay Pamos, E.	Córdoba	Simón Lorda, D.	Orense
Gómez Fernández, R.	Buenos Aires	Sopelana Rodríguez, P.	Madrid
González Cases, J.	Madrid	Szpilka, J.	Madrid
González Fernández, E.	La Coruña	Tesoro Amate, A.	Almería
González Juárez, C.	Madrid	Tizón García, J. L.	Barcelona
González Sanz, L.	Sevilla	Trujillo Vera, A.	Cádiz
González Nequera, M. C.	Las Palmas de G. C.	Uribe, I.	Tegucigalpa
González Torres, M. A.	Bilbao	Val, E.	San Diego, California
González Alvarez, O.	Huelva	Vallejo Ruiloba, J.	Barcelona
González, R.	Washington	Valls Blanco, J. M.	Córdoba
Harnois, G.	Montreal	Vaz Leal, J. L.	Badajoz
Hellín del Campo, M.	Madrid	Venturini, E.	Imola
Henderson, J.	Bruselas	Vicente, B.	Concepción, Chile
Huertas García-Alejo, R.	Madrid	Vidal, G.	Buenos Aires
Ingelmo Fernández, J.	Badajoz	While d'Acosta, D.	Panamá

**Portada**

The Kiss.  
Auguste Rodin.  
Ashmolean Museum. Oxford

© Copyright 1995 Sociedad Psiquiatría Pública

Redacción y Administración: JARPYO EDITORES, S.A.

 Psiquiatría Pública en la red  
url: www.dinarte.es/salud-mental

 ISSN: 0213-8972. SVR: 553  
Depósito Legal: M-24.251-1987

 Antonio López Aguado, 4. 28029 Madrid  
e.mail: jarpyo@arconet.es - url: www.jarpyo.es  
Tel. 91 314 43 38. Fax 91 314 44 99

 Control voluntario de  
difusión realizado por

 Publicación Bimestral con 6 números al año  
Tarifa de inscripción anual: 5.000 ptas. IVA incluido - Ejemplar atrasado: 950 ptas.

# SUMARIO

Volumen 11, Número 3, Mayo-Junio 1999

## EDITORIAL

El pensamiento único en psiquiatría

*M. Desviat*

61

## ORIGINALES Y REVISIONES

Un sistema de clasificación de los pacientes en psicogeriatría: RUG T-18

*C. Iglesias, A. Montilla, I. Erkoreka, M. Inda, V. Testera*

63

Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales

*D. Simón Lorda, I. Gómez-Reino Rodríguez*

70

Las residencias extrahospitalarias como alternativa al ingreso de los pacientes crónicos

*A. Luiz de C. Fonseca*

79

## DEBATE

La ofensiva privatizadora sobre el sistema sanitario

*M. Sánchez Bayle*

80

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

*I. de la Mata*

94

## INFORME

Sin salud mental no hay salud

*Organización Mundial de la Salud. Comisión Europea*

94

## CASO CLÍNICO

Toxicomanía. Un abordaje psicoanalítico

*T. Bolado*

104

## FORMACIÓN CONTINUADA

Medida del producto sanitario y sistemas de clasificación de los pacientes

*C. González*

108

Plan estratégico del INSALUD: el Libro Azul

*O. Espí*

114

## ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

### Reseña de Revistas

Parálisis del sueño: ¿síntoma o enfermedad?

*A.I. Yagüe Alonso, C. de Gregorio*

120

El seguimiento comunitario

*A. González Rodríguez*

123

### Crítica de Libros

Care in the Community. Julian Leff

*A. González Rodríguez*

125

Compendio de musicoterapia

*E. Pérez Pérez*

127

### Selección Bibliográfica

Revistas

128

# SUMMARY

Volume 11, Number 3, May-Juni 1999

## EDITORIAL

Single Thought in Psychiatry

*M. Desviat*

61

## ORIGINALS AND REVIEWS

A classification system of patients in psychogeriatric:  
Resource Utilization Group T-18 (RUG T-18)

*C. Iglesias, A. Montilla, I. Erkoreka, M. Inda, V. Testera*

63

Puerperal psychosis: Clinical and therapeutic aspects

*D. Simón Lorda, I. Gómez-Reino Rodríguez*

70

Out-of-hospital residences as alternative to chronic patient admission

*A. Luiz de C. Fonseca*

79

## DEBATE

The privatising assault on the health system

*M. Sánchez Bayle*

80

The myth of private management: the Catalan mental health model

*I. de la Mata*

94

## REPORT

No health without mental health

*Organización Mundial de la Salud. Comisión Europea*

94

## A CLINICAL CASE

Drug addiction. A psychoanalytical approach

*T. Bolado*

104

## CONTINUING EDUCATION

Medical producer evaluation and patient classification systems

*C. González*

108

INSALUD's strategic plan. The Blue Book (I)

*O. Espí*

114

## BIBLIOGRAPHICAL UPDATE

### Journal Review

Sleep paralysis

*A.I. Yagüe Alonso, C. de Gregorio*

120

Community monitoring

*A. González Rodríguez*

123

### Book Review

Care in the Community: Illusion or reality?

*A. González Rodríguez*

125

A compendium of music therapy

*E. Pérez Pérez*

127

### Bibliographic Selection

Review

128

## El pensamiento único en psiquiatría

---

**S**e está introduciendo en España, con cierto retraso, un nuevo acrónimo: TMS o Trastorno Mental Severo (y persistente, que dicen los norteamericanos). Leona L. Bachrach parece que fue la primera en plantearse en un editorial (*Whats's in an Adjective? Or an Acronym?*, Hospital and Community Psychiatry 1990; 41(6): 601) el cambio del término crónico por el referido acrónimo<sup>1</sup>. “Yo sospecho –escribe– que el problema con esta palabra no viene de su uso como adjetivo, sino su uso como sustantivo, para nombrar a determinadas personas. La persona deja de ser una identidad individual para ser englobada en un grupo (CMI: *chronic mentally ill*), enfermos mentales crónicos; que va a influir en la valoración que hacen muchos profesionales de la salud mental de estos pacientes como intrínsecamente difíciles y poco gratificantes”. Como adjetivo, crónico hace pensar simplemente en la probabilidad de una larga duración; como nombre, sin embargo, se refiere a la esencia, no es un atributo. Sustantiviza algo peyorativo: una valoración social sobre la enfermedad mental que viene de antiguo (no debemos olvidar otra de las acepciones de crónico para la lengua española: “se dice de ciertos vicios cuando son inveterados”).

Escribía Gentís en aquel ya viejo y entrañable panfleto *Les murs de l'asile*, (François Maspero, París, 1971) que se dice loco como se dice negro o emigrante sin medios. Supongo que todos estaremos de acuerdo en el peso del imaginario social, en el peso de la idea que de la enfermedad mental tiene la sociedad, a la hora de la construcción de los conceptos que la definen. Más aún si hablamos de enfermedades graves y persistentes e incapacitantes (dejando fuera, de momento, el fantasma de la peligrosidad y de la impuntabilidad), si nos referimos a la cronicidad psicótica discapacitante.

Y también, supongo que estaremos todos de acuerdo, en cómo la consideración social determina el tratamiento, el tipo de servicios que en cada momento la sociedad estructura.

La idea de la incurabilidad, de la imposibilidad de hacer algo con la cronicidad psiquiátrica, había dejado paso en las últimas décadas a la posibilidad del tratamiento en la comunidad, de la rehabilitación. La reforma psiquiátrica había cambiado la imagen que de la enfermedad y los servicios tiene la sociedad. Pero el desarrollo y el mantenimiento de los procesos de reforma sociosanitarios precisan de unas determinadas condiciones de sensibilidad y solidaridad sociales. Condiciones en crisis por la globalización económica, por las amenazas al Estado del Bienestar.

No es de extrañar que hoy, debilitado el lazo social, se introduzca el término trastorno mental severo, expresado habitualmente por su acrónimo TMS. Una forma de hurtar el problema de la cronicidad, el abandono y la carencia de recursos. El término es más acorde con la época: más aséptico y más preciso “gerencialmente”, en tanto que define dos variables de complejidad muy importantes para el coste del proceso: la gravedad y la larga duración. Reflejo, como los otros acrónimos que nos invaden (DSM, CIE, SCAN), del pensamiento único en psiquiatría: la pretendida uniformidad del conocimiento psiquiátrico, del predominio de corrientes ateóricas y pragmáticas. Breviarios y acrónimos responden al triunfo de la revolución cognitiva, al predominio de la cultura del manejo, del vademécum sobre la clínica.

No hay más que una forma de combatir el estigma, los prejuicios de la sociedad hacia las formas más graves y deteriorantes del enfermar psíquico, como la esquizofrenia, y es transformar las formas de atención: sacar el tratamiento de los psicóticos de las largas estancias de las salas manicomiales de los hospitales psiquiátricos y de las salas manicomiales de algunos hospitales generales.

Pero, para eso, es necesario continuar con un proceso de reforma psiquiátrica, de desinstitucionalización y de creación de programas alternativos, donde prime la calidad y el respeto a la dignidad y los derechos de los pacientes mentales. Donde se optimice el gasto (nada despreciable en estos momentos en España y países de nuestro entorno socioeconómico). Hoy se tienen programas eficaces para el tratamiento comunitario de la esquizofrenia, y no son más caros.

La reforma psiquiátrica española, al igual que la de otros países, tiene su punto débil en la atención a la cronicidad psicótica. Su adecuada atención es una responsabilidad de todos: técnicos, gestores y autoridades sanitarias.

M. Desviat

## **Nuevo jefe en la salud mental mundial**

Ha sido elegido como responsable de la Salud Mental de la OMS Benedetto Sarraceno, psiquiatra responsable hasta ahora del programa “Naciones para la Salud Mental. Sarraceno tiene un largo historial de asesor de la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud.

Durante años, ha prodigado sus esfuerzos en la mejora de la psiquiatría de los países en desarrollo, de los países más necesitados. Investigador del Instituto “Mario Negri” (uno de sus trabajos –“Salud mental en atención primaria: estudio multicéntrico en seis países centroamericanos”–, fue premiado con el I Premio Internacional “Psiquiatría Pública” otorgado en Madrid, en 1992, por esta revista)<sup>2</sup>, ex presidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación, Benedetto es, sobre todo, un profesional de pensamiento avanzado, un técnico comprometido socialmente.

Más que felicitarle, nos felicitamos y felicitamos a todos aquellos interesados por una atención a los problemas de salud mental, tan amenazada hoy. Para los tiempos que corren, difícilmente podría haberse pensado en alguien mejor. Nuestra enhorabuena, pues, a la Psiquiatría Pública.

Equipo de Dirección

---

<sup>1</sup> Alberto Fernández Liria se refiere a este editorial en su Tesis doctoral sobre El concepto de paciente crónico adulto joven, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, febrero de 1991.

<sup>2</sup> El premio, de un millón de pesetas, fue entregado por el Consejero de Salud de la Comunidad de Madrid, Pedro Sabando, y otorgado por un Jurado formado por Pierre Pichot, Itzhak Levav, J.E. Thomas, Ernesto Venturini, Carlos Castilla del Pino y el director de Psiquiatría Pública, Manuel Desviat. Participaban 14 investigadores centroamericanos y cuatro italianos del Instituto “Mario Negri” (véase Psiquiatría Pública 1993, vol 5, núm 2, p: 71-94).

---

## ORIGINALES Y REVISIONES

# Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: *Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18)\**

C. IGLESIAS\*, A. MONTILLA\*\*, I. ERKOREKA\*\*\*, M. INDA\*\*\*\*, V. TESTERA\*\*\*

\*Psiquiatra. Jefe de Servicio, \*\*Directora Enfermería, \*\*\*DUEs, \*\*\*\*Psicóloga  
Centro de Evaluación e Investigación de la Salud Mental de Asturias. Oviedo

### Resumen

*El presente artículo estudia la aplicación a una población psicogeriatrica, de un sistema de agrupación de pacientes diseñado para prever las necesidades asistenciales en la población geriátrica (Resources Utilization Groups T-18, RUG T-18). Métodos: el sistema fue aplicado a 163 pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Asturias, presentado una edad media de 65 años y un tiempo medio de estancia de 30 años. Resultados: la aplicación del protocolo dio lugar a la clasificación de los pacientes en distintas categorías y grupos RUG, siendo la más frecuente la de "alteraciones conductuales". Se observaron diferencias significativas en las necesidades asistenciales de los distintos grupos, medidas en términos de diferencia del consumo de recursos asistenciales (tiempo de dedicación del personal de enfermería), con un consumo de recursos mayor en aquellas categorías más complejas. Conclusiones: el sistema RUG T-18 puede ser un sistema útil para la clasificación de pacientes psicogeriatricos en términos de conocer sus necesidades asistenciales y prever el consumo de recursos. En la población estudiada se observó una excesiva dispersión interna en los grupos, probablemente debida a limitaciones en el diseño no específicamente realizado para enfermos mentales.*

**Palabras clave:** Case-Mix. Resource Utilization Groups (RUG). Psiquiatría.

### Summary

**A classification system of patients in psychogeriatric: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18).** *This paper shows the application of a case-mix classification system (Resources Utilisation Groups T-18, RUG T-18) to a psychogeriatric sample. Methods: The system was applied to 163 inpatients of the Mental Hospital of Asturias, the average age was 65 years old and the average stay was of 30 years. Results: This system classified to the patients in several RUG categories and RUG groups, the more frequent category was "Severe Behavioural Problems". Significant differences in the care needs of the different groups were showed, measured in terms of the difference in consumption of care needs (time given by nursing staff); the more complex categories consumed more resources than the other. Conclusions: The RUG T-18 system can be useful to classify psychogeriatrics patients in terms of care needs and resources consumption. In this sample it was showed a high variability intragroup, this fact could be due to the classification system because initially, RUG T-18 were not achieved to assess mental patients.*

**Key words:** Case-Mix. Resource Utilization Groups (RUG). Psychiatry.

### Résumé

**Un système de classification de patients en psychogériatrie: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18).** *Le présent article étudie l'application à une population psychogériatrique, d'un système de regrou-*

---

\* Este trabajo ha sido primer premio en el I Premio de Investigación de Enfermería de Salud Mental OAL. Hospital Provincial de Castellón. (Noviembre-1998).

*pement de patients conçu pour prévoir les besoins en soins chez une population gériatrique (Resource Utilization Groups T-18, RUG T-18). Méthodes: Le système fut appliqué à 163 patients internés à l'Hôpital Psychiatrique des Asturies, présentant un âge moyen de 65 ans et une durée de séjour moyenne de 30 ans. Résultats: L'application du protocole donna lieu à la classification des patients en différentes catégories et en groupes RUG, celle la plus fréquente étant celle des "altérations de conduite". Des différences significatives furent observées sur les besoins en soins des différents groupes, mesures en terme de différence de consommation de recours de soins (temps consacré par le personnel d'infirmier) avec une consommation de recours plus élevée chez les catégories les plus complexes. Conclusions: Le système RUG T-18 peut être un système utile pour la classification de patients psychogériatriques en vue de connaître leurs besoins en soins et de prévoir la consommation de recours. Chez la population observée, une dispersion interne excessive fut observée dans les groupes, probablement à cause des limitations de la conception spécifiquement réalisée pour des malades mentaux.*

**Mots clés:** *Case-Mix. Resource Utilization Groups (RUG). Psychiatrie.*

## Riassunto

**Un sistema di classifica di pazienti in psicoterapia. Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18).** *Il presente articolo studia l'applicazione a una popolazione psicogeriatrica di un sistema di raggruppamento di pazienti progettato per prevedere le necessità assistenziali nella popolazione geriatrica (Resource Utilization Groups T-18, RUG T-18). Metodi: Il sistema fu applicato a 163 pazienti ricoverati nell'Ospedale Psichiatrico delle Asturie, con un'età media di 65 anni ed un periodo medio di ricovero di 30 anni. Risultati: L'applicazione del protocollo diede luogo alla classifica dei pazienti in varie categorie e gruppi RUG, la più frequente delle quali è quella delle "alterazioni dei condotti". Si osservarono differenze significative nelle necessità assistenziali dei vari gruppi, misurate in termini di differenza di consumo delle risorse assistenziali (tempo di dedizione del personale d'infermeria), con un maggior consumo di risorse nelle categorie più complesse. Conclusioni: il sistema RUG T-18 può essere un sistema utile per la classifica di pazienti psicogeriatrici per conoscere le loro necessità*

*assistenziali e per prevedere il consumo di risorse. Nella popolazione oggetto di studio si osservò un'eccessiva dispersione interna nei gruppi, dovuta probabilmente a limitazioni nel progetto non realizzato espressamente per ammalati mentali.*

**Parole chiave:** *Case-Mix. Resource Utilization Groups (RUG). Psichiatria.*

## Introducción

En los últimos años ha aparecido un movimiento a favor de la eficiencia en la práctica sanitaria, el cual, entre otros efectos, ha hecho que se preste atención a la necesidad de asignar adecuadamente los recursos sanitarios.

En el terreno de la hospitalización, las medidas de asignación de recursos a los diferentes establecimientos sanitarios se han ido humanizando con el tiempo. El cálculo de necesidades comenzó basándose en la estructura física de los establecimientos sanitarios (número de camas), posteriormente, en la cuantificación de los procesos intermedios (estancias) y, en la última fase, se han desarrollado sistemas basados en las características y situación de los pacientes (sistemas de "case mix")<sup>1,2</sup>.

Los sistemas de agrupación de pacientes o sistemas "case mix" tratan de estimar las necesidades reales de cada paciente, tomando como base el estado funcional del paciente y su situación clínica<sup>1</sup> y el objetivo de los mismos es permitir una asignación de recursos adecuada para la realización de una actividad clínica de calidad de forma eficiente. La lógica que guía su desarrollo es que las características de los pacientes permiten su clasificación en grupos con necesidades asistenciales similares y que, por tanto, presentarán un consumo de recursos similar<sup>3</sup>.

Uno de los sistemas más profusamente utilizado en nuestras instituciones sanitarias es el sistema GRD (Diagnostic Related Groups) que, como su nombre indica, utiliza el diagnóstico clínico como elemento de agrupación. Este sistema se centra, sobre todo, en el consumo de recursos y se ha venido utilizando como instrumento para la financiación hospitalaria. Por sus características, se ha mostrado poco válido para las unidades médicas de agudos y menos aún para las unidades que manejen a pacientes con estancias largas y que impliquen cuidados continuados<sup>4,6</sup>.

Estas unidades tienen características diferenciales con las unidades de hospitalización de agudos, el consumo de tecnología tiene menos impacto y el elemento cen-

tral de utilización de recursos es el tiempo de dedicación del personal de enfermería. Es por ello por lo que se han desarrollado distintos sistemas entre los que se encuentra el sistema RUG (*Resource Utilization Groups*)<sup>1,2,7</sup>, que se adapta a las condiciones de las unidades de larga estancia y que, por centrarse en la evaluación de las necesidades asistenciales, permite prever la dotación de recursos humanos en función de la tipología de los pacientes ingresados.

A lo largo del tiempo se han desarrollado cuatro versiones del protocolo, aunque su estructura general ha permanecido constante. La primera fue el *Resource Utilization Groups* (RUG)<sup>1</sup>, que repartía los pacientes en nueve grupos con necesidades de atención de enfermería similares. Más adelante, Schneider et al, en 1988<sup>8</sup>, revisaron este sistema y desarrollaron una segunda versión, el *Resource Utilization Groups* versión II (RUG-II), que aumenta los grupos a 16. En 1989, Fries et al publican el RUG-T18<sup>2</sup> (veinte grupos de pacientes) y en 1994 el RUG-III<sup>7</sup>, que amplió las posibilidades de agrupación de los pacientes hasta 44. En todas las versiones, la clasificación de pacientes se basa en el estado clínico del paciente y en su nivel de autonomía. El sistema RUG ha sido aplicado, sobre todo, en la hospitalización geriátrica<sup>9,10</sup> y en otros grupos<sup>11-13</sup> cuya característica es la de permanecer hospitalizados durante largos períodos de tiempo. En el caso de los pacientes psiquiátricos que precisan de ingresos de media-larga estancia, Kovess y Soyris<sup>14</sup> presentaron el sistema de clasificación RUG como alternativa a los GRD en las instituciones psiquiátricas francesas.

## Objetivos

1. Describir la casuística de una institución psiquiátrica de larga estancia a través del protocolo RUG.
2. Explorar si las categorías y grupos RUG son condiciones válidas para predecir las necesidades asistenciales diferentes, en términos de tiempo de atención de enfermería:
  - a) Evaluando si el consumo de recursos de cada grupo es diferente al consumo de los demás.
  - b) Evaluando si los consumos se distribuyen según un orden lógico, siendo los grupos más complejos los que más tiempo de enfermería consumen.
  - c) Evaluando la homogeneidad interna de los distintos grupos.

## Método

### Sujetos

La muestra está compuesta por los 163 pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias.

La distribución por sexos fue de 94 varones y 59 mujeres. Las edades de los internados presentaban un rango entre los 32 y 96 años, con un promedio de edad de 65 años. La estancia media de los pacientes en el centro fue de 30 años.

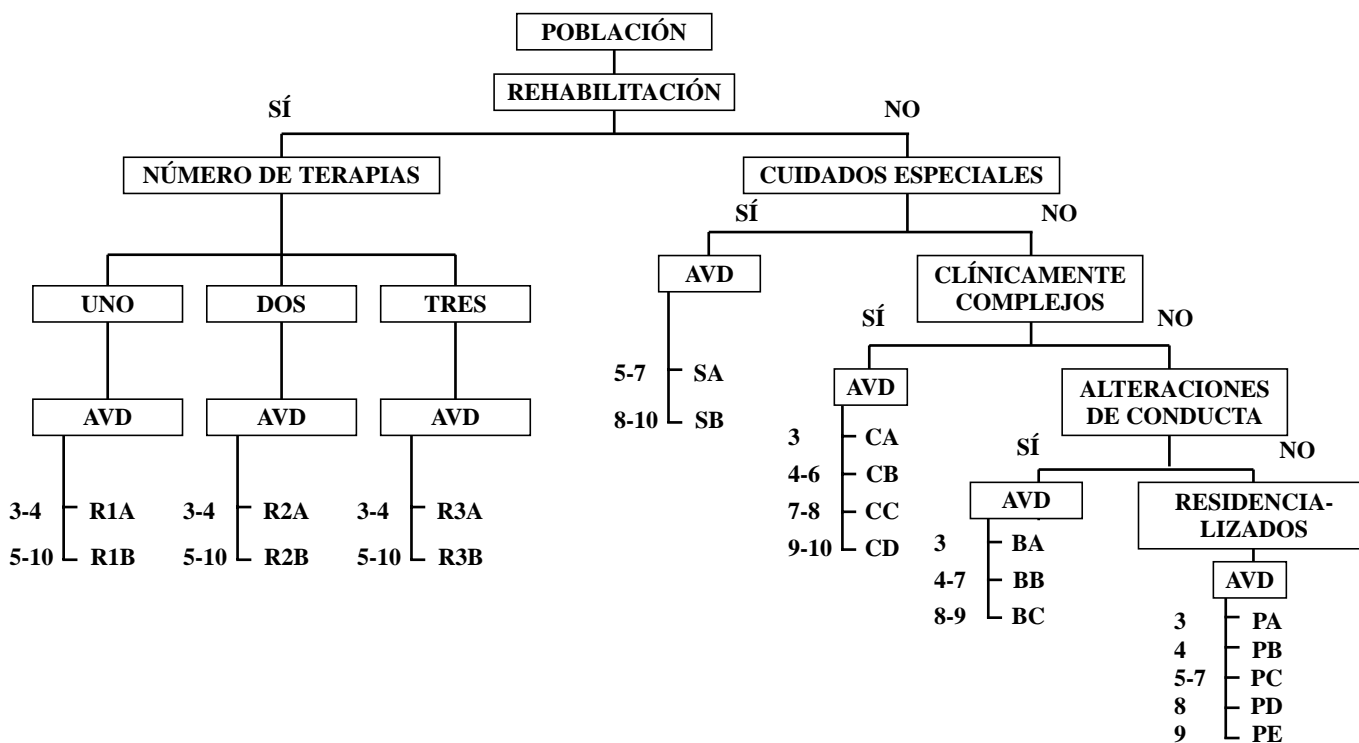
### Instrumentos

Se utilizó como método de la clasificación el *Resource Utilization Groups T-18* (RUG T-18)<sup>2</sup>. Sistema de clasificación que categoriza a los pacientes en grupos en función de dos dimensiones: la complejidad clínica y de la autonomía personal, de forma que cada grupo tendría un consumo de recursos diferente.

La primera dimensión clasifica a los pacientes atendiendo a la complejidad de su situación clínica y establece cinco categorías jerárquicas, lo que supone que, cuando un paciente reúne al menos un criterio para ser incluido en una categoría de rango superior, no es necesario buscar criterio de inclusión en el resto de las categorías. La jerarquía entre categorías se establece en el siguiente orden (de superior a inferior):

1. Rehabilitación: paciente que realiza rehabilitación durante más de 30 minutos/día. Se recogen el número y tipo de terapias realizadas (fisioterapia, terapia ocupacional y/o logoterapia).
2. Cuidados especiales: paciente que cumple alguno de los siguientes criterios: coma, úlceras de decúbito estadio IV, alimentación parenteral, cuadriplejía, esclerosis múltiple, aspiración, SNG, y tienen un índice de actividades de la vida diaria (AVD) mayor de cinco.
3. Clínicamente complejos: pacientes con criterios de cuidados especiales, pero un índice de AVD menor de cinco y los que cumplan, al menos, uno de los siguientes criterios: oxigenoterapia, transfusiones, úlceras y/o lesiones de quimioterapia, parálisis cerebral, ITU, hemiplejía, deshidratación, sangrado interno, terminales, úlcera de estasis, visita médica.
4. Alteraciones de la conducta: pacientes que presentan alguno de los siguientes criterios: agresión o insultos, conducta regresiva o alucinaciones.
5. Residencializados: la clasificación en este grupo se realiza por exclusión, incluyendo en él a los pacientes que no cumplen criterios de inclusión en ninguno de los grupos anteriores.

La segunda dimensión evaluada es la de AVD. El índice se calcula sumando las puntuaciones otorgadas a cada paciente en cada una de las tres actividades consideradas, que son: continencia (con tres niveles), alimentación (con cuatro niveles) y deambulación (con tres niveles).



**Fig. 1.** Estructura del sistema RUG-18. Los números que están al lado de cada grupo RUG indican el índice de actividades de la vida diaria

La agrupación final viene dada por la conjunción de la medida de ambas dimensiones, y tiene como resultado 20 posibles grupos de sujetos, que se comportarían de manera diferente en cuanto a la intensidad de cuidados precisada y, consecuentemente, en cuanto a la cantidad de recursos asistenciales consumidos.

Los grupos se denominan con códigos compuestos, en primer lugar por la letra de la categoría jerárquica a la que pertenecen (R, S, C, B o P) y, en segundo lugar, por una letra que indica el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (“A” incapacidad leve, “B” incapacidad moderada, “C” incapacidad severa, “D” incapacidad grave, o “E” incapacidad muy grave) (Fig. 1).

**Procedimiento**

En una primera fase, un grupo de DUE del Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias con entrenamiento específico en el uso del protocolo, recogió las características sociodemográficas de los sujetos, su situación clínica y su nivel de autonomía.

Posteriormente, el personal asistencial, sin conocer el resultado de la clasificación, registró durante una semana el tiempo asistencial dedicado a cada paciente por el personal de enfermería del centro (diplomados

universitarios de enfermería y auxiliares). El registro de tiempo se realizó en los tres turnos asistenciales (mañana, tarde y noche). Finalmente, se calculó un promedio diario de tiempo asistencial de enfermería consumido por cada paciente.

**Resultados**

**Clasificación de la población en grupos RUG**

La distribución de los 163 pacientes en las categorías RUG puede verse en la **Tabla I**.

Tabla I		
Distribución de pacientes según categorías jerárquicas		
Categoría	N	%
P: Rehabilitación	0	0
S: Cuidados especiales	2	1,2
C: Clínicamente complejos	18	11,1
B: Alteraciones de conducta	100	61,3
P: Residencializado	43	26,4
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

**Tabla II**

Distribución de pacientes según grupos RUG						
Grupo	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
SB	0	0	2	1,2	2	1,2
CA	5	3,1	1	0,6	6	3,7
CB	4	2,5	5	3,1	9	5,6
CC	2	1,2	1	0,6	3	1,9
BA	42	25,8	25	15,3	67	41,1
BB	15	9,2	18	11	33	20,1
PA	19	11,7	7	4,3	26	16
PB	3	1,8	4	2,5	7	4,3
PC	4	2,5	6	3,6	10	6,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>57,8</b>	<b>69</b>	<b>42,2</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Los 163 pacientes cumplían criterios de inclusión en sólo nueve grupos RUG, no incluyéndose ningún enfermo en los grupos restantes. El mayor número de pacientes se concentró en el grupo de las alteraciones conductuales (Tabla II).

No se observó asociación significativa entre la edad ( $\chi^2 = 12,23$ ;  $p = 0,14$ ), el sexo ( $F = 1,41$ ;  $p = 0,20$ ) y la pertenencia a un grupo RUG determinado.

El tiempo de auxiliares de enfermería consumido por los pacientes fue mayor en todos los grupos RUG respecto al de las enfermeras (Tabla III). En el tiempo asistencial se observa que sigue en general una gradación lógica, de forma que los grupos jerárquicamente superiores (con mayor complejidad) son los que tienen un mayor consumo de tiempo, tanto de DUE como de auxiliares. Otra forma de representar el peso relativo de

cada grupo en el consumo de recursos es a través de la medida del índice *case mix*<sup>2,7</sup>, que determina la complejidad relativa de cada grupo, relacionando el promedio de tiempo asistencial de cada uno con el promedio total de la población. En la Tabla IV se puede observar la gradación de consumos en los diferentes grupos RUG. Excepción hecha de la categoría rehabilitación (muy poco representada), el resto de las categorías se comportan, como cabría esperar, de forma que las jerárquicamente superiores precisan de mayor atención que las inferiores.

En la Tabla III también puede verse que los diferentes grupos RUG tienen un consumo de recursos significativamente diferente. Las diferencias en los tiempos de DUE fueron significativas ( $\chi^2 = 20,02$ ;  $p = 0,01$ ) y lo mismo sucedió con sus varianzas (estadístico de Levene = 27,91;  $p < 0,0001$ ). La diferencia entre grupos se mantuvo cuando se valoró el tiempo asistencial de auxiliares, tanto en sus tiempos medios ( $\chi^2 = 44,70$ ;  $p = 0,0001$ ) como en sus varianzas (estadístico de Levene = 14,68;  $p < 0,0001$ ); y lo mismo sucedió con el análisis del tiempo total.

La homogeneidad interna de los grupos medida por el coeficiente de variación se muestra en la Tabla V. Por lo común, tanto la muestra general (CV = 82%) como los grupos individuales resultaron ser poco homogéneos. Considerando una homogeneidad razonable la de aquellos grupos con coeficiente de variación menor del 50%<sup>7</sup>, vemos que el criterio sólo lo cumplen los pacientes residencializados con incapacidad severa (PC), residencializados con incapacidad en las actividades de la vida diaria leve (PA) y clínicamente complejos con incapacidad leve (CA).

**Tabla III**
**Consumo de tiempo asistencial (medias, desviaciones típicas)**

RUG-T18	Frecuencia	Enfermeras		Auxiliares		Total	
		Media	DE	Media	DE	Media	DE
Total	163	3,17	7,23	71,03	58,18	74,20	61,44
SB	2	28,57	40,4	108,06	115,26	136,63	155,66
CA	6	11,76	15,20	78,38	34,47	90,13	41,87
CB	9	10,79	11,11	202,72	127,93	213,51	131,58
CC	3	8,09	7,33	151,19	84,89	159,29	92,22
BA	67	2,05	3,54	51,08	28,21	53,85	28,97
BB	33	2,33	4,20	77,03	47,92	79,36	49
PA	26	1,29	4,01	45,86	18,78	49,02	19,55
PB	7	0,71	1,23	49,67	26,94	50,38	27,09
PC	10	1,43	4,52	101,20	39,64	102,63	39,39
<b>Prueba Kruskal-Wallis</b>		$\chi^2 = 20,02^*$		$\chi^2 = 44,70^{**}$		$\chi^2 = 44,05^{**}$	

\* $p \leq 0,01$ ; \*\* $p \leq 0,0001$

**Tabla IV**

Índices <i>case-mix</i> de los grupos RUG considerando el tiempo de DUE, auxiliares y total			
Grupos RUG*	DUE	Auxiliares	Total
SB	9,01	1,52	1,84
CC	2,55	2,13	2,14
CB	3,40	2,85	2,88
CA	3,71	1,10	1,21
BB	0,73	1,08	1,07
BA	0,65	0,72	0,73
PC	0,45	1,42	1,38
PB	0,22	0,69	0,68
PA	0,41	0,64	0,66

\*Los grupos RUG se han clasificado en escala descendente de complejidad

Para finalizar, se realizó un análisis de la relación existente entre las dos variables evaluadas como indicadores de consumo de recursos (tiempo de asistencia de DUE y tiempo de asistencia de auxiliares) (Tabla VI). La correlación se encontró en torno a 0,40 ( $p < 0,0001$ ), lo que indica que el consumo de tiempo asistencial se comporta de forma similar en ambos casos.

La única excepción a esta relación positiva se da en los pacientes residencializados con incapacidad severa (PC). En este grupo incluso se observa una correlación negativa, aunque no significativa estadísticamente.

## Discusión

En primer lugar, debe reseñarse que nos encontramos ante la aplicación de un instrumento de evaluación a una población para la que no fue específicamente diseñado.

El RUG fue diseñado para su utilización en instituciones de atención geriátrica y no en psicogeriatría, por lo que, desde el punto de vista formal, se observa un sesgo hacia la enfermedad física y quizás presenta poca sensibilidad a la hora de recoger características psíquicas del paciente.

Esta evidente limitación se compensa por la urgente necesidad que existe en psiquiatría y en psicogeriatría en particular, de abandonar la consideración de los pacientes que precisan de asistencia como un todo y diferenciarlos en función de sus necesidades asistenciales individuales de una forma rigurosa y comprensible. La importancia es doble: por un lado, del conocimiento de las necesidades individuales podrán surgir estrategias para su cobertura y, por otra, los recursos asistenciales disponibles se asignarán de forma más equitativa.

**Tabla V**

Coeficientes de variación de los grupos RUG en el tiempo total de enfermería		
Grupos RUG	n	Cocientes de Variación (C.V.)
PC	10	38%
PA	26	40%
CA	6	46%
PB	7	53%
BA	67	54%
CC	3	58%
CB	9	61%
BB	33	62%
SB	2	87%
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>82%</b>

**Tabla VI**

Correlaciones entre el tiempo asistencial de DUE y el tiempo de auxiliares en cada categoría RUG y en la muestra total		
Categoría RUG	Grupo	Correlaciones de Pearson
S: Cuidados especiales	SB	1 <sup>a</sup>
C: Clínicamente complejos	CA	0,32
	CB	0,29
	CC	1*
B: Alteraciones de conducta	BA	0,18
	BB	0,22
P: Residencializado	PA	0,07
	PB	0,1
	PC	-0,11
<b>Total</b>		<b>0,40**</b>

\* $\leq 0,001$ ; \*\* $\leq 0,0001$

<sup>a</sup>este resultado hay que ponerlo en cuestión debido al poco número de personas.

El enfermo mental crónico, como individuo con necesidades singulares que deben ser atendidas, precisa de un nivel de cuidados determinado. Por ello, disponer de un instrumento que permita la asignación de recursos con base científica, mejorará tanto la utilización eficiente de los mismos como la propia atención. Estos argumentos nos han llevado a evaluar el rendimiento de un instrumento como el Resource Utilization Groups (RUG T-18) en la población psiquiátrica.

A pesar de que existen versiones más nuevas del instrumento (RUG-III), se utilizó la versión RUG T-18 debido a que la magnitud de la población orientaba hacia un instrumento que tuviera un número de categorías menor y a que en la comunidad autónoma en otros

establecimientos se ha utilizado para la evaluación de los pacientes el RUG T-18, por lo que se abren posibilidades de comparación.

En primer lugar, debe hacerse hincapié en el hecho de que, aunque la población estudiada podría presumirse como homogénea por estar integrada por pacientes internados en un hospital psiquiátrico, existe una diversidad. Si bien es cierto que el grupo más numeroso fue el de los pacientes con trastornos de conducta, también existe una proporción de pacientes encuadrables en otras categorías con necesidades asistenciales diferentes.

En el caso de la correlación entre el consumo de recursos medido en términos de tiempo de DUE y de auxiliares, sí parece que la escasa representación de alguno de los grupos puede haber hecho que, a pesar de que en el conjunto de la muestra la correlación es positiva, no sea así en algunos grupos concretos.

No obstante, la correlación aumenta a medida que las categorías aumentan en complejidad, situación comprensible teniendo en cuenta que las situaciones clínicas integradas en las categorías más complejas precisan de actuaciones propias de los DUE, situación menos frecuente en aquellos pacientes con alteraciones que presentan modificaciones conductuales o en los residencializados, que, fundamentalmente, son subsidiarios de tutela y de actuaciones menos especializadas.

Como conclusión, podríamos decir que el RUG T-18 es un instrumento aplicable a la evaluación de necesidad de recursos asistenciales de la población de enfermos psicogeriátricos, siendo las limitaciones más importantes que se desprenden de este estudio un desarrollo excesivo de la recogida de datos somáticos y una escasa sensibilidad para recoger las condiciones psicopatológicas, lo que da lugar a la formación de grupos con necesidades de recursos demasiado dispersas.

## Bibliografía

1. Fries B, Cooney L. Resource Utilization Groups: A patient classification system for long-term care. *Medical Care* 1985;23(2):110-122.
2. Fries B, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18). *Med Care* 1989;27(9):843-58.
3. Carpenter GI, Turner GF, Fowler RW. Casemix for inpatient care of elderly people: rehabilitation and post-acute care. *Casemix for the Elderly Inpatient Working Group. Age Ageing* 1997;26(2):123-31.
4. Vladeck B, Kramer P. Case mix measures: DRGs and alternatives. *Ann Rev Public Health* 1988;9:333-359.
5. Turner G, Main A, Carpenter G. Casemix, resource use and geriatric medicine in England and Wales. *Age Ageing* 1995;24:1-4.
6. McGinnis G, Osberg J, Dejong G, Seward N, Branch L. Predicting charges for inpatient medical rehabilitation using severity, DRG, age and function. *Am J Public Health* 1987;77:826-829.
7. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care* 1994;32(7):668-85.
8. Schneider D, Fries B, Foley W. Case-mix measurement for nursing home payment: resource utilization groups (RUG-II). *Health Care Financing Review. Annual Supplement* 1988;39.
9. Carpenter GI, Main A, Turner GF. Casemix for the elderly inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) validation project. *Casemix for the Elderly Inpatient Working Group [see comments]. Age Ageing* 1995;24(1):5-13.
10. Álvarez Darriba E, Jiménez Muela F, López Álvarez E, Solano Jaurrieta J. Sistema de clasificación RUG-T18: aplicación en dos unidades hospitalarias de atención al anciano del Principado de Asturias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 1997;32(2):100-108.
11. Hogan AJ, Smith DW. Patient classification and resource allocation in Veterans Administration nursing homes. *ANS Adv Nurs Sci* 1987;9(3):56-71.
12. Smith ME, Baker CR, Branch LG, Walls RC, Grimes RM, Karklins JM et al. Case-mix groups for VA hospital-based home care. *Med Care* 1992;30(1):1-16.
13. Mehr DR, Fries BE, Williams BC. How different are VA nursing home residents? *J Am Geriatr Soc* 1993;41(10):1095-1101.
14. Kovess V, Soyris D. [Medical information departments and medical program of information systems in psychiatry. Feasibility and consequences]. *Encephale* 1994;20(1):37-45.
15. Fries BE, Mehr DR, Schneider D, Foley WJ, Burke R. Mental dysfunction and resource use in nursing homes. *Med Care* 1993;31(10):898-920.
16. Phillips CD, Hawes C. Nursing home case-mix classification and residents suffering from cognitive impairment: RUG-II and cognition in the Texas case-mix data base. *Med Care* 1992;30(2):105-16.

---

# ORIGINALES Y REVISIONES

## Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales

D. SIMÓN LORDA, I. GÓMEZ-REINO RODRÍGUEZ

Psiquiatras

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

### Resumen

Con el objetivo general de introducir una reflexión sobre los Programas de Interconsulta y Enlace con los Servicios de Obstetricia-Ginecología, se presenta una revisión acerca de las psicosis puerperales y algunos aspectos acerca de su concepto, clasificación y abordaje terapéutico-asistencial (introducción del hijo en el campo terapéutico, atención al padre, tutela de los hijos, problemas farmacológicos y somáticos, unidades madre-hijo, programas comunitarios...).

**Palabras clave:** Psicosis puerperal. Unidades de hospitalización madre-hijo. Psiquiatría perinatal. Psiquiatría de Interconsulta y Enlace.

### Summary

**Puerperal psychosis: Clinical and therapeutic aspects.** In order to reflect about Consult-Liaison Programs with Obstetric-Gynecology Services, a review about puerperal psychosis and some aspects as concept, nosology and clinical and therapeutic approach (relationship with the newborn, psychopharmacology and somatic dilemmas, Mother and Baby Units, Community services...) is made.

**Key words:** Puerperal psychosis. Mother and Baby Units. Perinatal psychiatry. Consult-Liaison psychiatry.

### Résumé

**Psychose puerpérale: Éléments cliniques et relatifs aux soins.** Avec l'objectif général d'introduire une réflexion sur les Programmes d'Interconsultation et de

*Liaison avec les Services d'Obstétrique-Gynécologie, une étude est présentée sur les psychoses puerpérales et quelques éléments sur leur concept, classification et approche thérapeutique et relative aux soins (introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique, traitement du père, tutelle des enfants, problèmes pharmacologiques, somatiques, Unités mère-enfant, Programmes communautaires...).*

**Mots clés:** Psychose puerpérale. Unités hospitalisation mère-enfant. Psychiatrie périnatale. Psychiatrie Interconsultation et Liaison.

### Riassunto

**Psicosi puerperale: Aspetti clinici ed assistenziali.** Con lo scopo generale di introdurre una riflessione sui Programmi di Interconsultazione e Connessione con i Servizi di Ostetricia-Ginecologia, si presenta una revisione sulla psicosi puerperale ed alcuni aspetti sul suo concetto, classifica ed abordaggio terapeutico-assistenziale (introduzione del figlio nel campo terapeutico, attenzione verso il padre, tutela dei figli, problemi farmacologici, sematici, Unità madre-giglio. Programmi comunitari...).

**Parole chiave:** Psicosi puerperale. Unità di ricovero ospedaliero madre-figlio. Psichiatria prenatale. Psichiatria Interconsultazione e Connessione.

### Introducción

Aunque el embarazo se ha considerado tradicionalmente como un período de relativo “bienestar” psíquico, sí parece demostrado que el puerperio es un período de especial incidencia de aparición de la patología psíquica. Las cifras de riesgo para desarrollar un trastorno psiquiátrico durante el embarazo, de 7,1 por 100.000

anualmente, frente a los 40,3 por 100.000 en el período postparto, son claramente más elevadas, incluso, que las de la población general (35,1 por 100.000)<sup>1</sup>.

El abordaje y manejo de los problemas psiquiátricos durante el embarazo y el puerperio, debe pivotar sobre programas de interconsulta y enlace especializados entre los servicios de salud mental y los servicios de obstetricia. Dichos programas son un área de asistencia e investigación en constante desarrollo y crecimiento, sobre todo en los países anglosajones<sup>1-12</sup>.

En algunos hospitales ingleses y americanos comienzan a aparecer secciones y departamentos de psiquiatría perinatal, y existe una asociación profesional e investigadora, llamada Marcé Society, que agrupa a investigadores y clínicos interesados en estos temas. Marcé fue uno de los primeros que dedicaron, en el siglo pasado, grandes esfuerzos investigadores en torno a la psicosis puerperal y a los problemas psiquiátricos en el embarazo<sup>3,13</sup>. En España, ya hace años que autores como Cabaleiro Goás, se acercaron al tema<sup>14</sup>, y en los últimos años han ido apareciendo trabajos y publicaciones<sup>15-23</sup> –aunque son trabajos de revisión o investigación– pero, que sepamos, no existe ninguna sección o programa especializado en psiquiatría perinatal en nuestro país.

En los diferentes estudios llevados a cabo en los servicios de psiquiatría de diversos hospitales españoles<sup>24-31</sup>, se aprecia que la demanda de interconsulta psiquiátrica proveniente de obstetricia y ginecología representa un porcentaje del total mayoritariamente bajo (aunque con excepciones, como las de Vaz, con un 12%)<sup>19</sup>. Es evidente que en ello influyen las características e idiosincrasia de los diferentes servicios que se involucran, pero muy posiblemente está relacionado con la existencia o no de programas de enlace con los servicios de obstetricia y ginecología, y con la dotación de dichos programas. Podemos tomar como cifra “patrón” la que nos da Stewart<sup>10</sup>, que dispone de un completo equipo de psiquiatría de interconsulta y enlace, compuesto por cuatro psiquiatras, dos residentes a tiempo completo, dos enfermeras, una terapeuta ocupacional y una asistente social. Este equipo, que atiende 700 camas de un hospital general en Toronto, comunica una cifra del 10% de peticiones del servicio de obstetricia y ginecología sobre el total de las peticiones de interconsulta del hospital; atienden las siguientes subáreas en su programa de enlace: adolescencia (anticoncepción, sexualidad...); infertilidad y aborto; problemas generales ginecológicos (contracepción, abusos sexuales, disfunción sexual, etc...); somatización ginecológica; problemas de la menopausia, cáncer, y embarazo y puerperio. Es esta última una de las que les supone un mayor volumen de trabajo clínico.

El objetivo del presente trabajo es presentar una revisión en torno a las psicosis puerperales, enmarcada dentro de un objetivo más genérico que es el de contribuir a introducir una reflexión y actualización de conocimientos en torno a los programas de interconsulta-enlace con los servicios de obstetricia-ginecología.

## Metodología

Se reseñan una serie de aspectos que nos han parecido relevantes al consultar la literatura reciente acerca de las psicosis puerperales. Se han utilizado para la realización del presente trabajo: 1) revisión bibliográfica utilizando el sistema Medline, incluyendo los años 1989-1997, de la que se han escogido aquellos trabajos que parecieron de mayor interés a los autores, y en donde se seleccionaron trabajos tanto relativos a las psicosis puerperales y postparto, como trabajos relacionados con la psiquiatría de interconsulta y enlace con los servicios de obstetricia y ginecología; 2) revisión bibliográfica de revistas, textos, comunicaciones y pósters a congresos en lengua castellana y que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda bibliográfica informatizada; 3) textos específicos relacionados con el tema en cuestión, como los de los autores ya clásicos e indiscutibles como Ian Brockington, Donna E. Stewart o Nada L. Stotland.

## Psicosis postparto-puerperal

### Concepto y aspectos nosológicos

Aunque las psicosis postparto se han estudiado desde los tiempos de Hipócrates, hoy por hoy no existe consenso acerca de su nosología y de su clasificación. En muchos países europeos se reconoció durante años un síndrome puerperal por excelencia, y era la llamada amencia. Se pensaba que era de origen psicógeno o reactivo, y que ocurría en mujeres con personalidad inmadura. El término “amencia” hace referencia a confusión y/o perplejidad, y viene de la literatura germana. Históricamente, ha sido reconocido como uno de los tipos de reacción exógena aguda de Bonhoeffer. Para muchos autores, la amencia ha sido considerada como el síntoma nuclear de las psicosis puerperales, entendidas en el sentido clásico.

Cabaleiro Goás<sup>32</sup> incluye la amencia como uno de los síndromes de reacción aguda de Bonhoeffer, dentro de los estados confusionales de la conciencia y, respecto de ellos, afirma lo siguiente: “La característica principal de estos casos es la incoherencia de ideas, que suele iniciarse con una ligera disgregación del pensamiento, muy próximo en su aspecto a la fuga de ideas, para

desembocar en una intensa incoherencia; el estado de ánimo se encuentra en una constante variación, de la ansiedad y perplejidad se pasa a la euforia o la irritabilidad. Por esta razón, algunos autores, basándose en la inconstancia y fácil mutabilidad que el enfermo muestra en este aspecto, califican su afectividad como de caleidoscópica. Con expresión de la alteración de la conciencia, el enfermo amencial se encuentra desorientado, sobre todo alopsíquicamente, no reconociendo a las personas que lo rodean, ni lo que sucede ante él. Su conducta es incoherente y confusa, al igual que su pensamiento, hallándose dominado por alucinaciones en todas las esferas sensoriales (especialmente auditivas y visuales), así como del sentido muscular, lo que coadyuva a deformar su mundo externo, llenándolo de componentes nuevos que lo sumen en la perplejidad y que se refleja casi siempre en el rostro del paciente produciéndole terror, ansiedad y, a veces, exaltación, a lo que suelen contribuir también ciertas representaciones delirantes de tipo persecutorio, hipocondríaco, místico...". De acuerdo con este concepto clásico de psicosis puerperales (y haciendo referencia a que existen cuadros de esquizofrenia, manía y depresión de presentación en el postparto), un autor holandés actual, Klompenhouwer<sup>7</sup>, las define como: cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto. Dicho cuadro clínico se caracteriza por:

- 1) Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales.
- 2) Trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (de asociaciones sonoras rápidas se puede pasar hasta el mutismo).
- 3) Oscilaciones de la afectividad (panansiedad alternando con felicidad extática), o trastornos afectivos más estables (depresión-manía).
- 4) Alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malidentificaciones e ilusiones.
- 5) Delirios y elaboraciones deliroides con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción...
- 6) Gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo: se ha denominado "caleidoscópico".

Para Klompenhouwer, que usa los criterios RDC en su trabajo (recoge 250 casos), la psicosis postparto tiene tres grupos fundamentales de manifestaciones fenomenológicas: afectivo, esquizoafectivo y psicosis funcional inespecífica. Cada uno de estos grupos se reparte

un 30% de la muestra, y la esquizofrenia no llega al 5% de los mismos. Con respecto a este último dato, Cabaleiro<sup>33</sup> consideraba cuadros esquizofrénicos desencadenados por el embarazo a un tercio de los casos de psicosis puerperal, la gran mayoría de tipo catatónico, y de estos casos, casi un 50% tenían antecedentes de brotes psicóticos o de enfermedad mental grave en la familia.

El concepto de Klompenhouwer es un concepto muy cercano al de las psicosis cicloides, que en las categorías de la RDC comparte elementos de la psicosis funcional inespecífica y del trastorno esquizoafectivo. Esta definición se corresponde casi exactamente con lo que autores franceses<sup>34</sup> describen en su trabajo dentro de los trastornos psíquicos puerperales en la categoría de psicosis delirantes agudas. Al igual que los holandeses, también describen la aparición de trastornos afectivos francos y estados esquizofrénicos.

Parece que éste es un concepto funcional que viene a rellenar la falla nosológica que existe entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos, y que se hace particularmente evidente en los trastornos psicóticos asociados al parto.

McGorry y Connell<sup>35</sup>, dos autores australianos, han revisado la literatura científica analizando estos modelos nosológicos para la psicosis puerperal. Para ellos, el elevado número de pacientes diagnosticados de trastorno esquizoafectivo es un argumento de peso en contra del modelo dicotómico y, al tiempo, el modelo de la tercera psicosis tiene un cierto apoyo de peso en la presencia de numerosos casos de psicosis cicloides en las pacientes puerperales, así como la presencia de numerosos síntomas atípicos (confusión y labilidad del humor) en las psicosis puerperales. Los estudios claramente muestran vulnerabilidad diferencial para los episodios puerperales, siendo los de mayor riesgo los casos de psicosis afectivas y cicloides.

Otro de los investigadores que ha dedicado años al estudio y a la asistencia a las pacientes con psicosis puerperal es Ian Brockington, un psiquiatra inglés que ha publicado varios volúmenes dedicados a la salud/enfermedad mental en la maternidad. En uno de sus últimos trabajos<sup>3</sup>, apunta una definición personal de la psicosis puerperal:

"Es una enfermedad severa cuyas características clínicas incluyen todas las variantes de la manía, psicosis cicloides o esquizofreniformes. Cumple criterios RDC, CIE o DSM para la manía, trastorno esquizoafectivo maníaco, esquizofrenia o psicosis funcional no especificada; o cumple los criterios de Perris para la psicosis cicloide. El comienzo ocurre en un período muy poco tiempo después del parto. Hace una serie de precisiones:

- a) Deben ser excluidas las psicosis asociadas con eclampsia, infección, privación de alcohol o con problemas del puerperio.
- b) Los pacientes con trastornos delirantes monosintomáticos y con psicosis psicógena deben ser excluidos.
- c) Si se decide incluir como tal a las psicosis depresivas, debieran restringirse a aquellas que presentan delirios, alucinosis verbal, confusión, estupor, catatonia o síntomas maniformes transitorios.
- d) El intervalo entre el parto y la aparición de la psicosis puede ser de 14 días, un mes o tres meses, dependiendo de los propósitos de las investigaciones. El intervalo de selección de tiempo es arbitrario, porque los límites temporales no son conocidos. Para el autor, debieran ser considerados los casos que aparecen en las dos primeras semanas, a fin de no contaminar las investigaciones de series de casos con otros diagnósticos.
- e) No es necesario que la madre esté libre de patología psiquiátrica durante el embarazo. Así, por ej., las personas con depresión preparto o síntomas neuróticos pueden ser incluidas, probando que en aquel momento no hubiera síntomas psicóticos.

Esta definición no quiere ser competitiva con ninguna otra de las existentes”.

La CIE-10 considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto; sin embargo, la DSM-IV sólo hasta cuatro semanas postparto.

## Datos epidemiológicos

El riesgo general es de uno-dos casos por cada 1.000 nuevos nacimientos. Se suelen describir algunos factores de riesgo. Así, se ha comprobado que el 50-60% de los casos ocurren en primíparas, y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales. Además, suelen aparecer en la historia antecedentes de trastornos del humor (unipolar o bipolar) y/o antecedentes de psicosis puerperal. En cuanto a los antecedentes familiares, un 50-60% de las mujeres afectadas tienen antecedentes familiares con trastornos afectivos.

## Etiología

El trastorno se supone como resultado de una combinación de factores fisiológicos y psicosociales. Resaltaremos los datos más importantes, ya reflejados en otros trabajos de revisión sobre el tema<sup>16,21</sup>.

- **Factores psicosociales.** Se barajan muchos datos e

hipótesis: madres solteras y primíparas (mayor riesgo), reducción del apoyo sociofamiliar en el período perinatal (sociedades occidentales), la relación con la pareja y con la propia madre.

- **Factores biológicos.** Vienen apoyados por los estudios genéticos y, actualmente, se relacionan con un mecanismo hormonal específico del puerperio: la disminución brusca de hormonas sexuales circulantes tras el parto provocaría un incremento en la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos cerebrales, lo que se ha intentado demostrar comprobando la respuesta de la GH incrementada a la inyección de apomorfina en pacientes con alto riesgo que desarrollan el trastorno. Los trastornos endocrinos que aparecen antes, durante e inmediatamente después del parto, son de una amplitud y de una rapidez únicas en la existencia. En efecto, en los días siguientes al parto, las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto. Por este hecho, muchas hipótesis hormonales han sido propuestas como el origen de las psicosis puerperales: unas se centran en las modificaciones de las tasas de progesterona y/o de estrógenos, otras valoran los cambios en el eje tiroideo, los cambios de las tasas de gonadotropinas, de prolactina, de corticoides circulantes. Ninguna hipótesis ha sido confirmada hasta ahora. Otras condiciones médicas relacionadas con el puerperio: infecciones, fármacos (escopolamina, meperidina), toxemia, pérdidas de sangre, etc., pueden desarrollar su papel.

Se han implicado las alteraciones del metabolismo de las indolaminas en la génesis de algunas enfermedades depresivas. En algunas enfermedades depresivas puede ser baja la síntesis de 5-OH triptamina cerebral y el precursor de la 5-HT central es el triptófano cerebral que, probablemente, deriva del triptófano libre en plasma. Se han comunicado niveles más bajos de triptófano libre en plasma en la depresión. En un trabajo Handley confirma, en las mujeres que han tenido un *blues* postparto severo, y en aquellas que están deprimidas seis meses después del parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento.

La investigación en la biología del sueño de mujeres embarazadas y en el postparto tiene interés por la prevalencia del sueño alterado en la fase prodrómica y clínica de los trastornos mentales del postparto. Los investigadores del sueño han informado de acusadas diferencias del sueño durante el embarazo y el período postparto, sobre todo una fase IV del sueño menor, que tardaba hasta un mes en volver a la normalidad.

Han planteado la cuestión de si estas alteraciones podrían precipitar la enfermedad en los individuos susceptibles, porque se ha informado de disfunciones cognitivas en sujetos con privación del sueño y las mujeres embarazadas con privación de sueño revelan una alteración cognitiva. Los investigadores también señalan que el reducido nivel de la fase IV del sueño se da también en los pacientes hipotiroideos y en las poblaciones de pacientes psicóticos.

- **Factores psicodinámicos.** La mayoría de los autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o, más a menudo, inconsciente que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, “rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal”. Se puede pensar, como Racamier, que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación simbiótica con su propia madre y con su hijo; está a favor de la identificación simbiótica de la madre con su hijo el que la rabia melancólica pueda conducir al dramático hecho de un suicidio e infanticidio. Aunque estas mujeres se sienten comprometidas con la experiencia de la maternidad, sus propias experiencias infantiles les han hecho rechazar a sus propias madres como modelo de identificación e imitación. La desaprobación de sus propias madres deja a estas mujeres carentes de un plan de acción en una situación que exige actuación, lo que les produce una emoción desagradable y confusión. Se fragmentan entonces sus sentidos de identidad y de competencia, son madres que no saben cómo actuar. Se sienten comprometidas con la maternidad, pero sus hijos no son capaces de especificar directrices para su cuidado, ofreciendo escaso reforzamiento positivo. En esta situación, la nueva madre se vuelve más dependiente de imágenes y planes de acción suministrados por sus propias figuras maternas significativas. Si su propia madre fue considerada modelo materno insuficiente, esta progresiva identificación suscita conflicto, porque la nueva madre, a su vez, se ha sentido rechazada. Esta identificación a menudo da lugar al rechazo del bebé por la madre.

Para Guyotat<sup>36</sup>, los trastornos psíquicos que aparecen durante el embarazo o en el nacimiento son originados por un conflicto que opone, en la madre, “el objeto imaginario de embarazo” y el niño deseado al niño nacido. La clínica de la psicosis postparto (negación delirante del niño o del matrimonio), la evolución favorable de estas psicosis gracias a la introducción o presentación del niño, conducen a concebirla como una

psicosis de filiación que subyace al fantasma de la filiación imaginaria narcisista (el niño no es más que el redoblamiento de la madre), negando la filiación real. Se señalan entre los antecedentes de estas pacientes graves alteraciones genealógicas (padre desconocido, desaparecido, relaciones incestuosas...) o acontecimientos traumáticos que tocan a la filiación (coincidencia muerte-nacimiento, niño muerto o malformado).

## Aspectos y áreas de interés clínico-asistencial

### Modelos de enfermedad y de conducta de enfermedad en la psicosis postparto/puerperal

Los tres modelos de enfermedad y de conducta de enfermedad más habituales (modelo médico, modelo de desarrollo y modelo de los sistemas sociales), deben ser considerados e introducidos en el manejo y acercamiento terapéutico en la atención a las psicosis postparto<sup>6</sup>:

*Modelo médico.* Es el más conocido y en el que se desarrolla el trabajo de los servicios clínicos. Va a ser de máxima utilidad en las fases agudas de la psicosis postparto, y sus concepciones son de elevada eficacia. Sin embargo, estas concepciones pueden llegar a ser problemáticas en fases más tardías del tratamiento. Por ejemplo, aunque la exención del papel maternal es muchas veces necesario mientras la madre está agudamente psicótica, si esta exención se mantiene en fases de resolución del cuadro psicótico puede conducir a una regresión. A veces, el balance entre una vigilancia discreta de la madre y una sobreprotección va a ser difícil de calibrar para todos los protagonistas que intervienen en el manejo del caso.

*Modelo de desarrollo.* Da la visión de la maternidad/paternidad como un paso en el desarrollo de la persona con tareas específicas. En cuanto una mujer adopta el papel de madre, y su pareja el de padre, van a encararse con una serie de demandas que les pueden causar estrés a ambos, tanto a nivel de pareja como individual.

La visión de ella misma, el *self* de la mujer, es cambiado a medida que ella intenta integrar su nuevo papel e identidad con sus relaciones e identidades previas. Cada madre se ve confrontada con la tarea de desarrollar su propia definición de la maternidad. Añadido a esto, ella y su cónyuge también se ven frente a cambios en su relación y con sus respectivas familias. Todas estas demandas, ciertamente, para nada son específicas de una mujer que sufre una psicosis postparto, pero la mujer enferma va a tener menor habilidad para afrontarlas, precisamente a causa de su enfermedad.

*Modelo de los sistemas sociales.* Cuando una nueva madre presenta un cuadro psicótico, un gran número de situaciones de tensión van a caer sobre sus relaciones habituales. Su enfermedad coloca un problema en su matrimonio, las relaciones con su familia de origen, con la gente que depende legalmente de ella y con otras fuentes del soporte social de una persona. Durante el postparto, la homeostasis de todos estos sistemas va a cambiar. El contexto social va a incluir también creencias culturales acerca de la maternidad y el parto, y que son de especial importancia cuando los sentimientos de la madre contradicen las normas culturales habituales en torno al parto. Cabaleiro<sup>37</sup> ya señaló en su tesis doctoral sobre “La medicina popular gallega”, la importancia que se daba al puerperio como causa de la enfermedad psíquica, sobre todo si la primera menstruación postparto tarda en presentarse o los loquios han sido copiosos, pues, en el primer caso, se teme que “la sangre mala suba al cerebro y provoque la enfermedad” y, en el segundo, la “debilidad” posthemorrágica sea la culpable de la eclosión de la psicosis.

### **Introducción del hijo en el campo terapéutico**<sup>3-6,20,36,38,39</sup>

La introducción del niño en el campo terapéutico es fundamental para la resolución del cuadro.

Racamier indica que mantener la separación madre-hijo hasta la curación de la madre es crear un *impasse*, o el riesgo de estancarse. El niño no es un compañero indiferente, y si es separado largo tiempo de la madre presentará las mismas reacciones de rechazo que complicarían el reinicio de las relaciones; al mismo tiempo, esta medida confirmará a la madre que no es capaz de amarlo. Las relaciones madre-hijo deben ser restablecidas con cuidado. El reinicio de los contactos y la participación en los cuidados del niño se harán progresivamente, para evitar los gestos agresivos y para respetar la justa medida en el acercamiento a su hijo que la madre sea capaz de soportar sin agustia. El equipo asistencial debe contar con una madre sustituta que cuidará de la madre y del niño, asegurando a la madre la posibilidad de una identificación afortunada.

La maniobra de introducción o presentación del hijo permite, según Guyotat<sup>36</sup>, distinguir dos formas clínicas:

a) Una psicosis de filiación de carácter confusional, que incluye falsos reconocimientos, desconocimiento del nacimiento real del niño e ideas delirantes de sustitución de robo de éste, a las que se añaden ideas suicidas o infanticidas. Existe alteración del estado general, que remite en pocos días o semanas con neurolépticos y/o con la presentación repetida y seriada del niño recién nacido “desconocido” a su madre.

b) Cuadros de esquizofrenia o psicosis con pérdida de los límites del yo, que suele cursar con mejoría del estado clínico durante el embarazo, a pesar de que éste no es vivido a nivel de la realidad. Son mujeres que no alcanzan a imaginar el hijo que está por venir, que no le preparan nada con anticipación, ni siquiera la ropa o un nombre. Se desentienden del niño cuando nace, pudiendo en ese momento sufrir una descompensación en un cuadro que, como estructura, estaba ahí presente con anterioridad. Aquí, la maniobra de presentación del hijo a su madre no va a ser útil.

### **Atención a otros familiares**

Para Arieti (citado en Docasar et al<sup>16</sup>), la paciente se identifica con su propia madre, que era una mala madre, y con su hijo, que es la víctima de una mala madre. Cualquier contacto humano incrementa sus sentimientos de incapacidad y su ansiedad. La familia es incapaz de ayudarlo. La familia consiste, generalmente, en tres personas y la paciente, y estas tres personas son percibidas como extraños. El primer extraño es el niño, quien es visto no como una fuente de amor, sino de ansiedad, al revelar su fracaso como madre. El segundo extraño es la madre de la paciente que, como en el pasado, es incapaz de ayudarlo; como una madre de hecho parece regañar a la paciente por su fracaso para ser madre y, paradójicamente, la paciente la ve a ella como un prototipo de mala madre. En muchos, pero no en todos los casos, hay un tercer extraño: el marido, quien también se encuentra atrapado en una situación en la que no sabe qué hacer; no puede expresar simpatía hacia una mujer que no se comporta como tal, una madre para su hijo. Intenta simpatizar con ella, pero se lamenta de su destino por casarse con semejante mujer. La mayor parte de las veces, la madre y el marido tratan de conciliar estos sentimientos, los reales y los convenientes hacia la paciente.

Eurico Figueiredo<sup>39</sup>, en una experiencia de tratamientos de psicosis puerperales en un hospital-centro de día en Suiza, orientaba el trabajo focalizándose en tres puntos:

1. Necesidad de preservar en la enferma una parte de su autonomía.
2. Necesidad de supervisión y desarrollo del trabajo institucional de enfermería en lo relativo al cuidado del dúo madre-hijo.
3. Necesidad de integrar al marido en el tratamiento.

### **Tutela de los hijos**

Intervención de los servicios sociales: los servicios sociales deben contactar con los familiares y valorar, junto con el psiquiatra encargado del caso, si la pacien-

te y su núcleo familiar podrán proporcionar cuidados y atención adecuados a su hijo. Es muy importante que haya buen flujo de información entre los servicios sociales y los psiquiatras, pues en la literatura consultada se aprecia que la custodia de los hijos la suelen decidir los servicios sociales o de protección de menores en las primeras semanas postparto, cuando las pacientes aún no están estabilizadas, y sin existir una observación o valoración clínica detallada de la interacción madre-hijo durante el tiempo en que ambos aún están en el hospital. Esto es importante tenerlo en cuenta ante pacientes con un cuadro de tipo esquizofrénico. Tal vez la falta de unidades madre-hijo dificulte esta valoración, aunque Kumar<sup>8</sup>, que trabaja en una unidad de estas características que ya tiene una cierta experiencia, se lamenta en uno de sus últimos trabajos de que en la actualidad no existen métodos mínimamente sistematizados que valoren o predigan un riesgo para el niño, o si este riesgo será por la impulsividad o por negligencia de la madre.

### Lactancia y uso de psicofármacos

La literatura consultada insiste en que cada caso debe considerarse de forma individual, valorando riesgos y beneficios. En general, se recomienda evitar la lactancia en pacientes que tomen psicotropos hasta que los riesgos sobre el recién nacido se estudien más a fondo. Los psicofármacos (neurolepticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, antiépilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicotropos varían enormemente y dependen de cada fármaco y del metabolismo materno. Wisner<sup>40</sup> concluye que los antidepresivos amitriptilina, nortriptilina, desipramina, clormipramina, dothiepinga y sertralina, no se encontraron en la leche materna en cantidades significativas y que no se han comunicado efectos adversos, por lo que podrían ser fármacos de elección en mujeres que quieran realizar la lactancia materna. También comunica que se han descubierto efectos secundarios en hijos de pacientes que tomaron fluoxetina y doxepina mientras le daban el pecho a sus hijos. Las benzodiazepinas no son fácilmente metabolizadas por los infantes pequeños, y su uso en mujeres que amamantan puede provocar letargo, el deterioro de la regulación térmica e ictericia en el infante. Idealmente, se debería estimular a las madres a dejar de dar de mamar si necesitan medicación; sin embargo, si una madre insiste en seguir la lactancia —excepto en el uso de benzodiazepinas en los infantes muy pequeños—, no hay una contraindicación absoluta a darle medicación. Si el médico tiene acceso a servicios que puedan supervisar la litemia en los bebés, es incluso posible que las mujeres que ingieran litio sigan amamantando<sup>41</sup>.

### Unidades de hospitalización madre-hijo

Aunque suele existir acuerdo en que la madre y el niño no debieran ser separados cuando el niño enferma, esta postura es mucho menos clara cuando la madre es la que está enferma, particularmente si está afectada de una enfermedad mental grave como una psicosis. Es por ello que se han desarrollado las unidades madre-hijo, para tratar de dar una respuesta asistencial a este problema. Uno de los pioneros en Europa fue Baker, en 1959, en Sutton (Inglaterra), con una unidad de ocho camas para madres con esquizofrenia<sup>38</sup>.

Son servicios hospitalarios que aspiran a dar respuesta a los problemas y necesidades de las madres mentalmente enfermas, así como a sus hijos recién nacidos. Suelen ofrecer o tener varias funciones que se superponen, al menos, parcialmente: a) el tratamiento y rehabilitación de madres que desarrollan una psicosis aguda en el postparto, con una buena expectativa de recuperación; b) el tratamiento y rehabilitación de mujeres que acaban de dar a luz pero que ya tenían una enfermedad grave de tipo crónico, y en cuyos casos el pronóstico ya no es tan favorable; c) la valoración de riesgos (actuales o potenciales) para el niño dentro del contexto de una enfermedad mental materna, con todos sus problemas asociados<sup>8,38</sup>. Existe una importante experiencia y tradición de hacer ingresos conjuntos madre-hijo en todos los países en la órbita de Inglaterra y la Commonwealth, aunque también hay experiencias en EE.UU. y Europa<sup>4,7,42</sup>. Son unidades que dan servicio a un importante grupo de pacientes, lugares seguros para el niño y con una buena calidad de atención, en opinión de los usuarios.

Según algunos estudios<sup>3,8</sup>, aproximadamente un 20% de las pacientes que ingresan en estas unidades madre-hijo tienen diagnóstico de esquizofrenia, en comparación con las psicosis afectivas (54%) y trastornos no psicóticos (24%). Comparando estos tres grupos, se ve que no hay diferencias en aspectos como la duración del ingreso (en torno a casi nueve semanas), pero que hay datos destacables como los siguientes: a nivel sociodemográfico, el desproporcionado número de madres solteras existente entre las pacientes con esquizofrenia. En el 70% de las pacientes con esquizofrenia, la enfermedad había comenzado ya antes del embarazo. El 50% de las pacientes con esquizofrenia pierden la custodia o tutela de los hijos en el momento de ser dadas de alta del hospital (en el grupo de las psicosis afectivas esto ocurre en el 8%, y en otro grupo en un 4% de los casos).

### Servicios de psiquiatría comunitaria ante las psicosis en el embarazo y el puerperio

Como antes apuntamos, una adecuada atención a estos casos se completa con una buena red de servicios

comunitarios que nos permita evitar el ingreso hospitalario en lo posible y el seguimiento de la madre y de los hijos una vez dados de alta. Las madres que son hospitalizadas por motivos psiquiátricos en el puerperio suelen ser dadas de alta en el plazo de uno o dos meses; sin embargo, estudios de seguimiento de estas madres a lo largo de un año comunican que la mayoría de estas mujeres no se encuentran totalmente recuperadas hasta unos tres a seis meses después de ser dadas de alta<sup>8</sup>. Es un grupo al que se deben ofrecer cuidados especiales, a menudo en el propio domicilio, y no un seguimiento rutinario post-alta en la consulta. En este seguimiento, debieran incluirse los hijos de las madres que han sufrido una enfermedad psiquiátrica grave en el embarazo y/o puerperio, pues es un área en la que apenas hay datos o estudios controlados sobre las consecuencias directas o indirectas de la enfermedad materna sobre ellos.

Desde hace años se van comunicando experiencias de tratamientos en centros de día de cuadros psicóticos en el embarazo y de psicosis puerperales, tratando conjuntamente a la madre y al bebé. Figueiredo<sup>39</sup> desarrolló ya hace más de 20 años una experiencia de este tipo en un centro de día suizo (pero con una nutrida elevada dotación de profesionales, algo poco frecuente en los hospitales de día españoles que conocemos).

En EE.UU.<sup>9</sup>, o en Inglaterra<sup>3</sup>, se han desarrollado unos servicios comunitarios especializados en tratar inicialmente psicosis puerperales en el propio domicilio, y que con el tiempo se han ampliado a otro tipo de patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Así, por ejemplo, en el Servicio de Brockington<sup>3</sup> atendieron 400 casos en 1994, y se ingresaron en su Unidad Madre-Hijo a 75 pacientes.

## Evolución y curso posterior

En lo que se refiere al curso posterior de la psicosis puerperal, solamente es posible arriesgar un pronóstico sobre la base de los antecedentes. El riesgo de padecerla, si la paciente tiene antecedentes de psicosis maníaco-depresiva o cicloide, es de un 47%. Si se trata de esquizofrenia, 24%; y si el único antecedente es una psicosis puerperal, el riesgo de recaída alcanza el 17%. Las pacientes psiquiátricas corren el alto riesgo de presentar recaídas puerperales, pero también de sufrir reagudizaciones no puerperales. A veces, el episodio puerperal es único dentro del curso típico de una enfermedad mental conocida. En otras ocasiones, los episodios puerperales se entremezclan con los no puerperales, que presentan las características típicas de la enfermedad de base. Pero existen dos grupos de pacientes que sustentan la existencia autónoma de la psicosis puerperal y que hay autores<sup>35</sup> que opinan que

debieran ser estudiados en profundidad. Son los formados por aquellas mujeres que presentan exclusivamente episodios de psicosis puerperales: los casos de único episodio y los casos recurrentes, pero siempre con ocasión de los puerperios. Este grupo “puerperal puro” está integrado por mujeres de mayor edad y mejor nivel socioeconómico que los de las demás enfermas psiquiátricas que presentan alguna psicosis puerperal; la duración de los internamientos es más breve y el cuadro más leve. El curso posterior muestra una pronunciada tendencia a que las recaídas se vuelvan infrecuentes o desaparezcan. Las primíparas son afectadas con más frecuencia que las múltíparas. Se trata aquí, subrayan, de características opuestas a las de las enfermas psiquiátricas con episodios puerperales. De todas formas, es imposible saber en un primer episodio, y careciendo de antecedentes, a qué grupo pertenece una determinada puérpera, ni tampoco si el evento es propio de una psicosis puerperal “verdadera” (ya sea única o recurrente), o va a constituir la primera manifestación de una psicosis.

## Conclusiones. Comentario final

El embarazo y el parto son acontecimientos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, pero pueden ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio emocional en algunos casos. Aunque el período de postparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan. Ateniéndonos a un enfoque maximalista, debiera tratar de advertirse a las mujeres embarazadas que el *blues* del postparto y la depresión postnatal son las complicaciones psiquiátricas más comunes del alumbramiento. Sin embargo, pensamos que pese a que todas las mujeres corren algún riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico postparto, conseguiríamos adelantar mucho en la prevención del desarrollo de la patología psíquica tan sólo con prestar un mínimo seguimiento y atención a aquellas mujeres embarazadas que tengan antecedentes personales o familiares de problemas psiquiátricos emocionales, que carezcan de apoyo en su ambiente o que sobrelleven acontecimientos estresantes.

Dentro de la patología psiquiátrica del puerperio, la psicosis puerperal es una de las más graves y que mayor carga asistencial y de cuidados va a conllevar, tanto para el núcleo familiar en el que aparece dicho cuadro psicótico, como para el equipo psiquiátrico que asuma el caso. La atención a la paciente con psicosis puerperal engloba una serie de aspectos clínico-asistenciales que debemos conocer y tener en cuenta: diagnóstico, curso posterior, modelos de enfermedad, introducción del hijo en el

campo terapéutico, atención a la familia en conjunto, uso de psicofármacos, hospitalización madre-hijo, tutela de los hijos, cuidados y servicios comunitarios.

Esperemos que este artículo pueda servir de punto de partida para una actualización en los conocimientos acerca de la patología psiquiátrica perinatal (y, más específicamente, la psicosis puerperal), y que al tiempo sirva para revisar qué tipo de asistencia se le está dando actualmente a esta patología en la red de servicios de salud mental públicos (en centros de salud mental comunitarios, unidades de hospitalización de agudos, hospitalización parcial, programas de interconsulta-enlace) de nuestro país.

## Bibliografía

- Nurnberg HG. An overview of somatic treatment of Psychosis during pregnancy and postpartum. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:328-338.
- Appleby L et al. The psychiatrist in the obstetric unit: establishing a liaison service. *Br J Psychiatry* 1989;154:510-515.
- Brockington I. *Motherhood and mental health*. London: Oxford University Press; 1996.
- Durand B et al. Analyse rétrospective de 130 dossiers cliniques d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant. *L'Information Psychiatrique* 1994;70(1):9-15.
- Forcier KJ. Management and care of pregnant psychiatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing* 1990;28(2):11-16.
- Guscott R, Steiner M. A multidisciplinary treatment approach to postpartum psychoses. *Can J Psychiatry* 1991;6(8):551-556.
- Klompouwer JL, Van Hulst AM. The classification of postpartum psychosis: a study of 50 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:224-261.
- Kumar R et al. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affective Disorders* 1995;33:11-22.
- Miller L. Chicago Women's Program: Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness. Gold Award 1996 APA. *Psychiatric Services* 1996;47(10):1108-1111.
- Stewart DE, Lippert GP. Psychiatric Consultation - Liaison services to an obstetrics and gynecology department. *Can J Psychiatry* 1988;33(4):285-9.
- Cohen LS, Heller VL, Rosebaum JF. Treatment guidelines for psychotropic use in pregnancy. *Psychosomatics* 1989;30(1):25-33.
- Stewart DE, Stotland N, eds. *Psychological aspects of women's health care (The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology)*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
- Marcé LV. *Traité de la Folie des Femmes Encintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices*. París: Bailliére; 1858. (La referencia está extraída de Brockington [1996]).
- Cabaleiro Goás M. Las psicosis puerperales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica* 1955;2(1):43-52.
- Tomás Pérez A et al. Depresión postnatal. *Anales de Psiquiatría* 1991;7(7):299-304.
- Docasar L, García MC, Simón D. Psicosis en el embarazo. *Revista Siso/Saúde* 1992;19:24-66.
- Quintanilla MA, Gómez R, Olza I. Evolution of the puerperal psychosis: with regard to a case. X Congreso Mundial Psiquiatría, Madrid; 1996. Mimeografiado Poster.
- Gutiérrez M et al. Tratamiento somático de los trastornos del humor en el embarazo. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P. *Avances en trastornos afectivos*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996. pp. 487-499.
- Simón Lorda D. La paciente esquizofrénica durante el embarazo. En: Lamas S, Simón D, eds. *La esquizofrenia hoy*. Tomo I. Santiago de Compostela: Asociación Gallega de Saúde Mental; 1997. pp. 169-184.
- Masson O. Las crisis familiares perinatales. *Medifam* 1997;7:314-320.
- Moure Moure R. Las psicosis puerperales. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias* 1997;1(1):55-65.
- Poch J. Evaluación y diagnóstico de la depresión pre y postparto: diferentes perspectivas. *IMP. Psiquiatría* 1992;IV(1):48-9.
- Blanes T, Roca M. Trastornos depresivos en Obstetricia y Ginecología. En: Roca M, Bernardo M, eds. *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Masson; 1996.
- Blanco Lobeiras JM et al. La interconsulta psiquiátrica: un estudio de 100 pacientes. *Revista Siso/Saúde* 1995;26:19-23.
- Docasar L, García MC, Simón D et al. Interconsulta psiquiátrica hospitalaria en obstetricia-ginecología. Comunicación Oral. VI Congreso Europeo. Association of European Psychiatrists. 1992; Barcelona.
- Docasar L et al. Estudio descriptivo de la Unidad de Interconsulta en el Hospital General. VI Anuario de la Asociación Gallega de Psiquiatría. Publicaciones Científicas 1995. Lugo: Diputación de Lugo; 1996. pp. 21-31.
- Rodríguez López A. Epidemiología psiquiátrica en hospitales generales gallegos. En: *Actas XV Congreso Sociedad Española de Psiquiatría* 1983, Tomo II: 20-4.
- Rodríguez López A et al. Valoración objetiva del comportamiento de los servicios hospitalarios ante la problemática psiquiátrica. En: Congreso Internacional "Psiquiatría de Hospital General" 1983, Madrid. Comunicación oral. Mecanografiado.
- Vaz Leal F et al. Psiquiatría de enlace en el Hospital General: Aplicación a la práctica de un modelo teórico. *Rev A.E.N.* 1989;IX(30):363-379.
- Vázquez-Barquero JL. La unidad de interconsulta y enlace en el Hospital General. Una perspectiva asistencial, docente e investigadora. *Rev A.E.N.* 1985;5(14):299-312.
- Seva A et al. Los problemas psíquicos en el hospital general. Su epidemiología. *Comunicación Psiquiátrica* 1978;3(79):38-71.
- Cabaleiro Goás M. *Temas psiquiátricos*. Madrid: Paz Montalvo; 1966.
- Cabaleiro Goás M. *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*. Madrid: Paz Montalvo; 1961. pp. 226-228.
- Lemperière T et al. *Troubles psychiques liés à la puerperalité*. *Enciclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie* 1984;4, Sig.37.660 A(10):1-12.
- McGorry P, Connell S. The nosology and prognosis of puerperal psychosis: A review. *Comprehensive Psychiatry* 1990;31(6):519-534.
- Guyotat J. *Mort, naissance et filiation*. Masson: Barcelona. En: Lamas S. *Reseña de libros*. *Revista Siso/Saúde* 1992;18.
- Cabaleiro Goás M. *La psiquiatría en la medicina popular gallega*. Madrid: Universidad de Madrid; 1953. Tesis Doctoral, mecanografiado.
- Bakker AA et al. Admitting schizophrenic mothers with their babies. *Lancet* 1961;29(7):237-239.
- Figueiredo E. Contribuição a patogenia e tratamento dos episódios esquizofrénicos puerperais. En: Figueiredo E, ed. *O chapeu reclame de cigarros (Contribuição pra una psicoterapia institucional)*. Porto: Afrontamento; 1977. pp.97-105.
- Wisner KL et al. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996;153(9):1132-1137.
- Robinson GE. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos postparto. *International Psychiatry Today En Español* 1995;4(4):6-8.
- Nezalof S, Bizouard P. Articulation des hospitalisations conjointes mère-enfant avec le réseau médicosocial. *L'Information Psychiatrique* 1994;70(1):49-55.

---

## ORIGINALES Y REVISIONES

# Las residencias extrahospitalarias como alternativa al ingreso de los pacientes crónicos: una evaluación desde el punto de vista de los costos

A. L. DE C. FONSECA

Gerente Financiero del Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira. Campiñas  
São Paulo. Brasil

**A**ntes de iniciar cualquier discusión sobre costos es preciso definir claramente cuál es el punto central de la cuestión. Un énfasis excesivo en la reducción de los costos, que parece ser la tónica general de la programación económica, nos puede desviar del objetivo principal de nuestra actividad que es el de encargarnos del bienestar de las personas, reconociendo el derecho de los pacientes, particularmente de los psiquiátricos, de ser bien tratados y cuidados. Enfatizamos tal preocupación por los pacientes psiquiátricos porque éstos constituyen una minoría (junto con algunas otras) particularmente desposeída de poder contractual y, por tanto, con poca o ninguna capacidad de hacer respetar sus derechos fundamentales de persona y ciudadano.

La reducción de los costos como meta posee un límite claro, que tiene que ver con establecer parámetros mínimamente aceptables de calidad del servicio asistencial que ha de ser prestado. Si pretendemos defender una cierta excelencia en la prestación de esos servicios, nos damos cuenta de que un determinado nivel de calidad puede ser ofrecido por un conjunto variado de estructuras con costos diferentes. Es decir, que una cierta calidad implica un costo mínimo, por debajo del cual la calidad quedaría seriamente comprometida, pero un servicio caro no es necesariamente un servicio de buena calidad. No se trata de buscar pura y simplemente la reducción de los costos, sino de optimizar la utilización de los recursos disponibles. El desafío permanente consiste, por tanto, en mejorar tanto la calidad de la asistencia, como el número de personas atendidas, sin que eso implique necesariamente aumentar la cantidad de recursos asignados.

Podemos identificar por lo menos tres preguntas que son básicas para discutir la cuestión de los costos en el área de la salud. La primera pregunta es: ¿cuánto cuesta mantener una plaza/cama? Para mantener una plaza

en condiciones de ser ocupada conforme a las necesidades, toda la estructura asistencial tiene que estar previamente montada –los profesionales contratados, la hostelería en funcionamiento y todas las demás actividades de soporte aptas para ser desarrolladas–. Este costo existe de antemano, independientemente de la presencia real del paciente. El gasto que supone la entrada de cada nuevo paciente puede ser considerado poco significativo en relación con el costo de la estructura propiamente dicha, en el cual los recursos humanos (principalmente en el caso de los hospitales psiquiátricos) constituye el ítem de mayor peso (entre el 75 y el 80% del costo total).

La segunda pregunta es: ¿cuál es la tasa de ocupación de las plazas disponibles? Si en una estructura organizada para atender a 200 pacientes al día sólo se atienden 50, es obvio que se estarían desperdiciando un gran número de recursos. Una de dos: o concluimos que la demanda de esta área asistencial no pasa en la realidad de 50 pacientes al día, lo que implicaría una reducción de la capacidad, o existen casos en que, por una serie de razones, no consiguen ser encaminados a esta unidad asistencial. De cualquier forma, es deseable operar con una tasa media de ocupación en torno al 90%.

La tercera pregunta es: ¿quién ocupa esas plazas? Ésta es una preocupación absolutamente fundamental cuando se trata del sistema público de salud. Cuanto mayor sea el tiempo que un mismo paciente ocupa una cama, por pequeño que sea el costo de la misma, mayor será el costo efectivo de este paciente para el sistema público de salud. Es decir, que cuando se cuenta con recursos limitados, atender a un mismo paciente durante mucho tiempo implica atender a un menor número de pacientes.

La tasa de ocupación de plazas disponibles y el número de pacientes que se atienden dentro de un determi-

nado período componen lo que podemos llamar “tasa de rotación de los pacientes”. Cuanto mayor sea la tasa de giro de los pacientes por las plazas disponibles en el sistema de salud, menor será el costo medio por paciente lo cual, volvamos a recordar, significa que un número mayor de pacientes estará siendo atendido por el mismo conjunto de recursos disponibles. En otras palabras, si debemos preocuparnos de la calidad de la asistencia prestada a los pacientes que son atendidos en el sistema de salud, de la misma forma no podemos ignorar el derecho de aquellos que se encuentran igualmente necesitados de atención, pero que continúan fuera del sistema por falta de plazas disponibles.

Esta discusión afecta de manera especial a los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos. En el Cándido Ferreira tenemos cerca de 140 pacientes en estas condiciones. Son 140 camas que están siendo monopolizadas por el mismo grupo de pacientes. Podemos considerar que en torno al 90%, en principio, sólo serán liberadas para nuevos pacientes a partir del fallecimiento de sus actuales ocupantes.

Hay varias cuestiones aquí involucradas. El mantenimiento de la asistencia a estos pacientes no deja de constituir una obligación resultado de la deuda que toda la sociedad tiene con ellos, en la medida en que fue el propio sistema de asilo psiquiátrico tradicional el que los apartó de la familia, de la comunidad de origen y de cualquier posibilidad de reinserción social. Por cierto, que estos pacientes representan un excelente negocio para la psiquiatría privada que ha vivido y vive a costa del dinero público: forman una clientela cautiva (¡literalmente!) y, como ya señalamos, desposeída de poder contractual, por lo que pueden ser sometidos a cualquier condición de tratamiento (lo más barato posible) y, ¡por supuesto!, asegurándose una tasa de reingreso sumamente atractiva a costa de los recursos del Estado.

En Brasil se da, además, una paradoja: el “enfermo mental” en una institución como el Cándido Ferreira, por ejemplo, tiene una calidad de vida mejor, en muchos aspectos, que los familiares, amigos y vecinos de buena parte de los funcionarios que los atienden. La condición de “enfermo” muchas veces es la forma de recuperar una cierta dignidad en cuanto que persona y ciudadano, que está lejos del alcance de una gran parte de la población, igualmente desposeída y, sin embargo, “no enferma”. No es por azar que tengamos casos de ex-pacientes que vuelven por cuenta propia intentando internarse, al tiempo que funcionarios que se indignan con las exigencias de respeto por los pacientes que la institución impone, el mismo respeto que muchas veces no se sienten en condiciones de reivindicar para sí mismos.

Estas constataciones ponen de manifiesto dos necesidades imperiosas. La primera, que no existan “nuestros” pacientes y los “otros”. En definitiva, las personas que están “del lado de fuera” tienen los mismos derechos que las que están dentro. Esto quiere decir que nuestras acciones dentro de las instituciones tienen que ser siempre determinadas por esta valoración más amplia de la situación de la sanidad y de la salud mental en particular, en Campiñas, en São Paulo, en Brasil y en el mundo. La segunda exigencia en este momento es iniciar (o proseguir con mayor determinación) la construcción de un modelo común de la sanidad, y de la salud mental en particular, con todos los sectores que abordan directamente la complicada situación social de Brasil, en el sentido de permitir la construcción de parcelas más definidas y eficaces desde el punto de vista de la optimización de los recursos disponibles.

En este punto es ejemplar el convenio que el Hospital Cándido Ferreira ha establecido con la FUMEC (Fundación Municipal de Educación Comunitaria, vinculada a la Secretaría Municipal de Educación), del cual resultó el Centro Cultural Cándido/FUMEC, cuya principal actividad es propiciar el acceso de los adultos a la educación básica, no sólo para los pacientes y funcionarios de la institución, sino también para la demanda de la propia comunidad en la cual está la institución. Definitivamente, la salud mental por sí misma no podrá hacerse cargo de los desafíos de la rehabilitación social de aquellos que demandan su ayuda.

Pero, volviendo a la realidad de que los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos representan, sin duda, un costo considerable para el sistema público de salud, aunque sólo sea por el hecho de ocupar permanentemente la misma cama por pequeño que sea el costo de mantenimiento de la cama en sí misma y considerando, por otro lado, que los derechos humanos de estos pacientes, como personas y ciudadanos, deben ser respetados integralmente, la pregunta que se plantea inmediatamente es: ¿existen alternativas?

Podemos decir que los pacientes crónicos generalmente poseen un cuadro relativamente estable, puntuado por alguna crisis. Si el hospital en cuanto tal, cualesquiera que sean sus características, puede ser definido como un local en el que un conjunto de recursos se encuentran particularmente concentrados con el fin de que sea apto para desarrollar formas de tratamiento intensivas desde el punto de vista de la utilización de esos recursos, existe una contradicción entre la intensidad característica del equipamiento hospitalario y la demanda predominantemente duradera de estos pacientes. Se puede decir, exagerando, que los crónicos no necesitan propiamente de un “tratamiento” sino fundamentalmente de un “acompañamiento”. De la contra-

**Tabla I**

**Esquema básico del costo de una casa para cinco personas**

Descripción	Valor*
Alquiler	600,00
Cuentas de agua, luz y gas	100,00
Alimentación	400,00
Medicación	140,00
Mantenimiento de materiales de la casa (3 años)	50,00
24h/mes acompañante terapéutico (nivel universitario)	198,70
60h/mes acompañante terapéutico (nivel medio)	206,40
4h/mes psiquiatra	52,16
TOTAL RESIDENCIA/MES	1.747,26
TOTAL RESIDENCIA/MES	8.049,45

dicción entre las características intensivas de la oferta de tratamiento típica de un hospital y las características de la demanda de tratamiento mantenido por parte de estos pacientes crónicos, se impone la conclusión de que el hospital psiquiátrico puede no ser el equipamiento más adecuado para albergarlos.

Es desde esta perspectiva que el proyecto de residencias extrahospitalarias desarrollado por el Cándido Ferreira se presenta en toda su importancia y dimensión. Con base en la experiencia acumulada resultado de la implantación de un total de 11 residencias, presentamos un esquema básico del costo de una casa para cinco personas en la Tabla I.

Debemos considerar también un costo inicial de implantación de una residencia, correspondiente a la adquisición de los electrodomésticos (cocina, nevera, plancha y licuadora), adquisición del mobiliario básico y de los utensilios domésticos que estimamos en 1.800,00 y cuya reposición está prevista en el capítulo de mantenimiento descrito anteriormente.

Si tenemos en cuenta el valor que se paga por la AIH integral (692,40 RS), que presumiblemente ya no cubre el costo actual de un internamiento hospitalario, pues se trata de un valor definido a mediados de 1996 sin haber sido reajustado desde entonces, verificamos que el costo de un paciente en la residencia extrahospitalaria equivale hoy al 50% de aquel valor.

El número de horas técnicas previstas para el acompañamiento de las residencias cubre la mayor parte de las demandas terapéuticas del grupo de pacientes allí instalados, siendo relativamente pocos aquellos que necesitan utilizar otros recursos. Del grupo total de 140 pacientes crónicos en el Cándido Ferreira, cerca de 30 son pacientes geriátricos, con un alto grado de dependencia física y/o psiquiátrica, los cuales deberán permanecer en el propio servicio. De los 110 restantes, apenas 15 van a requerir un acompañamiento de dos a tres veces por semana en el CAPS o en el hospital de día y 48 ya se encuentran viviendo en las once residencias instaladas.

Para tener una idea más exacta de cómo el cambio afecta al coste medio por paciente en las diferentes formas de asistencia presentamos un cuadro comparativo en la Tabla II.

**Tabla II**

**Coste medio por paciente en las diferentes formas de asistencia**

Ingreso/día = 23,08 => Costo anual = 8.308,80 (base AIH = 692,40 /mes)
Número de pacientes/cama (anual) = 18 (Rotación 18/1)
Media de permanencia/año = 20 días
Costo medio por paciente atendido/año = 8.308,80 /18 = 461,60
Crónicos /día = 23,08 => Costo anual = 8.308,80
Número de pacientes/cama (anual) = 1 (Rotación 1/1)
Media de permanencia/año = 360 días
Costo medio por paciente atendido/año = 8.308,80 /1 = 8.308,80
Coste residente extrahospitalario/día = 11,65 => Costo anual = 4.194,00
Número de pacientes/plaza (anual) = 1 (Rotación 1/1)
Media de permanencia/año = 360 días
Costo medio por paciente atendido/año = 4.194,00/1 = 4.194,00

\* 1 real : 99,20 ptas.

La diferencia de 4.114,80 entre el costo de un ex-crónico en una residencia extrahospitalaria y el costo de un crónico mantenido en el hospital psiquiátrico permitiría la atención de, como mínimo, 8,9 pacientes más al año en la plaza liberada por el primero manteniendo el mismo nivel de gasto. Es decir, el mismo recurso que anteriormente atendía a un único paciente durante un año se vuelve capaz de atender hasta 10 pacientes en el mismo período. Si consideramos períodos de tiempo más largos como base del cálculo de giro de los pacientes, la diferencia se vuelve todavía más manifiesta. Al cabo de dos años habremos consumido 16.617,60 reales con un mismo paciente crónico dentro del hospital en vez de haber costado su manutención en una residencia por el mismo período (8.388,00 reales) y atendido a 17,8 pacientes más en la plaza liberada por él en el hospital. Al final de tres años, un único crónico en el hospital habrá costado 24.926,40 reales, mientras que el mismo recurso habría mantenido este crónico en una

residencia extrahospitalaria por 12,582,00 reales y atendido a 26,7 pacientes más, y así sucesivamente. Por último, si el proyecto de residencias extrahospitalarias representa para los pacientes cronificados de instituciones psiquiátricas una posibilidad inequívoca de reinserción en la comunidad y de recuperación de un grado considerable de autonomía, una posibilidad, en fin, de reconquista de una vida más plena, permite, por otro lado, una considerable reducción de los costos implicados en el mantenimiento de estos mismos pacientes lo que para el sistema público de salud significa obtener una mayor capacidad de asistencia para el mismo número de recursos. Es un proyecto, por tanto, que asocia paradójicamente una considerable mejora de la calidad de vida de estos pacientes, en todos los aspectos, y una reducción, igualmente considerable, de los costos implicados. Como decíamos arriba, no es necesariamente el proyecto más caro aquel que asegura las mejores condiciones de tratamiento.

## La ofensiva privatizadora sobre el sistema sanitario

M. SÁNCHEZ BAYLE

Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

### Resumen

*Existe una ofensiva desde el Gobierno para la privatización del Sistema Nacional de Salud. Esta ofensiva, que tiene la característica de no producirse frontalmente, sino de una manera silente y solapada, está socavando los principios fundamentales del actual sistema sanitario.*

*La concreción de la misma se realiza en varios terrenos. La ruptura del aseguramiento, potenciando a los seguros privados, y el papel de las mutuas en el control de la incapacidad laboral; la limitación de las prestaciones mediante la exclusión de algunos fármacos de la financiación pública y, sobre todo, la privatización de la provisión sanitaria.*

*Este último aspecto se está llevando a cabo mediante: primero, la separación de la financiación y la provisión de asistencia sanitaria; después, fragmentando la red sanitaria pública en multitud de microempresas con autonomía de gestión (consorcios, fundaciones, sociedades, empresas, etc.) y, después, permitiendo la presencia progresiva de los intereses económicos privados en las mismas.*

*Esta dinámica, en el ámbito de las propuestas neoliberales, lleva a una mercantilización de la asistencia sanitaria por la que la salud pasaría de ser un derecho a convertirse en una mercancía, con las consecuencias negativas que ello tiene para la atención a los problemas de salud de la población.*

**Palabras clave:** Privatización. Aseguramiento. Prestaciones sanitarias.

### Summary

**The privatising assault on the health system.** *The Government has mounted an offensive to privatise the*

*National Health Service. This is not being done head-on but rather covertly and surreptitiously, undermining the basic principles of the existing health system.*

*This is taking shape in a number of fields, e.g. with the breakdown in insurance, the promotion of the private insurers, and the role of the mutual welfare societies in the controls on job incapacitation, limitations on benefits by ending the public financing of some drugs and, in particular, the privatisation of health care services.*

*This last aspect is being implemented first with the splitting of funding and health care provision, then by fragmenting the public health network into a multiplicity of small enterprises with management autonomy (consortiums, foundations, companies, other enterprises, etc.), eventually allowing private financial interests to enter them.*

*This dynamic, in the realm of neo-liberal principles, commercialises health care, converting health from a right into merchandise, with negative consequences for attention to the public's health problems.*

**Key words:** Privatisation. Insurance. Health Services.

### Résumé

**L'offensive de privatisation sur le système sanitaire.**

*Il existe une offensive du Gouvernement pour la privatisation du Système National de Santé. Cette offensive qui a la particularité de ne pas se produire ouvertement, mais dans le silence et d'une façon dissimulée, porte atteinte aux principes fondamentaux du système sanitaire actuel.*

*Elle est matérialisée sur divers terrains. La rupture de l'assurance, en renforçant les assurances privées, et le rôle des mutuelles dans le contrôle de l'incapacité professionnelle; la limitation des prestations par l'exclusion de certains médicaments du financement public*

*et surtout, la privatisation de l'approvisionnement sanitaire.*

*Ce dernier élément est réalisé en premier lieu par le biais de la séparation du financement et de la prestation d'assistance sanitaire en fragmentant ensuite le réseau sanitaire public en une multitude de micro-entreprises, etc.) et en deuxième lieu en permettant la présence progressive d'intérêts économiques privés au sein de ces dernières.*

*Cette dynamique, dans le domaine des propositions néo-libérales amène une commercialisation de l'assistance sanitaire où la santé passerait d'être un droit à se transformer en une marchandise, avec toutes les répercussions négatives qui s'ensuivent sur le traitement des problèmes de santé des personnes.*

**Mots clés:** *Privatisation. Assurance. Prestations sanitaires.*

## Riassunto

**L'offensiva per la privatizzazione del sistema sanitario.** *Esiste un'offensiva dal Governo per la privatizzazione del Sistema Nazionale di Salute. Questa offensiva che ha la caratteristica di non prodursi frontalmente, ma in una forma silenziosa e dissimulata, sta scalzando i principi fondamentali dell'attuale sistema sanitario.*

*Questo si concretizza in vari terreni. La rottura dell'assicurazione, potenziando le assicurazioni private, ed il ruolo delle mutue nel controllo dell'incapacità lavorativa; la limitazione delle prestazioni mediante l'esclusione di alcuni farmaci del finanziamento pubblico; e soprattutto la privatizzazione della previsione sanitaria.*

*Quest'ultimo aspetto viene realizzato mediante: primo la separazione dal finanziamento e dalla previsione d'assistenza sanitaria e frammentando la rete sanitaria pubblica in una moltitudine di microimprese con autonomia di gestione (consorzi, fondazioni, società, aziende, etc.) e permettendo successivamente in esse la presenza progressiva degli interessi economici privati. Questa dinamica, nell'ambito delle proposte neoliberali, porta a una commercializzazione dell'assistenza sanitaria per cui la salute passerebbe ad essere un diritto a convertirsi in un prodotto con le conseguenze negative implicite per l'attenzione ai problemi di salute per la popolazione.*

**Parole chiave:** *Privatizzazione. Assicurazione. Prestazioni sanitarie.*

## Introducción

Los últimos años estamos viviendo una ofensiva privatizadora en la Sanidad del Estado Español. Esta ofensiva, que no ha hecho sino comenzar, supone el más serio intento de desmantelamiento de nuestro sistema sanitario realizado en los últimos 50 años. Un análisis, por breve que éste pretenda ser, de los problemas que enfrenta el sistema sanitario español ante el próximo siglo, precisa de su enmarque en las políticas económicas y en las tendencias sanitarias que ahora se desarrollan a escala del Estado español y a nivel internacional. Por supuesto, no es posible en este artículo realizar dicha tarea en profundidad.

## El marco ideológico y el económico

La ofensiva del neoliberalismo se sustenta de una manera muy importante en la penetración de unas nuevas referencias ideológicas que pretenden conseguir una hegemonía, no sólo política y económica sino, además, intelectual, consciente de que para su mantenimiento precisa de una base social suficiente, convencida e identificada con su proyecto de sociedad. Algunas de estas referencias han sido el llamado "fin de la historia", el "darwinismo social", las teorías del "adelgazamiento del Estado" y el "pensamiento único". Todas ellas fomentan el individualismo frente a la solidaridad y la comunidad.

El marco económico se ha centrado en políticas de privatización del sector público, disminución del gasto público, desmantelamiento del Estado del Bienestar y la desregulación de la economía y la vida social avanzando en la desregulación de la economía, lo que ha favorecido un incremento del paro, de la economía sumergida y del subempleo<sup>1</sup>. El aumento de la beneficencia ha sido una de las respuestas ante el notable empeoramiento de las condiciones de vida de los sectores económicamente más débiles y la necesidad de mantener un mínimo de cohesión social (crecimiento de organizaciones informales y no gubernamentales, de voluntariado, etc.). Si bien es obvio que en estas entidades subyace un principio solidario de intentar ayudar a las personas con más necesidades, también debería serlo que, por su mediación, se están traspasando labores que deberían correr a cargo del Estado a entidades particulares, y que se está transformando lo que eran derechos en objeto de caridad y/o compasión, con lo que esto supone de retroceso en la configuración de la sociedad.

## El retroceso de los planteamientos neoliberales. La prueba de la práctica

Según los teóricos de la globalización y el pensamiento único, todo debían ser éxitos y parabienes. No obstante, la prueba de la práctica está demostrando cosas muy distintas. Bien porque los ciudadanos son más reuñentes de lo que deberían en aceptar las bondades de los nuevos profetas, bien porque éstos están más cerca del voluntarismo que de la realidad, lo cierto es que se ha producido de manera casi generalizada un cierto retroceso en las políticas neoliberales, no tanto en su entorno ideológico como en su plasmación en actuaciones concretas, que han tenido que atemperarse ante las resistencias que han encontrado.

La expansión económica que viven los países desarrollados choca con los problemas de subdesarrollo permanente en que vive la mayoría del planeta y la profunda crisis de los países que adoptaron los modelos del neoliberalismo “puro”, y en Europa se ha producido un retroceso en las actuaciones más impopulares del neoliberalismo “puro y duro” y un ascenso político de la socialdemocracia. En Asia, los llamados “tigres” han fracasado y están sumidos en una profunda crisis, y es que el desarrollo basado en la desregulación y la ausencia de derechos sociales ha demostrado carecer de la necesaria cohesión social y consenso democrático como para poder ofrecer una sociedad estable, lo que también se ha visto en los países “ex-comunistas”. Por eso, el papel del Estado del Bienestar se ha desvelado crucial en el desarrollo económico y social, pues aunque quizás no permita unas ganancias tan importantes a corto plazo, sí consigue un desarrollo económico sostenido.

## Las propuestas sanitarias del neoliberalismo

Las propuestas en el terreno sanitario del neoliberalismo son una aplicación práctica de las que hace en los ámbitos generales: desregular, privatizar y que los sujetos asuman sus propios problemas de salud, sacándolos de la órbita de la protección social<sup>2</sup>. Estas propuestas se concretan en los países de Europa, en los que existe una amplia experiencia de servicios sanitarios públicos y de cobertura universal, en otras que sirven a manera de transición entre los sistemas actuales y los que se quiere alcanzar.

### 1. Incremento del gasto sanitario privado

La filosofía que soporta estas propuestas está en la aseveración de que cualquier servicio que es gratuito tiende a ser mal utilizado, “derrochado” por los ciudadanos, que carecen de conciencia de su coste y que favorecerán un incremento exponencial de la utilización innecesaria de los servicios sanitarios. Para “evitar” este fenómeno, se trataría de incrementar la “responsabilidad” de las personas en el acceso a los servicios sanitarios mediante el establecimiento de sistemas de precios que permitieran la autorregulación del mercado sanitario.

Básicamente, se han propuesto dos tipos de medidas: la exclusión de la financiación pública de algunas prestaciones, que correrían en su totalidad a cargo de los ciudadanos, y la imposición de tasas o mecanismos de copago para todas o parte de las prestaciones de los sistemas sanitarios.

El primer mecanismo se utilizaría mediante la definición de catálogos de prestaciones, más o menos restrictivos. El segundo mecanismo, las tasas y/o copagos, suponen el cobro a los usuarios de determinadas prestaciones del sistema sanitario en el momento del uso. Los resultados de la implantación de mecanismos de copagos son bien conocidos: fomentan la inequidad, penalizan a las personas más enfermas y/o con menos recursos económicos, dificultan el acceso a prestaciones necesarias para las personas con menos ingresos, y no disminuyen la demanda innecesaria en los sectores con economía saneada sino que, incluso, se ha señalado que podrían aumentarla<sup>3,4</sup>.

### 2. Privatización del aseguramiento

Un segundo bloque de las propuestas neoliberales tiene que ver con la privatización del aseguramiento, que se plantea de maneras diversas, bien la gestión por parte de compañías privadas de los seguros que, en todo o en parte, son financiados con fondos públicos, bien el aseguramiento en entidades privadas, directamente favorecido por sistemas de desgravación fiscal. El objetivo último sería conseguir, como sucede en EE.UU., que las compañías de aseguramiento privadas fueran quienes controlen la mayoría del aseguramiento, dejando espacios residuales, en cantidad y en calidad, para la cobertura por el aseguramiento público (en el caso de EE.UU., el Medicare y el Medicaid).

Los problemas de estas propuestas son de dos tipos. El primero tiene que ver con la selección de los riesgos que hace que los mayores incentivos de cualquier compañía estén no tanto en la eficiencia de su funcionamiento como en conseguir la “expulsión” o la no admisión de los asegurados con mayores riesgos y, por lo tanto, no rentables para el seguro<sup>5</sup>. La presencia de

seguros públicos y privados en concurrencia produce el desplazamiento de los mayores riesgos hacia el sector público en detrimento de su rentabilidad, como se ha observado en el modelo MUFACE<sup>6</sup>.

El segundo problema es el incremento de los gastos de gestión y administración que son propios de estas entidades y que, o bien encarecen el coste de la atención sanitaria, o empobrecen los recursos disponibles para la misma.

### 3. Establecimiento de un mercado sanitario

Las propuestas que se centran en la creación de un mercado sanitario pivotan sobre el argumento de que los sistemas sanitarios públicos están excesivamente esclerotizados, favorecen los comportamientos oportunistas de las burocracias internas (sean gestores o profesionales), no tienen en cuenta las necesidades de los clientes (no es casual el desplazamiento de los términos desde el paciente, al usuario y luego al cliente) y, a la postre, son ineficientes.

Para evitar estos males se pretende implantar un mercado sanitario que, en teoría, favorecería la asignación eficiente de los recursos y dejaría en manos de los clientes, de sus preferencias, la potenciación y/o desaparición de los centros y servicios que se adecuen más a las necesidades. Es evidente que el paradigma del mercado sanitario (EE.UU.) demuestra que su aplicación práctica lleva al desastre<sup>7</sup>.

Los problemas del mercado sanitario han sido analizados múltiples veces, por lo que sólo haré un recuento de los mismos: asimetría de la información y relación de agencia de los profesionales de la salud (lo que hace ilusoria en la práctica la capacidad de los clientes-ciudadanos para decidir sobre la utilización de la mayoría de los servicios sanitarios); incertidumbre y variabilidad de la enfermedad (si los servicios sanitarios se dirigen sólo a la demanda presente, pueden carecer de respuesta a problemas infrecuentes y/o inesperados); externalidades (que hacen que, en ocasiones, el interés de las personas afectadas no sea el único a considerar a la hora de su asistencia, por ej., el caso de las enfermedades infecto-contagiosas); incremento de los gastos administrativos que se detraen de la asistencia; tendencia a la utilización innecesaria de la tecnología; incremento de la llamada "medicina de complacencia", etc. Por todos estos motivos se considera que el mercado y la competencia chocan con obstáculos muy importantes a la hora de su aplicación en el terreno sanitario<sup>8,9</sup>.

Por otro lado, existen diversas versiones del mercado sanitario, básicamente el llamado mercado interno (dentro del propio sector público) y el mercado mixto (público-privado). Este último, que es el objetivo de los gobiernos conservadores, produce una transferencia de

capitales desde el sector público al privado merced a la necesidad que el primero tiene de asegurar la asistencia en todas las circunstancias y de todas las patologías<sup>10</sup>. El primer paso para la instauración del mercado sanitario es la puesta en marcha de la separación de la financiación y la provisión, que teóricamente permitiría una mayor eficiencia, una disminución del papel del Estado y una mayor descentralización de las decisiones y mayor capacidad de elección. Sin embargo, la experiencia, tanto en Gran Bretaña como en EE.UU., demuestra que, por contra, significa un incremento de los costes administrativos, un reforzamiento de las posiciones de poder de los tecnócratas, un debilitamiento del Estado del Bienestar y mayores trabas a la capacidad de elección real de los ciudadanos<sup>11</sup>.

### 4. Privatización de la provisión

La consecuencia lógica de las anteriores propuestas es la privatización de la provisión de servicios sanitarios, que la ideología neoliberal pretende que son económicamente más eficientes que los servicios públicos. Este hecho contrasta con la experiencia en nuestro país y a nivel internacional, que ha sido incapaz de demostrar que la provisión de los servicios sanitarios por el sector privado, a iguales niveles de calidad y prestaciones, sea más eficiente.

### 5. La mercantilización de la salud

En el fondo de todos estos planteamientos, late una cuestión esencial como es la mercantilización de la salud. Se trata de un nuevo paradigma que no busca la consecución de la salud de la población y, por lo tanto, la realización de aquellas actuaciones que avancen hacia ella (asistencia sanitaria, prevención, promoción, rehabilitación), ni la autorresponsabilidad de la población sobre su propia salud, sino, por el contrario, la consecución de beneficios económicos con la asistencia sanitaria. Los efectos negativos de esta ideología son evidentes; para la población, porque verá preterida su atención a la consideración de la rentabilidad o no rentabilidad de ésta y, por lo tanto, favorecerá la creación de segmentos de población desatendidos (el caso de EE.UU. es ejemplificador), y para los profesionales de la salud, porque deteriora sus condiciones de trabajo, significará la presión de los gestores-aseguradores sobre su práctica profesional y producirá una profunda desmoralización y desmotivación en unas profesiones cuyo componente de altruismo y solidaridad es tan importante<sup>12</sup>.

### 6. La experiencia internacional

La aplicación de estas propuestas a la práctica concreta de diversos países permite tener una visión más ajustada de los problemas que generan y de su capacidad para

resolver aquellas cuestiones cuya solución se suponía que era su razón de ser. Por supuesto, hacer un análisis pormenorizado de cada país y de cada caso concreto resulta imposible; por eso, voy a circunscribirme a algunos comentarios sobre los países que me parecen más significativos y/o cercanos al nuestro, no tanto en lo geográfico sino en las características del sistema sanitario. El caso de EE.UU. es bien conocido, y también es el modelo “puro” de funcionamiento del mercado, la competencia, así como el que tiene el mayor porcentaje de gasto privado de los de la OCDE (60%). Los resultados son muy esclarecedores, existe una cobertura muy limitada (37 millones de personas carecen de seguro y 50 millones más están subprotegidos), el gasto sanitario por persona y en relación al PIB es el mayor del mundo (supera el 14%) y hasta un 20% del gasto sanitario se dedica a costes administrativos<sup>7</sup>.

Otro ejemplo es el de los países “ex-comunistas”, a los que las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional llevaron al desmantelamiento de sistemas sanitarios basados en modelos del Servicio Nacional de Salud, hacia un modelo de seguros. El resultado ha sido una crisis gravísima de la situación sanitaria, con la quiebra de los seguros públicos, un empeoramiento de las condiciones de salud y asistenciales de la población y el retroceso de todos los indicadores de la salud.

Por fin, hay que hacer referencia a la experiencia en Gran Bretaña y los países nórdicos, experiencia que tiene un especial interés porque se trata de la introducción de modelos de competencia y mercado en servicios nacionales de salud de los países desarrollados, donde se han demostrado los fallos del mercado y la competencia a nivel práctico, y donde, en palabras de Saltman y Figueres en el Informe sobre las Reformas Sanitarias de Europa: “en la actualidad existe un importante movimiento de vuelta de las posiciones más radicales –incentivos de mercado– a la original de coordinación y cooperación planificadas del sector público”<sup>13,14</sup>.

## Las propuestas de la derecha para el sistema sanitario

A partir de las elecciones de 1995, con el triunfo del PP y su Gobierno apoyado por CiU, PNV y Coalición Canaria, por primera vez después de la transición hay en nuestro país un proyecto político de derechas hegemónico en el Estado y en la mayoría de las CCAA, y este hecho es de una importancia crucial.

El acuerdo parlamentario de diciembre de 1997 sobre “Consolidación y modernización del SNS”<sup>15,16</sup> aprobado con sus votos, a pesar de sus vaguedades terminológicas,

señala con bastante claridad cuáles son las vías por las que pretende avanzar la derecha en el terreno sanitario. Sólo hacer referencia a algunas cuestiones centrales:

### Ruptura del aseguramiento

El acuerdo abre la posibilidad de la ruptura del aseguramiento al señalar que se debe “precisar en el marco del aseguramiento público, el papel a desarrollar por las distintas entidades, especialmente por las actuales mutualidades administrativas, en la gestión y provisión del aseguramiento y la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas existentes”, lo que abre la puerta al papel de las aseguradoras privadas, con financiación pública, en la línea del modelo MUFACE, cuya puesta en funcionamiento tendría efectos devastadores para el SNS.

### Financiación autonómica inadecuada

Los criterios de financiación autonómica que se expresan en el acuerdo, posteriormente desarrollados en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, suponen una clara discriminación entre las CCAA, a las que se financia no en razón de sus necesidades de salud, sino de la población y de su capacidad para tener infraestructuras previas y peso político<sup>17</sup>.

### Aumento del gasto sanitario privado

El acuerdo señala la posibilidad de poner en marcha sistemas de tasas y/o copagos en determinadas áreas (por ej., la asistencia sociosanitaria), así como el que las CCAA tengan capacidad de financiar determinadas prestaciones de manera aislada con cargo a sus presupuestos, lo que podría augurar una situación en la que exista un catálogo básico de prestaciones para todo el SNS y que las demás prestaciones no recogidas en él fueran financiadas por algunas CCAA o por los propios ciudadanos.

### Creación de un mercado sanitario y privatización de la provisión

Se fomenta la separación de la financiación y provisión, la puesta en funcionamiento de los centros sanitarios como entidades autónomas y se favorece el papel de los centros privados en la provisión de los servicios sanitarios.

## La aplicación práctica

### 1. Estrategia hacia los medios de comunicación

Una novedad muy importante en esta política ha sido la estrategia hacia los medios de comunicación que, al menos hasta ahora, ha tenido un gran éxito. En esencia, se trata de disfrazar debajo de bellas palabras y declara-

ciones genéricas altisonantes, contenidos que dicen exactamente lo contrario. Así, el acuerdo parlamentario lo es para la “consolidación y modernización del SNS”, el Plan Estratégico del INSALUD pretende “mejorar lo que es de todos”, se quiere “garantizar las prestaciones”, “atender las preferencias de los usuarios”, “potenciar el protagonismo de los profesionales”, etcétera.

Es un asunto de gran trascendencia, porque las propuestas que se hacen se realizan en torno a aspectos, en la mayoría de los casos, de gestión y organización del sistema sanitario y que, por lo tanto, sus resultados a medio y largo plazos pasan inadvertidos a la mayoría de la población, que sólo percibe el aspecto de *marketing* que promete mejoras, y no la letra pequeña, de cuyo contenido real sólo se da cuenta cuando tiene que utilizar los servicios del SNS. Esta estrategia, copiada de la utilizada por los conservadores británicos (recuérdese que la contrarreforma de la Sra. Thatcher se llamaba “trabajando para los pacientes”), permite a corto plazo generar una cortina de humo informativo que encubre los verdaderos objetivos y resultados de las medidas aplicadas<sup>12</sup>.

## 2. Iniciativas sobre el aseguramiento

Los seguros sanitarios privados en nuestro país sufren un estancamiento importante desde hace unos diez años, y sobreviven, sobre todo, gracias al fenómeno MUFACE, ya que el número de pólizas permanece casi estable desde principios de los años 90.

La novedad fundamental al respecto aparece en el nuevo modelo de IRPF pactado entre CiU y el PP. En él, se señalan dos beneficios fundamentales para las aseguradoras privadas: el primero es la exención del 6% del impuesto que grava los demás seguros, lo que, si se repercute en los usuarios, abaratará las pólizas de seguros sanitarios y, caso contrario, generará un aumento de los beneficios empresariales. Pero, además, se plantea que la contratación colectiva de seguros por parte de las empresas deje de ser imputable a los trabajadores como rendimiento en especie y, además, que se considere gasto deducible para las empresas. Ambos fenómenos pretenden facilitar la expansión del seguro sanitario privado, que se hace a expensas de una disminución de la recaudación del Tesoro Público, con los problemas de liquidez que ello puede acarrear a medio y largo plazos<sup>18</sup>.

## 3. Iniciativas sobre las prestaciones

La limitación de las prestaciones es otra de las vías para incrementar la participación del sector privado en las provisiones de servicios, a la vez que se aumenta el gasto sanitario privado. Dos actuaciones concretas se han realizado al respecto:

### 3.1. El llamado “medicamentazo”

La eliminación de la financiación pública de un grupo de medicamentos supone traspasar a los ciudadanos una parte del gasto farmacéutico, lo que es más preocupante aún si se tiene en cuenta que estos medicamentos van a pasar a ser de precio libre. Parece que una política coherente desde el punto de vista del uso racional del medicamento, debe tender a financiar los productos de utilidad reconocida, y a excluir los otros del registro.

### 3.2. La gestión de la incapacidad transitoria

El traspaso a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y al Instituto Nacional de la Seguridad Social del control de las bajas laborales supone una importante agresión a los derechos laborales de los trabajadores, ya que capacita a estas entidades, que tienen intereses económicos en la suspensión de las prestaciones por incapacidad transitoria, para decidir sobre la suspensión de las mismas, incluso contra el criterio de los médicos generales que han dado las bajas. Además, estas mutuas tienen capacidad para derivar a estos trabajadores para que sean atendidos en centros sanitarios privados, eso sí, costeados con fondos públicos, lo que, por otro lado, propicia la privatización de un segmento de la provisión sanitaria y permite el establecimiento de dos dispositivos asistenciales separados: uno para los trabajadores y otro para el resto de la población<sup>19,20</sup>.

## 4. Iniciativas sobre la provisión de servicios

Es en este terreno donde se han realizado más avances desde hace más tiempo, y el que parece que es considerado más importante desde el propio Gobierno. Han existido diferencias en el tiempo, en los tipos y en la profundidad de las mismas, entre las distintas CCAA, pero voy a centrarme en las referentes a Galicia, por ser la CCAA con transferencias donde el PP lleva más tiempo gobernando el ámbito del INSALUD.

### Galicia

Galicia es la CCAA donde hay mayor experiencia en las iniciativas privatizadoras y desreguladoras de la provisión de servicios sanitarios. Es, además, de especial importancia porque es donde realizaron sus primeras experiencias el actual equipo del Ministerio de Sanidad y del INSALUD. La persistencia de la política del PP en Galicia tiene la ventaja de que permite analizar los resultados con una cierta perspectiva y descubrir los problemas que generan estas experiencias<sup>21</sup>. En esencia, se han llevado a cabo tres tipos de actuaciones:

- Aumento de la provisión directamente privada (convenio de la clínica POVISA, etc.), mediante concier-

tos para la realización de determinadas actividades o para la atención de un área (POVISA).

- La creación de una sociedad anónima pública (MED-TEC), que pretende gestionar la alta tecnología en Galicia, rompiendo los servicios de los hospitales públicos, que ha creado un conflicto permanente con los profesionales de los centros donde se ha ubicado y ha incrementado la burocracia administrativa.
- La fundación de Verín es una de las “estrellas” de la gestión del equipo de Romay que, posteriormente, se ha exportado al área del INSALUD. Se basa en unas ratios de personal muy bajas y en un control muy estricto del gasto, que se logra, aparte de con la escasez de personal, con la selección de los pacientes y un control extremo de los gastos corrientes.

Todos estos temas han sido ampliamente desarrollados por la Asociación Defensa Sanidad Pública (ADSP) de Galicia, a cuyos estudios y publicaciones remito a quienes tengan interés por profundizar sobre el tema.

### INSALUD

La importancia del área atendida por el INSALUD está tanto en su cobertura geográfica y poblacional (en torno al 48% de la población y 11 CCAA), como en su control directo por el Ministerio de Sanidad, por lo que ejemplifica la política del Gobierno. Las iniciativas adoptadas en su entorno han sido múltiples<sup>21</sup>, y quizás merezca la pena tratarlas en orden cronológico.

**Fundaciones.** Se han puesto en funcionamiento tres fundaciones (Manacor, Cieza y Alcorcón) y todavía no hay tiempo para evaluar sus resultados, que de todas maneras están siendo aireados por la propaganda oficial como excelentes. En términos generales, puede señalarse que practican ampliamente la selección de los riesgos (derivación hacia otros hospitales de las patologías más complejas); externalizan una parte de sus servicios (el hospital de Manacor carece de laboratorio de análisis clínicos, que está subcontratado con una empresa privada); tienen un personal reducido (en torno a 0,6 personas/cama menos que la red hospitalaria normalizada); que los horarios de los profesionales son mucho más amplios, que la selección de personal ha estado plagada de irregularidades y que carecen de mecanismos de participación y control profesional y social. Existe también una amplia polémica sobre su capacidad legal de escapar a la legislación sobre contratos del Estado y a su control público. En la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 1999 (Ley 50/98) se incluye un artículo (111) que permite la conversión de todos los centros sanitarios públicos, no sólo los hospitales, en fundacio-

nes sanitarias públicas. Esta nueva figura tiene, además, la novedad de que permite a estas fundaciones la enajenación de su patrimonio (que, como es sabido, procede de fondos de la Seguridad Social).

**Cambios en la titularidad/gestión de algunos centros hospitalarios.** La estrategia del INSALUD ha sido también la de fomentar iniciativas puntuales en aquellos centros sanitarios en los que era de prever, acertada o equivocadamente, que existía una posibilidad de poner en marcha alguna experiencia de cambios en la titularidad/gestión al amparo de la Ley 15/97.

Así, se ha intentado en el Hospital de la Princesa, de Madrid, en el que se pretendía poner en marcha un Consorcio (aprovechando la circunstancia de que es un centro sobre el que tienen participación el INSALUD y la Comunidad de Madrid), proyecto éste que se ha visto frenado por la fuerte oposición de los profesionales. Otros casos son los de los hospitales Morales Meseguer, de Murcia, y Puerta de Hierro, de Madrid, en los que se han planteado cambios que todavía no se han llevado a la práctica.

**Plan Estratégico del INSALUD.** El Plan Estratégico (PE)<sup>23,24</sup> supone la concreción de la política privatizadora y desreguladora del PP. Sus objetivos son:

- *Creación de un mercado sanitario “regulado”*, que en realidad no lo es, ya que se propone un mercado abierto entre lo público y lo privado, incluso desde los equipos de atención primaria (EAP).
- *La separación de las funciones de compra y provisión.* Congruentemente y como no se plantea, de momento, el pago por los usuarios, se propugna la separación de las funciones de compra y provisión; medida ésta que aumenta la burocracia del sistema y, por lo tanto, los gastos administrativos, así como el poder de los organismos intermedios de compra.
- *La fragmentación de la red sanitaria.* El PE pretende que cada centro asistencial (hospital o centro de salud) tenga una personalidad jurídica diferenciada y se atisban algunos indicios de que se plantea, además, poner su gestión en manos privadas. En el caso de los centros de salud lo señala explícitamente como una alternativa, mediante la creación de sociedades médicas bajo la fórmula de “cooperativas u otras”.
- *Recursos humanos.* Sólo señalar algunas cuestiones: se centra en los médicos y se margina al resto de los profesionales; se establecen incentivos perversos que van a perjudicar las prestaciones asistenciales que reciben los ciudadanos al basarse sobre el ahorro (farmacia, pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas, etc.); se empeoran notablemente las

condiciones de trabajo de los profesionales, por la presión hacia las disminuciones de las plantillas, precarización del empleo y empeoramiento de las condiciones de trabajo.

**Los institutos clínicos.** El INSALUD ha puesto en marcha recientemente proyectos de formación de institutos clínicos dentro de seis grandes hospitales. Estos institutos, aunque pretenden acogerse a un aumento de la autonomía de gestión, en realidad prefiguran microempresas dentro de los centros hospitalarios, con personalidad jurídica propia (que todavía no se ha alcanzado al seguir vigente el RD 521/87), gestionados de manera autónoma por un equipo directivo formado, fundamentalmente, por los jefes de servicio y cuya privatización posterior parece una meta a alcanzar. Por otro lado, suponen la ruptura de los hospitales como marco de trabajo y de cooperación de los profesionales, incrementan la carga burocrática y favorecen la selección de riesgos.

### 5. Iniciativas sobre los profesionales sanitarios

La principal iniciativa sobre los profesionales sanitarios está en el Proyecto de Estatuto Marco presentado por el Grupo de Trabajo del Consejo Interterritorial de Salud<sup>25,26</sup>, del que ya hay un segundo borrador. Las críticas al mismo han sido unánimes desde todo el espectro profesional y sindical, y es que se pretende un empeoramiento de las condiciones de los profesionales sanitarios, dando un peso excesivo a los gerentes, que tendrían una capacidad sancionadora desorbitada, incrementa el número de modalidades de contratación, plantea acabar con la estabilidad en el empleo, así como unos planes de reducción de plantillas que imposibilita la identificación de los trabajadores con la empresa y el desarrollo de estrategias de mejora de la calidad; diseña una política salarial basada en complementos variables excesivos que condicionan la independencia en la actuación de los profesionales de la salud en aras a imponerles políticas economicistas y, por fin, no contempla la carrera profesional que debería ser el instrumento para incentivar y favorecer la orientación de los profesionales hacia la mejora de la calidad, eficacia y eficiencia del SNS.

Un último aspecto es la desaparición de la dedicación exclusiva como un concepto central del funcionamiento del sistema sanitario, lo que permite la colusión de intereses y el parasitismo del sector público por parte del privado, negando en la práctica cualquier funcionamiento de competencia y mercado. Curiosamente, ha sido en 1997 cuando en Italia se ha puesto en marcha la dedicación exclusiva de los médicos al sistema sanitario público.

### 6. Una estrategia a largo plazo

La estrategia del PP respecto al sistema sanitario tiene algunas peculiaridades que merece la pena resaltar. La primera es que se produce de una manera silente y enmascarada. No hay más que leer las declaraciones de los altos cargos del PP (sea el ministro, los consejeros de las CCAA o el presidente del INSALUD) para ver que el objetivo principal es el de “reforzar” la sanidad pública, “consolidar” el SNS y que todas las iniciativas no pretenden sino “modernizar” y hacer más viable un sistema sanitario que, dejado a sus tendencias actuales, está abocado a un fracaso a corto o medio plazo. Claro está que estas afirmaciones chocan de manera frontal con la consideración internacional que tiene nuestro sistema sanitario, que es estimado entre los mejores del mundo, también con los propios informes de la actual Administración que asegura haber mejorado sustancialmente su funcionamiento (utilizando ahora que no puede culpar a sus antecesores el mismo estilo propagandístico para valorar los resultados de su gestión) y, por fin, con la apreciación de los ciudadanos que lo valoran positivamente en todas las encuestas.

La segunda es que la estrategia de cambios se encuentra en la “letra pequeña” de los documentos, y siempre en términos ambiguos y edulcorados (en esto hay que reconocer que suelen salvarse los representantes de CiU y de la Generalitat, que tienen la costumbre de llamar a las cosas por su nombre y recibir de inmediato el desmentido del Ministerio de Sanidad). Por ello, los proyectos reales del Gobierno suelen pasar inadvertidos para la mayoría de la población y los profesionales sanitarios, que sólo se dan cuenta de ellos en el momento en que se plasman en acciones concretas.

La tercera es que, por primera vez, nos encontramos ante un plan preestablecido para privatizar el Sistema Nacional de Salud, en el que las distintas iniciativas no son sino la concreción del mismo, y cuyo encaje en un proyecto global escapa fácilmente de la percepción de quienes viven cada problema concreto. Se trata de un *puzzle*, un rompecabezas en el que todas las piezas encajan, pero cuyo diseño final está en las intenciones de quienes lo proyectan, y por lo tanto resulta difícil de comprender desde la perspectiva de quienes carecen de ese conocimiento del plan general, que sólo perciben actuaciones concretas, aparentemente inconexas, y no muy relevantes. La configuración de este escenario es tachada de “alarmista” por los responsables de la Administración sanitaria, y vista con cierto escepticismo por quienes no se ven afectados por las acciones concretas. Sólo cuando se haya logrado cambiar la situación en un número significativo de centros, aparecerán de manera evidente sus efectos más nocivos y, entonces, la posibilidad de retorno será más difícil y complicada.

Sin embargo, parece claro que la intención del Gobierno está en desregular la red sanitaria pública, trocearla en pequeñas miniempresas autónomas (por centros sanitarios e incluso, como en el caso de los institutos, por unidades y/o servicios), decantando lo que es potencialmente rentable desde la óptica privada para, en un segundo momento, ir privatizando la provisión de servicios por parcelas, y cuando esta privatización adquiera un dintel suficiente, en cuanto a la extensión y profundidad, pasar a la ruptura del aseguramiento y su privatización. Es evidente que la distinta postura de CiU, que pretende abrir ya el aseguramiento, tiene que ver con las características de la sanidad en Cataluña, donde la red privada (al contrario de lo que sucede en el resto del Estado Español), tiene ya suficiente entidad, en extensión y en capacidad, para hacerse cargo de la provisión de servicios sanitarios de un sector mayoritario de la población.

En suma, la política del Partido Popular se trata de la más seria agresión que ha sufrido la Sanidad Pública en nuestro país en los últimos 20 años, ya que pretende una profunda privatización del sistema sanitario público que, consciente de su imposibilidad de realización a corto plazo, se centra en introducir en el mismo elementos que lo desregularicen y distorsionen, confiando en que, a medio o largo plazo, éstos signifiquen modificaciones profundas que supongan un punto de difícil o imposible retorno.

## Los problemas de la gestión sanitaria

En el trasfondo de estas actuaciones, y como su principal soporte ideológico, están los problemas que plantea la gestión sanitaria y las dificultades que existen para darles una respuesta adecuada. Hay un acuerdo generalizado de que la eficacia y eficiencia de los centros sanitarios son claramente mejorables y que con los recursos actuales podrían lograrse unos resultados netamente mejores, si bien es cierto que se trata de una percepción que, aunque hay estudios de centros concretos que así lo señalan, no está basada en datos contrastados a nivel general.

Por otro lado, es conocido que las cifras “macro” de nuestro sistema sanitario son, en general, buenas: gasto sanitario moderado en relación con el PIB, cobertura prácticamente universal, buenos indicadores de salud, calidad media elevada de las prestaciones, buenos resultados en las actuaciones que incorporan tecnologías avanzadas, buena satisfacción de los usuarios del sistema, etc. Es decir, nos movemos en un entorno bastante homologable (en la parte alta de la banda), en cuanto a

resultados, a los demás países de la Unión Europea, con los principales problemas (según los detractores del sistema) de la mala imagen entre la población no usuaria del sistema sanitario público (que, por cierto, ha mejorado últimamente) y de las listas de espera (que, si hemos de creer a los responsables de la Administración actual, es un problema resuelto en un plazo breve de tiempo). Sigue estando abierta la interrogante de si es posible una mejora de la salud de la población con los medios disponibles y el cómo abordarla. De ahí viene la aparición de un sinnúmero de expertos en gestión y de numerosos tratados al respecto, que contrastan con la poca capacidad de resolución de los problemas que han demostrado los mismos.

Hasta ahora, los expertos en gestión han devenido en propuestas de tipo económico-organizativo (separación de provisión y financiación; autonomía empresarial de los centros; establecimiento de sistemas de mercado más o menos abiertos o regulados; potenciación de los incentivos económicos; políticas de personal más restrictivas en cuanto al número y las condiciones de trabajo), y algún intento, más teórico que real, de implicar a los profesionales en la gestión de los recursos, así como la conocida cantinela de la “calidad total” que más bien parece destinada a un encubrimiento de la realidad<sup>27</sup>.

La participación de profesionales y usuarios ha quedado desechada, en este entorno de corte más bien economicista y de fuerte componente jerárquico. El trabajo en equipo, la cooperación y colaboración profesionales, a nivel de centro o entre los dos niveles asistenciales, tampoco han tenido gran consideración. Por contra, se ha hipertrofiado el área de gestión-administración de los centros y empiezan a producirse intromisiones de las gerencias sobre los criterios de actuación profesionales, que en los nuevos modelos de gestión ponen en peligro el propio empleo.

No debe olvidarse tampoco el potencial “atractivo” de estas propuestas de “gestión” sobre un sector nada reducido de los profesionales sanitarios, atractivo que se basa en varios hechos: el pragmatismo dominante que pretende que lo importante son los medios y que éstos no condicionan el fin (recuérdese aquello de “gato negro o gato blanco, lo importante es que cace ratones”); la ausencia de una visión en perspectiva de lo que suponen las transformaciones que se propugnan para el funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto; y, por fin, los incentivos económicos que se prometen, que hacen que muchos se olviden de que sólo serán alcanzados por unos pocos, y eso a costa de un empeoramiento importante de la mayoría.

En España, no se ha podido demostrar hasta ahora que los centros sanitarios privados, o la utilización de los

llamados “nuevos modelos de gestión” (fundaciones, empresas, consorcios, etc.), hayan tenido capacidad de conseguir unas prestaciones sanitarias de manera más eficiente a iguales criterios de calidad, eficacia y cobertura. Es más, la única CCAA, Cataluña, que tiene generalizados estos modelos de gestión, en la que son predominantes, tiene el mayor gasto sanitario *per cápita*, genera déficit continuos y no da prestaciones de mayor calidad ni tiene menos listas de espera ni más satisfacción de la población que en las demás CCAA. Resulta, por lo tanto, paradójico que con la excusa de la eficiencia se intente generalizar un sistema que se ha demostrado que no lo es.

Parece claro que es posible, manteniendo el control y la titularidad pública de los centros, el conseguir una mejor utilización de recursos que, sin fomentar la competencia y el economicismo, favorezca una mejora de la calidad de las prestaciones asistenciales y una mayor participación de profesionales y usuarios en la consecución de los objetivos de la salud<sup>28</sup>.

## La respuesta social

¿Cuál ha sido la respuesta social ante las agresiones a la Sanidad Pública? La verdad es que bastante modesta y parcelada. Hay una cuestión de fondo, y es que la percepción que se tiene del sistema sanitario, de sus problemas y el aprecio que le tiene la población, está bastante mediatizado por el hecho de ser o no usuarios del mismo. Por otro lado, la mayoría de las actuaciones del PP se han realizado en los aspectos de gestión y organización, que no tienen de manera inmediata repercusiones sobre los usuarios.

Dos hechos son importantes a la hora de medir la respuesta social frente a estas políticas privatizadoras. El primero es la creación de las plataformas para la defensa y mejora de la sanidad pública en, prácticamente, todos los puntos del Estado español, que han tenido su mayor protagonismo público en la respuesta frente al “medicamentazo”.

El segundo es la experiencia de Galicia. Bien sea porque se trata de la CCAA con transferencias donde hay una mayor experiencia de gobiernos del PP, porque es en ella donde se han iniciado la mayoría de las experiencias de desregulación del sistema sanitario público, o porque haya una mayor conciencia y capacidad de movilización social, el caso es que en Galicia ha sido donde nacieron las primeras plataformas, también donde se han realizado mayores movilizaciones sociales contra las iniciativas en el terreno de la gestión (MEDTEC, etc.), y donde ha habido una fuerte respuesta profesional a las agresiones a la Sanidad Pública. Actualmente, existe una iniciativa popular para presen-

tar en el Parlamento Gallego un proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria que asegure la gestión y la provisión sanitarias públicas.

## Los retos para el futuro

La situación en que se encuentra nuestro sistema sanitario es problemática y precisa de respuestas reflexivas, contundentes y, a ser posible, unitarias, de las organizaciones y sectores sociales que se enmarcan en lo que se llama “izquierda sociológica”.

Estas actuaciones deberían dotarse de un programa sanitario capaz de ofrecer alternativas a los problemas pendientes y, a la vez, reforzar el funcionamiento del Sistema Sanitario Público, programa que tiene interés no tanto en su carácter formal de acuerdo explícito, como en cuanto asunción generalizada de unas propuestas comunes por las distintas organizaciones.

Un segundo aspecto tiene que ver con la creación, desarrollo y potenciación de las plataformas para la defensa y mejora de la sanidad pública, que deben cumplir un papel central en la profundización de la respuesta social a las iniciativas privatizadoras. Pero tampoco hay que olvidar el sector profesional, que es, al menos en principio, el que va a vivir de una manera más directa las agresiones que suponen las iniciativas desreguladoras en la provisión de los servicios y que, por el momento, carece de una articulación suficiente, tanto sindical como profesional.

El momento exige respuestas contundentes, pues lo que está en juego es el mejor sistema sanitario que ha tenido nuestro país en toda su historia.

## Bibliografía

1. Ormerod P. Por una nueva economía. Barcelona: Anagrama; 1994.
2. Navarro V. Whose globalization? American Jr of Public Health 1998;88:742-743.
3. San José P. Definición de las prestaciones sanitarias. Problemática y perspectiva en los países desarrollados. Todo Hospital 1994;112:11-25.
4. Russel E, Elola J, Navarro V. Gasto compartido por el usuario en la asistencia sanitaria. Salud 2000 1996;58:17-21.
5. Ibern P. La distribución de los costes sanitarios per cápita y el control del riesgo. Salud 2000 1995;52:15-19.
6. Pellise L. Regulación de la competencia en el sistema sanitario de seguros español. Captación y selección de riesgo en el modelo MUFACE. En: Política de gestión sanitaria. La agencia explícita. Barcelona: SG Editores; 1996.
7. Larizgoitia I, Márkez I. Crisis del sistema sanitario de EE.UU.: actualidad y propuestas de cambio. Salud 2000 1995;50:11-17.
8. F.A.D.S.P. La estrategia privatizadora en sanidad. Salud 2000 1996;58:10-16.
9. Sánchez Bayle M, ed. El sistema sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Madrid: Los libros de la Catarata; 1996.

10. Saltman RB, Otter C. Public competition versus mixed markets. *Health Policy* 1989;11:43-45.
11. Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de los servicios en el estado del bienestar y su relevancia en España. *Salud 2000* 1996;55:5-11.
12. Sánchez Bayle M. *Hacia el estado del malestar*: Madrid: Los libros de la Catarata; 1999.
13. Saltman RG, Figueres JM. *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
14. *The New NHS*. London, 1997.
15. *Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.
16. Sánchez Bayle M. La contrarreforma sanitaria. *Revista de Administración Sanitaria* 1998;5:51-61.
17. Consejo de Política Fiscal y Financiera: *Financiación de los servicios de salud en el período 1998-2001*.
18. Benito M. Al seguro de salud le gusta el nuevo IRPF. *El País*, suppl *Negocios*, 12/7/1998.
19. González Hierro M. Bajas laborales y mutuas: un ensayo para la ruptura del SNS público. *Salud 2000* 1997;64:4-6.
20. Fernández Segura JM. Financiación sanitaria, faude, privatización y bajas laborales. *Salud 2000* 1998;67:8-9.
21. Martín García M. Los cuestionables éxitos de la política sanitaria gallega. *Salud 2000* 1997;61:8-15.
22. RC. La gestión obsesiona al INSALUD. *El País*, suppl *Negocios*, 26/6/1998.
23. *Plan Estratégico del INSALUD*. Madrid: INSALUD 1998.
24. Sánchez Bayle M. Privatizando lo que es de todos. Análisis crítico del Plan Estratégico del INSALUD. *Revista de Administración Sanitaria* 1998;7:29-38.
25. Grupo de trabajo de la comisión de gestión del Consejo Interterritorial del SNS: *Borrador para un Estatuto-Marco del personal estatutario de los servicios de salud*. Madrid, 1998.
26. Martín García M. Análisis del borrador para un estatuto marco. *Salud 2000* 1998;67:25-26.
27. Llano Señaris V, Ortún V, Martín JM, Gene J (eds). *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Brcelona: Masson; 1997.
28. González-Gay García JM. *Gestión de los servicios hospitalarios del SAS. Una propuesta de mejora*. *Todo Hospital* 1998;146:258-266.

# 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 desentien- de 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 inmoción. 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.

## Sin salud mental no hay salud Conclusiones del encuentro “Balance de la Promoción y la Atención a la Salud Mental”

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COMISIÓN EUROPEA

BRUSELAS, 22-24 DE ABRIL DE 1999

Por iniciativa de *Nations for Mental Health* se organizó en Bruselas un amplio encuentro de expertos y representantes de diferentes organizaciones para analizar aspectos de la situación de la salud mental en la región europea. Participaron expertos de 30 países de la región (con una amplia presencia de países del Este) y varias organizaciones profesionales (Asociación Mundial de Psiquiatría, Consejo Europeo de la Federación Mundial de Salud Mental, Asociación Mundial de Rehabilitación, Comité Europeo de Ética). Abrieron la sesión Benedetto Sarraceno, que inauguraba su cargo de Jefe de la División (hoy Departamento) de Salud Mental de la OMS, y V. Lehtinen, nuevo responsable de la OMS en Europa.

Hubo una breve presentación de la situación de la salud mental de buena parte de los países y mesas redondas e intervenciones sobre la promoción, la planificación, situación y posibilidades (Thornicroff, Tansella, Caldas de Alemida, Lahti). Se expusieron ejemplos de buenas prácticas: Breir (Eslovaquia), Puras (Lituania), Desviat (España), Lars-Olaf (Suecia), Roelandt (Francia).

### Conclusiones del encuentro

La promoción y la atención a la salud mental son partes complementarias del espectro de intervenciones necesarias para conseguir buenos resultados de salud mental para la población. Ambos enfoques son elementos esenciales de una estrategia de salud mental global y debería realizarse un balance entre ellos, *subrayando un abordaje intersectorial y multidisciplinario*. Este balance estará basado en condiciones y factores históricos, culturales, estructurales (incluyendo la disponibilidad de salud y servicios sociales) y éticos. Habría que basar las acciones en el mejor conocimiento o evidencia disponibles, y someterlas continuamente a evaluación.

Los siguientes nueve principios clave son nucleares para la promoción y la atención a la salud mental: autonomía personal, apoyo, efectividad, accesibilidad, globalidad, responsabilidad, coordinación y eficiencia.

Los objetivos y estrategias comunes para avanzar en la promoción de la salud mental incluyen:

- Mejorar el reconocimiento del valor de la salud mental, *incluso a nivel político*.
- Aumentar el intercambio de conocimientos y experiencias sobre salud mental.
- Desarrollar políticas de salud mental explícitas, innovadoras y globales, consultando a todas las partes implicadas, *incluyendo usuarios y cuidadores, y respetando las contribuciones ciudadanas y de las ONGs*.
- Definir prioridades en cuanto al escenario, grupos diana y condiciones para actividades e intervenciones para la promoción de la salud mental (por ej., familias, colegios, lugares de trabajo, cárceles, vecindarios, servicios sociales, atención primaria y especializada).
- Desarrollar una atención primaria y servicios de salud mental especializados, fijándose en la calidad de la atención y en el desarrollo de nuevos abordajes no estigmatizantes y de autoayuda.
- Atacar la inequidad en la salud, concediendo especial atención a la promoción de la salud mental y a la necesidad de cuidados de grupos marginales, carenciales y excluidos socialmente, *teniendo en cuenta los serios cambios sociales y las catástrofes que ocurren hoy en día en muchos países de la Región europea, en particular las democracias de reciente instauración*.
- Desarrollar pautas basadas en la evidencia para la promoción de la salud mental, atenciones primaria y secundaria, *incluyendo la rehabilitación y las intervenciones basadas en la comunidad*.
- Desarrollar una estrategia de recursos humanos y subrayar la importancia de la formación continuada.

- Enfatizar la investigación y el desarrollo, estableciendo sistemas de información y monitorización de la salud mental, *incluyendo sistemas para estimar la prevalencia, costes y necesidades de salud mental y resultados de las intervenciones.*
- Desarrollar una legislación de salud mental basada en los derechos humanos, *poniendo énfasis en la libertad de elección y en la importancia de una confidencialidad apropiada.*

En el encuentro se expresa el deseo de que la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud consi-

deren estos puntos prioritarios como base para explorar vías para acciones conjuntas en sus respectivos programas.

También se espera que todos los países europeos presten una atención adecuada a los temas prioritarios, identificados en el encuentro. Posteriormente, se discutirán las estrategias en la Conferencia Europea de Promoción de la Salud Mental e Inclusión Social, que organizará la Presidencia Finlandesa de la Unión Europea, que tendrá lugar en Tampere, Finlandia, en octubre de 1999, dentro del contexto de la iniciativa de la OMS Naciones por la Salud Mental.

# CASO CLÍNICO

## Toxicomanía. Un abordaje psicoanalítico

T. BOLADO MORAGUES

Psicóloga  
Programa Municipal de Drogas. Ayuntamiento de Alcalá de Henares

### Resumen

*El caso que se presenta es el de un paciente que solicita tratamiento en el Programa Municipal de Drogas de Alcalá de Henares tras varios ingresos anteriores en diversos recursos.*

*Se decide, realizar un abordaje psicoanalítico y apuntar a la particularidad del paciente en lugar de aplicar una respuesta estándar, lo que le permite ir observando su malestar y abandonar progresivamente el consumo de tóxicos.*

*El objetivo principal es mostrar, a través de la presentación del caso, la importancia de realizar un trabajo previo sobre la demanda de estos pacientes que posibilite la emergencia del síntoma allí donde la droga –funcionando como causa– viene a obturarlo.*

**Palabras clave:** Toxicomanía. Psicoanálisis.

### Summary

**Drug addiction. A psychoanalytical approach.** *The case presented refers to a patient who sought treatment in the Municipal Drugs Program in Alcalá de Henares after having previously entered a number of other schemes.*

*A psychoanalytical approach was decided on, targeting the particular features of the patient rather than applying a standard response, making it possible to subjectivise the discomfort and progressively give up the consumption of toxic substances.*

*The main purpose is to show in the presentation of this case the importance of preliminary work on the these patients' demand, making possible the emergence of the symptom where the drug, operating as cause, blocks it.*

**Key words:** *Puerperal psychosis. Mother and Baby Units. Perinatal psychiatry. Consult-Liaison psychiatry.*

### Résumé

**Tosicomanie. Une approche psychanalytique.** *Le cas présenté est celui d'un patient qui demande un traitement dans le cadre du Programme Municipal contre la Drogue d'Alcalá de Henares après avoir été admis antérieurement dans divers recours.*

*Il est décidé de réaliser une approche psychanalytique et de tenir compte de la particularité du patient au lieu d'appliquer une réponse standard, ce qui lui permet de subjectiviser son malaise et d'abandonner progressivement la consommation de drogue.*

*L'objectif principal est de montrer à travers la présentation du cas l'importance de réaliser un travail préalable sur la demande de ces patients, ce qui facilite l'émergence du symptôme là où la drogue –en fonctionnant comme une cause– le cache.*

**Mots clés:** *Toxicomanie. Psychanalyse.*

### Riassunto

**Tossicomania. Un abordaggio psicoanalitico.** *Il caso presentato é quello di un paziente che chiede trattamento nel Programma Municipale di Droghe di Alcalá de Henares dopo vari ricoveri anteriori in diverse istituzioni.*

*Si decide di realizzare un abboraggio psicoanalitico e di prendere nota della particolarità del paziente invece di applicare una risposta standard, il che permette di*

*soggettivare il suo malessere e di abbandonare progressivamente il consumo di prodotti tossici.*

*L'obiettivo principale è mostrare, attraverso la presentazione del caso, l'importanza di realizzare un lavoro previo basato sulla richiesta di questi pazienti, che renda possibile individuare il sintoma per cui la droga –funzionando come causa– lo occulta.*

**Parole chiave:** *Tossicomania. Psicoanalisi.*

## Introducción

Un hecho que se observa con relativa frecuencia en los servicios de atención de drogodependientes es que el toxicómano suele aparecer no sólo como un consumidor de sustancias, sino también, en gran medida, como un importante consumidor de tratamientos, programas, recursos e instituciones de cualquier tipo. Su actividad parece desarrollarse en un continuo que va de la droga al programa y/o a la institución de forma repetida. En esta repetición, suele presentarse a menudo en una posición determinada: como "el producto de la droga". Se podría decir que su adicción es el efecto directo de la ingesta y la droga una especie de agente externo a él que constituye la causa de su malestar provocando la toxicomanía.

Prácticamente todos los programas de tratamiento se crean bajo este presupuesto: es la droga la que hace al toxicómano y, si esto es así, se espera que haciendo un tratamiento de separación entre uno y otra, estará curado. El toxicómano colocado en esta posición sabe lo que le pasa y, hasta tal punto, que mantiene que cualquier otro problema también es a causa de la droga. Al mismo tiempo sabe lo que necesita, nos ofrece una solución, generalmente en forma de un pedido explícito (**desintoxicación**, metadona, naltrexona, una comunidad...) y además suele manifestar que se droga porque es drogadicto.

Ahora bien, cuando el toxicómano trae una solución para su toxicomanía no implica necesariamente, aunque así pueda manifestarlo, que lo que quiera sea separarse de la droga. El malestar no lo causa la droga en sí sino la falta de droga, de ahí que no sea infrecuente que tras un tiempo de estancia en un recurso o tras una cura de desintoxicación reinicie inmediatamente el consumo y, a veces, de forma aún más virulenta.

Quizás una de las dificultades mayores para iniciar un tratamiento sea, precisamente, la certeza con la que el toxicómano se arraiga en esta posición en la que a través de la droga puede explicarlo todo.

No podemos negar que las drogas producen efectos, pero éstos no son sólo nocivos, sino que también producen placer, estados de conciencia ajenos a la vida cotidiana y constituyen un eficaz remedio para evitar el sufrimiento ante las dificultades que conlleva la vida, tal como señala Freud en *El Malestar en la Cultura*<sup>1</sup>: "Se atribuye tal carácter benéfico a la acción de los estupefacientes en la lucha por la felicidad y en la prevención de la miseria que, tanto los individuos como los pueblos, les han reservado un lugar permanente en su economía libidinal. No sólo se les debe el placer inmediato, sino también una muy anhelada medida de independencia frente al mundo exterior. Los hombres saben que con ese "quitapenas" siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad".

Todos los efectos, tanto los nocivos como los benéficos no dependen sólo del producto en cuestión. Si la ingesta de una sustancia ha llegado a ser problemática es porque algo ha ocurrido en el sujeto, y las condiciones para que se dé una adicción han de buscarse necesariamente en él. H. Freda<sup>2</sup> plantea algo bastante aclaratorio en el sentido de poder entender cuál es el estatuto de la toxicomanía; dice: "No es la droga la que hace el toxicómano, sino a la inversa, es éste el que instaura una sustancia como droga" y allí donde dice sustancia podríamos añadir: objeto, acción, otro sujeto... Se trata de una proposición ética que implica:

1. Que la toxicomanía es una elección.
2. Que de esta elección el sujeto es responsable.

Este supuesto abre una línea de intervención en el abordaje de las toxicomanías donde el acento recae en cada sujeto.

Un abordaje psicoanalítico implica también comenzar con un acto de separación, no necesariamente entre la droga y el toxicómano sino en el sentido de que la droga caiga del lugar de la causa y se abra algún tipo de interrogante que implique al sujeto en su malestar.

CAUSA		EFEECTO
Droga	→	El toxicómano
/		
/		
/		
¿?	→	Malestar

Esto significa realizar un trabajo previo sobre la demanda cualquiera que sea su formulación, para poder

ver la parte de mensaje que la demanda supone detrás de lo que constituye su queja. La importancia de este trabajo preliminar está ligada al propio objetivo terapéutico. Analizar en qué medida el fenómeno toxicomanía aparece sintomatizado (implica una pregunta por parte del sujeto) y en qué medida el terapeuta está incluido (pueda encarnar para el sujeto la respuesta a tal pregunta), son los elementos que conforman las condiciones para abordar un tratamiento, al menos de tipo psicoanalítico.

Digamos que la diferencia que puede haber en el encuentro con un psicoanalista es que, al estar advertido de cómo funciona el sujeto y cómo funciona el inconsciente, mantenga una escucha diferenciada ante el síntoma y posibilite que el sujeto empiece a ser representado por otros significantes que no eran los que le petrificaban bajo la toxicomanía.

Se entiende que esto sólo es posible en la clínica del caso por caso. Cuando aplicamos programas estándar de tratamiento olvidamos la existencia de un sujeto y de otro, sustituyendo la serie por un único lugar, el mismo para todos que, en última estancia, viene a justificar la existencia misma del llamado toxicómano así como la del programa, institución o secta.

## Caso clínico

Se trata de un varón de 30 años que acude al Programa Municipal de Drogas en junio de 1997, por indicación de un íntimo amigo que estuvo anteriormente en tratamiento en nuestro Servicio.

Tuvo tres ingresos anteriores en programa libre de drogas, en los dos primeros acaba expulsado al recaer en el consumo y en el tercero abandona, teniendo solicitado un recurso en régimen cerrado. Había acudido también a centros evangelistas, permaneciendo cortos períodos de tiempo.

### Historia toxicológica

Se inicia en el consumo de alcohol y *cannabis* a los 15 años; a los 17 años comienza a utilizar cocaína de forma esporádica y a los 24 años, heroína fumada de forma habitual.

### Historia personal

Es el menor de una familia de siete hijos (tres varones y cuatro mujeres). Padres fallecidos, el padre se suicidó cuando el paciente tenía 18 meses y la madre murió cuando él tenía seis años. La sexta hermana falleció en un accidente antes del nacimiento del paciente. Tiene un hermano toxicómano.

A la muerte de la madre la familia se dividió, pasando

junto con otro hermano a vivir a cargo de la hermana mayor y yéndose a otra ciudad, hasta que cumple los 14 años, en que regresa de nuevo a casa de la tercera hermana, ya que la hermana mayor se va fuera de España. Dos años después, se va a vivir con sus dos hermanos varones hasta que el mayor se va al Servicio Militar y el segundo se casa, momento en que el paciente decide irse voluntario a la Brigada Paracaidista. A los 19 años deja la Brigada y comienza a vivir con una mujer 13 años mayor que él, separada y con dos hijos.

Cuando acude a consulta, la mujer con la que convive le ha echado de casa. Viene bastante drogado, lleva dos semanas viviendo en la calle, ha dejado el trabajo y ha recorrido varios recursos (asociaciones de ayuda a toxicómanos, Proyecto Hombre, centros evangélicos...), plantea un pedido confuso: pastillas, control, ingreso en comunidad, tratamiento psicológico, "algo rápido". Se aprecia una fuerte preocupación de "estar tirado en la calle" y está muy impactado por las escenas que había estado viendo a raíz del cerco policial que se estaba produciendo en los lugares de venta de droga en aquel momento.

Al preguntarle qué cree que le pasa manifiesta que tiene "problemas psicológicos". Sitúa el comienzo de estos problemas a partir de la muerte de su madre: "la familia se rompió", "me siento culpable", "les he hecho mucho daño", "se han cansado de mí", "no sé dónde ir". Le señalo que si quiere tratar esos problemas puede quedarse, que lo piense y se le da una cita al día siguiente para que comente su decisión.

Acude planteando que ha estado hablando con su amigo, al que le ha pedido ayuda para que "No le deje solo" y "le controle para no drogarse". Ha contactado también con su pareja, que le ha permitido volver al domicilio, y con el médico de cabecera al que le ha solicitado una medicación para pasar el síndrome de abstinencia. Su amigo le ha vuelto a aconsejar que se quede en tratamiento psicológico.

Durante los cinco primeros meses, deja el consumo de tóxicos. La abstinencia se enmarca en su incorporación a un grupo que lidera este amigo, donde el uso de drogas y otras acciones (las conductas violentas, el apego a lo material, las guerras...) se consideran "ataques de *Igmun*" una especie de "fuerza maligna" ante la que tienen que organizarse para combatirla ya que este líder ha recibido ciertas señales (visiones, experiencias...) y espera el momento para poder hacer extensiva "su misión": un ideal de bondad guiado por la fuerza divina. Celebran reuniones de confraternización y su discurso aparece pluralizado, incluido en el nosotros: "los que nos hemos drogado", "los que nos sentimos débiles", "los que hemos pasado por lo mismo"... Las recaídas temporales en el consumo las integra como

“pruebas”, “tentaciones”, “ataques de Igmun”; tiene una explicación totalizadora –la misma que incluye a otros– y que da cuenta de las desgracias y miserias humanas sobre la base de este efecto de la actuación de las fuerzas del mal.

Paralelamente, sigue acudiendo a las entrevistas, donde intento apuntar a su singularidad y comienza así a desplegar su propia historia, sus dudas y dificultades. Refiere que la muerte de su madre supuso una ruptura familiar y que a partir de ahí anduvo “de un sitio para otro”, “viviendo muchos cambios” y con fuertes sentimientos de ser “un bulto”, “un estorbo”.

Asimismo, va elaborando una serie de contenidos y preguntas sobre diversas cuestiones:

### **DROGA**

“Un alivio frente a los sentimientos de soledad, la nostalgia y los recuerdos.”

“Si pudiera hablar de todo esto, me olvidaría de la droga.”

“La droga no es el problema.”

“Siempre he estado muy callado.”

“No soporto las discusiones.”

“Las mato callando.”

“La droga = la novia.”

¿Por qué siento tanta rabia?

### **PAREJA “Esa mujer.”**

“Me metí en una familia.”

“Me dio todo: casa, hijos, trabajo.”

“No puedo nombrarla ni mi novia, ni mi pareja, ni mi mujer.”

“No puedo dejarla, no me atrevo.”

“Que decida la droga.”

¿Es mi pareja?

### **PADRE**

“Me dijo adiós y se tiró por el balcón.”

“Mi hermana siempre dijo que yo era como él: un loco, un cobarde.”

“Eso me ha hecho mucho daño, no puedo aceptar que fuera un cobarde –era mi padre, me dio la vida– me puso el nombre de sus dos hermanos.”

¿Es genético, estaba loco?

### **FAMILIA**

“Cuando murió mi madre gané un padre (cuñado), esperaba que me adoptaran.”

“Mi hermano (toxicómano) siempre ha estado conmigo, me siento culpable, le he dejado tirado, le he abandonado.”

¿Por qué no me adoptaron?

## **Análisis del caso**

Se pueden ver tres momentos diferenciados que me parecen especialmente significativos para la comprensión del caso y para poder ver la línea de intervención. El *primero de ellos* se refiere al modo de presentación que se podría definir como un “estar tirado”. El paciente no sabe dónde ir, ha recorrido varios lugares sin quedarse en ninguno (*a posteriori* se puede ver que esto ha sido una constante en su vida, pasando de familia en familia, cambiando de lugar, sin tener dónde ir). Trae problemas toxicológicos, sociales, laborales, familiares, de pareja, psicológicos.

Oriento la intervención hacia estos últimos convocándole y ofreciéndole un lugar –lugar de escucha–. Creo que el efecto de esta convocatoria introduce un cierto orden y le permite iniciar el proceso terapéutico.

El *segundo momento* está marcado por la relación con el amigo, lo que en parte le permite incluirse en una especie de “hermandad/familia” identificándose con el discurso del líder.

Es un momento de especial dificultad que lo llena de explicaciones totalizadoras que vienen de otro y acepta sin hacerse preguntas, lo que me lleva a dirigir la intervención hacia su particularidad; esto le permite la apertura de su propia historia y la organización de su propio discurso.

El *tercer momento* es el de la mejora sintomática, que sería en el que se encuentra actualmente, donde se va situando en las coordenadas familiares y comienza a dar cuenta de la imposibilidad para manejar sus sentimientos hostiles, del temor de ser abandonado y de las dificultades para crear su propia familia.

Al mismo tiempo, en la medida que va dando testimonio de su sufrimiento, que su malestar se va haciendo inteligible, la droga va perdiendo eficacia y el recurso a la misma se hace innecesario. En tal sentido, me parece ejemplar cómo en este paciente toma un valor fundamental la puesta en marcha del dispositivo que le permite poner en juego la palabra.

## **Bibliografía**

1. Freud S. El malestar en la cultura. Freud S. Obras Completas vol. III. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1968. p.1-65.
2. Freda H. Imaginaire, réel, symbolique. Symptome 1989; 2.

# FORMACIÓN CONTINUADA

## Medida del producto sanitario y sistemas de clasificación de los pacientes

C. GONZÁLEZ JUÁREZ

Psiquiatra

Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés. Madrid

La definición y medida de la producción de los servicios sanitarios es un paso necesario para conocer y evaluar la efectividad y eficiencia de los mismos. En las últimas décadas se ha avanzado mucho en la creación e introducción de sistemas adecuados de medida y descripción de los productos sanitarios. Hasta hace poco tiempo, la medida se centraba en la cuantificación de los productos intermedios (visitas, días de estancia, placas radiográficas, etc.), con el problema de que una buena calidad y coste de los mismos no garantizaban la calidad y eficiencia del producto final, que es el tratamiento de los pacientes. Los productos intermedios del sistema sanitario se agrupan en “paquetes” específicos para cada paciente en función de la decisión de los médicos que les tratan, de modo que podríamos encontrar tantos productos distintos como pacientes. Pero, en realidad, las enfermedades tienen un conjunto específico de maneras de presentarse que permite clasificar a los pacientes en grupos similares de necesidades de diagnóstico y tratamiento. Como resultado de esta agrupación se pueden entender los productos finales de los servicios sanitarios como las tipologías de los pacientes tratados, que constituyen lo que se ha llamado *casuística* o *case mix*. Se hace, por tanto, necesario disponer de sistemas de clasificación de los pacientes orientados especialmente a la evaluación de los costes de los productos finales del sistema sanitario y de procedimientos homogéneos de recogida de la información necesaria. De los distintos sistemas de clasificación elaborados para el contexto hospitalario (*Disease Staging, Patient Management Categories*), nos centraremos en los grupos relacionados con el diagnóstico (*Diagnosis-Related Groups*). Más tarde, trataremos brevemente los sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios y de centros de media y larga estancia, para terminar hablando del sistema de recogida de información hospitalaria básica que funciona en el Sistema Nacional de Salud, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

### Los grupos relacionados con el diagnóstico

En los años sesenta, los gestores sanitarios comienzan a interrogarse acerca del porqué de las diferencias en el coste de los distintos servicios sanitarios, preferentemente los hospitales, preocupados, entre otras cosas, porque la razón pudiera ser que algunos centros proveyeran menos servicios o que éstos fueran de peor calidad. Las investigaciones en esa dirección, después de detectar como causas de la variabilidad de los costes factores de tipo estructural, y la existencia o no de actividades docentes dependientes de los presupuestos, se centraron en dos elementos:

- la diversidad de los casos atendidos en cada centro (*casuística* o *case mix*); y
- la diversidad de las prácticas médicas, que pueden originar consumos de recursos muy diferentes frente a casos similares.

La solución pasaba por establecer grupos de pacientes que requirieran un consumo similar de recursos de modo que se pudiera fijar una norma de consumo por caso que permitiera la comparación. Así surgieron los sistemas de medición de la *casuística* y los sistemas de clasificación de los pacientes.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de los episodios de hospitalización en clases de igual consumo de recursos. Fueron desarrollados en la Universidad de Yale, y publicados por primera vez en 1980, con el soporte financiero de la *Health Care Financing Administration*, para aplicarlos a partir de 1983 como sistema de pago prospectivo en *Medicare*.

El objetivo de la construcción de los GRD es la definición de los tipos de casos de los que se espera que cada uno agrupe a pacientes que consumen la misma cantidad de recursos hospitalarios durante su episodio de hospitalización. Los requisitos de la clasificación definidos *a priori* por los autores fueron:

1. Tenía que ser médicamente interpretable, con subclases de pacientes de categorías diagnósticas homogéneas. Los médicos deberían ser capaces de relacionar a los pacientes de cada grupo con un patrón determinado del proceso hospitalario.
2. La clasificación tendría que obtenerse a partir de la información comúnmente disponible en los hospitales.
3. El número final de grupos debía limitarse a unos pocos centenares, así como ser exhaustivos y mutuamente excluyentes.
4. Cada grupo tenía que contener a pacientes con un consumo esperado de recursos hospitalarios similar.

El método usado para su construcción incluyó la opinión de paneles de médicos que definieron las categorías diagnósticas mayores (CDM), para asignar una CDM a cada uno de los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9 Modificación Clínica (CIE-9-MC), y para establecer una jerarquía de los procedimientos quirúrgicos dentro de cada categoría. A continuación se realizó un análisis estadístico de una base de datos de unas 700.000 altas hospitalarias, para encontrar grupos en los que se minimizara la variabilidad del consumo de recursos. Estos grupos eran de nuevo revisados por médicos para comprobar que se mantenía la coherencia clínica de los mismos.

El algoritmo resultante incluyó los siguientes pasos:

1. Clasificación en una CDM según el diagnóstico principal.
2. Clasificación en subgrupos médicos o quirúrgicos

dentro de cada CDM, según la presencia o ausencia de un procedimiento quirúrgico.

3. El subgrupo quirúrgico se subclasifica según una jerarquía quirúrgica preestablecida en cada CDM, en función de la intensidad de consumo de recursos.
4. Cada subclase así formada se subclasifica según la edad, el motivo del alta o la presencia o ausencia de comorbilidad o complicaciones, siempre que estas variables hayan mostrado que reducen la variabilidad en el consumo de recursos.

Así se obtuvieron 23 CDM. Con posterioridad, a partir de 1987, y para incluir con más precisión a los neonatos, politraumatizados, trasplantados y a las infecciones por HIV, se desarrollaron los *All Patient GRD* (AP-GRD), en cuyo algoritmo, antes de la clasificación en CDM por el diagnóstico principal, se extraen los pacientes de menos de un mes de edad, que se subclasificarán por el peso al nacer (se ubican en la CDM 15), así como los que padecen SIDA, que van a la CDM 24 y los politraumatizados, a la CDM 25. Además, cuando entre los procedimientos se incluye un trasplante de órganos, se asigna a un AP-DRG al margen de otras variables.

Las CDM son, así, 25, siendo la número 19 “Enfermedades y trastornos mentales” y la número 20 “Uso de alcohol o drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por alcohol o drogas”. En total, en la versión 12, elaborada en el año 1995 y que es la que actualmente se emplea en España, existen 639 AP-GRD. Los AP-GRD de las categorías 19 y 20 se muestran en la Tabla I.

**Tabla I**

GRD	Literal	Peso
424	Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental	
425	Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial	0,7797
426	Neurosis depresiva	0,7557
427	Neurosis excepto depresión	1,0537
428	Trastornos de personalidad y control de impulsos	0,6880
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	2,0200
430	Psicosis	1,5274
431	Trastornos mentales de la infancia	0,9049
432	Otros diagnósticos de retraso mental	1,1058
743	Abuso o dependencia de opiáceos, alta voluntaria	0,8179
744	Abuso o dependencia de opiáceos con complicaciones	1,1189
745	Abuso o dependencia de opiáceos sin complicaciones	0,9432
746	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas, alta voluntaria	0,3920
747	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas con complicaciones	1,0321
748	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin complicaciones	0,7839
749	Abuso o dependencia de alcohol, alta voluntaria	0,3955
750	Abuso o dependencia de alcohol con complicaciones	0,7965
751	Abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones	0,5733

Una vez que se dispone del sistema de clasificación de pacientes se puede calcular una norma o estándar de consumo de recursos para cada grupo. El procedimiento es considerar que el total de la casuística atendida por el conjunto de centros equivale a la unidad y, a partir de ahí, y en función del consumo de recursos de cada GRD, se asigna un peso relativo a cada uno de ellos, mayor o menor de uno, de modo que el promedio total sea uno. Así, por ejemplo, un parto vaginal sin complicaciones (GRD 373) tiene un peso relativo de 0,3246 y un trasplante cardíaco (GRD 103) de 14,0215. Esto quiere decir que un trasplante cardíaco consume  $14,0215/0,3247 = 43,18$  veces más recursos que un parto normal. El valor de los pesos empleados en España ha sido calculado a partir de los datos de los EE.UU. (Tabla I).

Tras conocer estos pesos relativos, podemos percibir la complejidad de la casuística que atiende un hospital, calculando la media de los pesos ponderada por el número de casos de cada GRD. Este índice de casuística o *case mix* del centro permite compararlo con cualquier otro en cuanto al tipo de pacientes que atiende.

Respecto al concepto de “complejidad”, conviene aclarar que, en su aplicación en el campo de los GRD, se refiere al grado de consumo de recursos hospitalarios por los pacientes y no, como podría parecer por el uso de ese término en otros contextos, a la severidad de la enfermedad, el pronóstico, la dificultad del tratamiento o las necesidades de intervención de los mismos.

Por otra parte, y también a partir de una muy amplia base de datos de altas hospitalarias, en nuestro caso las altas hospitalarias del Sistema Nacional de Salud de 1995, se calculan estándares de estancia media para cada GRD. El cálculo de las estancias se ha hecho dividiendo previamente los hospitales en cuatro grupos en función del número de camas (menos de 200 camas, 200-500, 500-1.000 y más de 1.000 camas). De este modo, una vez desglosada por GRD la estancia media global para cada uno de los tipos de pacientes atendidos, tiene más valor su uso como indicador comparativo de la actividad asistencial de un centro.

Puede, entre otras cosas, calcularse cuál hubiera sido el número de estancias empleadas por un hospital o servicio hospitalario si hubiera tenido un comportamiento similar al estándar y, por tanto, el número de estancias gastadas de más, o ahorradas por el centro. Y sin olvidar que en estos cálculos hemos tenido en cuenta, con bastante precisión, cuál ha sido la complejidad de los pacientes atendidos.

El conocimiento de la complejidad de la casuística que atiende cada centro puede, por último, emplearse para calcular, en todo o en parte, el presupuesto a asignarle.

Comprobamos lo anterior con un ejemplo usando los datos de la Tabla II, que podrían resumir las altas de un servicio de psiquiatría.

Observando los datos de la Tabla podemos concluir lo siguiente:

- El servicio atiende una casuística o *case mix* de una complejidad de 1,2276. Este valor permite comparar la complejidad de los pacientes atendidos en ese servicio con cualquier otro servicio de psiquiatría.
- La estancia media del servicio (19,68 días) es mayor que la que hubiera tenido el estándar si hubieran atendido pacientes de igual complejidad (18,08 días) (estancia media ajustada por funcionamiento).
- La estancia media del GRD 430 (psicosis) es tres días superior a la del estándar, mientras que la del 428 (trastorno de personalidad) es similar y la del 751 (abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones) es claramente inferior.
- El servicio ha empleado 825 estancias más para atender a sus pacientes que lo que emplea la media nacional (estándar) de servicios de psiquiatría de hospitales de su tamaño para atender a pacientes de similar complejidad. Si se hubiera comportado de modo similar al estándar, podría haber atendido a  $825/18,08 = 47$  pacientes más).

Además, la comparación, del mismo modo que se hace con un estándar, se puede llevar a cabo con los resultados del año anterior o con los objetivos previamente pactados. Del análisis anterior se pueden extraer, no sólo consecuencias que afecten a la mera gestión económica, sino que sirve de punto de partida

Tabla II

GRD	Peso	Número pacientes	Estancias	Est. media estándar	Est. media servicio	Estancias s/estándar	Exceso de estancias
430	1,5274	342	8.265	21,02	24,16	7.189	1.076
428	0,6880	110	1.406	12,52	12,78	1.372	34
751	0,5733	66	521	12,21	7,89	806	-285
<b>TOTAL</b>	<b>1,2276</b>	<b>518</b>	<b>10.192</b>	<b>18,08</b>	<b>19,68</b>	<b>9.367</b>	<b>825</b>

para la reflexión sobre el modelo asistencial que se emplea y la introducción de mejoras en el mismo.

La principal limitación de este sistema de agrupación de pacientes y recogida de información asistencial, al margen de los problemas para el cálculo de los pesos relativos y de los estándares de estancia de cada GRD, consiste en que sólo se ha desarrollado para la hospitalización de los agudos. En la actualidad se trabaja en la búsqueda de agrupadores útiles para la atención ambulatoria, así como para centros de media y larga estancia. De todos modos, no se ha superado la compartimentación de la asistencia en niveles, en parte, por la dificultad para definir los episodios asistenciales que abarquen el recorrido del paciente por los distintos servicios. Es más, en el nivel de la atención primaria, el propio concepto de episodio asistencial no es útil en muchos casos, y rompe con el criterio de la atención continuada.

## Sistemas de clasificación de los pacientes ambulatorios

Uno de los principales problemas para crear un sistema de clasificación de los pacientes ambulatorios es la definición de la unidad de análisis que, si en el caso del hospital está claro (episodio de hospitalización), no lo está tanto en el ambulatorio. Puede ser una visita aislada, un conjunto de visitas vinculadas a una patología concreta, que pueden ser realizadas por un solo proveedor o por varios, o todos los cuidados recibidos por una persona a lo largo de un período de tiempo.

Se han desarrollado varios sistemas centrados en la visita como unidad de análisis (*Ambulatory Visit Groups*, *Ambulatory Patient Groups*, *Products of Ambulatory Care*), pero el más interesante resulta ser uno centrado en la identificación de cohortes de pacientes con igual consumo de recursos por año, los *Ambulatory Care Groups*, grupos de atención ambulatoria (GAA).

Los GAA se elaboraron a partir de 1989 en la Universidad John Hopkins. Parten de la identificación de grupos de diagnóstico a partir de todos los diagnósticos recibidos por un paciente durante un año, de modo que un paciente puede incluirse en varios grupos. Posteriormente, se realizan combinaciones mutuamente excluyentes para un sujeto de los grupos diagnósticos en categorías ambulatorias mayores. Por último, se combinan con características de edad y sexo, para constituir los 51 GAA (por ej., enfermedad aguda leve en menores de dos años, enfermedad cró-

nica estable de especialista, enfermedad psicosocial sin trastornos psiquiátricos graves, o combinaciones de dos o tres grupos distintos).

## Sistemas de clasificación de los pacientes de media y larga estancias

Un sistema de clasificación de los pacientes que consumen iguales recursos en centros de media y larga estancias, no sólo debe tener en cuenta los múltiples diagnósticos, sino también las consecuencias físicas de las enfermedades (dependencia para realizar las actividades de la vida diaria), el deterioro cognitivo o sensorial y los enfoques terapéuticos orientados a la rehabilitación de capacidades perdidas. Los sistemas de información deben ser, pues, más complejos. Al contrario que los pacientes agudos, donde la referencia para el coste la marcan la estancia y el uso de procedimientos, en este caso es mucho más relevante el coste de personal por día, pues el resto de los costes suelen ser proporcionales a éste.

El sistema más conocido actualmente, y también el impulsado por la *Health Care Financing Administration*, son los *Resource Utilization Groups*, ya en su versión tercera (RUG-III). Se compone de siete categorías clínicas principales (rehabilitación especial, servicios extensivos, cuidados especiales, complejidad clínica, deterioro cognitivo, problemas de comportamiento y funciones físicas reducidas). Cada categoría se subdivide posteriormente según un índice de actividades de la vida diaria, la prestación de determinados servicios (especialmente de enfermería) y la presencia de determinadas situaciones (por ejemplo, la depresión), hasta formar un total de 44 grupos. Este sistema viene a explicar un 50% de la variabilidad del coste.

## Los GRD en psiquiatría

El uso de los GRD en psiquiatría ha sido relativamente escaso, entre otras razones, por la situación habitual de la psiquiatría en los márgenes del sistema sanitario. La consecuencia de esto ha sido que apenas se ha investigado en el algoritmo de clasificación, por lo que los grupos que actualmente se emplean no resultan demasiado útiles, ya que presentan una gran variabilidad interna del consumo de recursos.

El ejemplo más evidente es el del GRD 430, psicosis, que engloba la esquizofrenia, los trastornos delirán-

tes, las psicosis afectivas y gran parte de las otras psicosis atípicas o no bien definidas, siempre que su origen no sea orgánico. Así, resulta que este grupo supone entre el 50%-75% de las altas hospitalarias de un servicio de psiquiatría de agudos, por lo que se trata de un sistema de clasificación que, en este caso, coloca a gran parte de los individuos en el mismo grupo, lo que le convierte en ineficaz como tal. Además, resulta evidente que el grupo es muy heterogéneo, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también en lo relativo al coste asistencial.

Parece claro que debe producirse una modificación, en la que se encuentra tabajando el Ministerio de Sanidad y Consumo, que debería separar, al menos, la esquizofrenia del resto de las psicosis y, probablemente, reagrupar de modo distinto los trastornos afectivos. Por otra parte, es imprescindible incluir de algún modo el fenómeno de la cronicidad que provoca un uso masivo de recursos.

Pero, yendo más allá, surge una de las limitaciones generales de los GRD que es, como ya hemos visto, su empleo sólo para la hospitalización de los agudos, pues en nuestra especialidad, y sobre todo en el caso de las psicosis, los costes de la hospitalización de los agudos son sólo una pequeña parte del total de los costes sanitarios directos que supone la asistencia al paciente. Sería conveniente investigar para desarrollar un instrumento de clasificación de los pacientes centrados en grupos de igual coste que integrara el consumo de recursos no sólo hospitalarios, sino también ambulatorios y de hospitalización parcial.

A pesar de sus limitaciones, los GRD son el instrumento que en estos momentos es extensivo a todo el Sistema Nacional de Salud y no debe desaprovecharse, extrayéndole todo el beneficio posible conociendo sus limitaciones, y proponerse su modificación de modo que aumente su utilidad para el objetivo para el que está diseñado.

## Conjunto mínimo básico de datos

El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) está constituido por la información obtenida en el momento del alta hospitalaria sobre un conjunto de variables que responde a las necesidades de múltiples usuarios, y representa, por tanto, la información mínima necesaria que es común a los mismos.

Las aplicaciones del CMBD pueden ser: conocer la morbilidad atendida en los hospitales, determinar

estancias medias por grupos de diagnósticos, precisar el ámbito de influencia de un centro, proporcionar una base de partida para la investigación en servicios sanitarios, etc. Pero la aplicación más importante es, probablemente, ofrecer la posibilidad de efectuar comparaciones, y ello por ser un documento uniforme y común a todos los hospitales del país. Es la herramienta imprescindible sobre la que se apoya la posterior clasificación de los pacientes en AP-GRD.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fijó un contenido del CMBD en diciembre de 1987. Las comunidades autónomas, con posterioridad (a excepción de Cataluña, que lo hizo un poco antes), han ido legislando y poniendo en marcha su respectivo CMBD, incluyendo el cuerpo básico común y añadiendo, en cada caso, alguna variable que les podía resultar de particular interés. El INSALUD elaboró una norma interna que obligó a sus hospitales a la recogida del CMBD a partir del 1 de enero de 1993. En la actualidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo recibe información en formato CMBD de más del 90% de las altas hospitalarias producidas en hospitales públicos de todo el país, bien sea a través del INSALUD, o bien a través de las distintas comunidades autónomas.

Las variables fijas incluidas en el CMBD son:

- identificación del hospital
- identificación del paciente
- fecha de nacimiento
- sexo
- residencia
- financiación
- fecha del ingreso
- circunstancias del ingreso (urgente o programado)
- diagnóstico principal (según CIE-9-MC)
- otros diagnósticos (según CIE-9-MC)
- procedimientos quirúrgicos y obstétricos (según CIE-9-MC)
- otros procedimientos (según CIE-9-MC)
- fecha del alta
- circunstancias del alta

Contenidos adicionales del CMBD, que varían según las comunidades autónomas:

- número de asistencia
- área sanitaria
- identificación del centro de traslado
- servicio (de ingreso y de alta)
- variables de los recién nacidos

- peso al nacer (para pacientes de menos de 28 días de edad)
- fechas de intervención
- identificación del médico.

## Bibliografía

1. Carrillo E, García-Altés A, Peiró S et al. Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilization Groups Version III. Validación en España. *Rev Gerontol* 1996;6:276-284.
2. Casas M. Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson; 1991.
3. Dirección General de Estudios y Análisis de Recursos. Manual para la cumplimentación del CMBD de Hospitalización de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid; 1994.
4. Escoms V. Bases teóricas del conjunto mínimo básico de datos de hospitalización. En VVAA. Conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria: implantación, análisis, utilidades y limitaciones. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1997.
5. López Domínguez O. Gestión de pacientes en el hospital. Madrid: Olalla Ediciones; 1997.
6. Prados Torres A. Sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios. En VVAA. Libro del año de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Saned; 1997.
7. Pulido Puente ML. Conjunto mínimo básico de datos INSA-LUD. Madrid: Actas de la Mesa Redonda Conjunto mínimo básico de datos en las comunidades autónomas; 1997.
8. Rivero A. El CMBD en el Sistema Nacional de Salud. En VVAA. Experiencias de implantación, desarrollo y utilización del CMBD. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1997.

# FORMACIÓN CONTINUADA

## Plan estratégico del INSALUD. El Libro Azul (I)

*“Un plan estratégico no es más que un ejercicio de ordenación de prioridades”*

O. ESPÍ SIMAL

Directora de Gestión y Servicios Generales  
Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés. Madrid

### Introducción

El eje fundamental del sistema sanitario en España es el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se configura como la totalidad de los recursos humanos y materiales específicos, tanto aquellos dependientes de la Administración Central a través del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), como de las diferentes Comunidades Autónomas que disponen en la actualidad de transferencias en materia de sanidad, y que se organizan a través de sus correspondientes órganos autónomos de gestión.

El principio fundamental por el que se rige nuestro SNS es el de la universalización de la asistencia sobre la base de criterios de equidad y solidaridad, para lo cual se dispone de un aseguramiento público, con fondos mayoritariamente provenientes de los impuestos, que financia la provisión, también mayoritariamente pública, de los servicios sanitarios. El marco legal básico que regula el SNS es la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 que, entre otros principios, establece dos niveles principales para la prestación asistencial:

- Atención primaria, cuya norma legal básica se encuentra en el RD 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Atención especializada, cuya norma legal básica es el RD 521/87, de 15 de abril, sobre la estructura, organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD.

En la actualidad, se han realizado transferencias de las funciones y servicios a siete Comunidades Autónomas, lo que representa un 61,82% de la población protegida. La descentralización ha derivado en diversos modelos que coexisten entre sí, creando cada Comunidad Autónoma sus servicios de Salud, de acuerdo con lo previsto en la Ley General de Sanidad,

con distinta naturaleza jurídica, lo que conlleva la posibilidad de introducir nuevas fórmulas de gestión y administración.

La Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, en su disposición transitoria tercera, especifica que “el Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia”.

El INSALUD es un servicio de salud que da cobertura a algo más de 14 millones de ciudadanos, que supone el 38,18% de la población de nuestro país.

El RD 36/78 crea el Instituto Nacional de la Salud como entidad gestora de la prestación sanitaria de la Seguridad Social. Por el Real Decreto 2318/78, de 15 de septiembre, se estableció la Tesorería General de la Seguridad Social, que es la titular de todo el patrimonio de la Seguridad Social y, por tanto, del patrimonio del INSALUD.

Toda la gestión económica del INSALUD viene enmarcada en la gestión económica de la Seguridad Social, lo que da lugar a que:

- La gestión y administración de la Seguridad Social se efectúa con sujeción a los principios fundamentales, entre otros, de solidaridad financiera y unidad de caja.
- Las cuotas, bienes, derechos, acciones y recursos de cualquier otro género de la Seguridad Social, entre los que se incluyen los correspondientes al INSALUD, constituyen un patrimonio único afecto a sus fines, distinto del patrimonio del Estado.
- La titularidad del patrimonio único de la Seguridad Social corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social.
- La Tesorería General de la Seguridad Social interviene o participa en todas las operaciones de adquisición, enajenación y arrendamiento de los bienes

- inmuebles, así como en la realización de las operaciones de pago de todos los centros del INSALUD.
- Todos los actos de naturaleza económica del INSALUD se hallan sujetos a la acción de la Intervención General de la Seguridad Social, dependiente de la Intervención General de la Administración del Estado, si bien en los hospitales y demás centros sanitarios del INSALUD la función interventora puede ser sustituida por el control financiero de carácter permanente.
  - El régimen de contratación y de todas las compras del INSALUD debe ajustarse a lo dispuesto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Con relación a la forma de financiar el sistema, hasta la aprobación de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989, la financiación de la asistencia sanitaria provenía fundamentalmente de las cotizaciones sociales. A partir de 1989 se estableció un nuevo esquema de financiación del Sistema Nacional de Salud. Hasta el año 1989 las cotizaciones sociales financiaban el 70,1%, mientras que la aportación del Estado, vía impuestos, representaba el 27,2%. Por el contrario, en los Presupuestos Generales del Estado del año 1997, la financiación vía cuotas disminuye a un 5,6% y la derivada de los impuestos alcanza el 91,9%. La elaboración de los presupuestos de asistencia sanitaria de la Seguridad Social se basa en las normas para los Presupuestos Generales del Estado y las de los Presupuestos de la Seguridad Social.

A pesar de toda la complejidad del Instituto, es importante afirmar que nuestro Sistema Sanitario es eficiente a nivel global ya que, mediante un gasto comparativamente no muy elevado, en términos del PIB (7,6% en el año 1995), obtiene buenos resultados sanitarios para la totalidad de la población, además de su función redistributiva de los recursos.

Sin embargo, es a nivel mínimo donde se observa una clara necesidad de mejorar en la eficiencia y en la calidad de la atención sanitaria, en los aspectos distintos del ejercicio profesional. Esta necesidad se pone de manifiesto con la aparición de dos aspectos; por una parte, el avance en las tecnologías de la información y la comunicación y, por otra, la aparición de modelos de evaluación de la calidad de los resultados como criterio básico para la acreditación y competitividad técnica de los hospitales.

En nuestro sistema sanitario, al igual que en muchos otros sistemas de otros países industrializados, es posible reconocer diferentes problemas:

- El crecimiento del gasto sanitario, provocado por la demanda creciente de cuidados, y el encarecimiento progresivo de los mismos.

- La preocupación por la utilización ineficiente de los servicios sanitarios, con una evidencia clara acerca de las variaciones en la actividad clínica y en la demanda de cuidados entre diferentes centros y áreas geográficas.
- La exigencia social creciente y generalizada de más y mejores prestaciones, valorándose de forma progresiva aspectos de trato, comodidad y reconocimiento del principio de autonomía del paciente como agente capaz de decidir y elegir la prestación que desea.
- La incapacidad del sistema de dar respuesta oportuna a la demanda de los cuidados (listas de espera).
- La falta de coordinación entre los niveles asistenciales complementarios: atención primaria y atención especializada.
- La existencia de situaciones de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios y en la distribución de recursos entre los colectivos y las regiones.

A estos problemas se añaden otros que, de forma complementaria, actúan negativamente, dificultando la consecución y puesta en marcha de medidas correctoras:

- El modelo de financiación de los centros asistenciales, orientado realmente al “tanto gastas, tanto cobras”, sin posibilidad de autonomía para la gestión del ahorro y la asunción del riesgo.
- El modelo de gestión centralizada de los centros con una política funcionarial en la gestión del personal, con organizaciones y criterios de funcionamiento rígidos y escasamente orientados al logro de la eficiencia.
- La ausencia de estructuras de gestión profesionalizadas y técnicamente acreditadas.
- La escasez de recursos técnicos y tecnológicos en el ámbito de la información y la gestión del conocimiento.

Estos elementos manifiestan un proceso de cambio, similar a lo ocurrido en otros países de nuestro entorno, y que han emprendido antes una serie de reformas de sus respectivos sistemas sanitarios en función de sus peculiaridades sociales.

## Cambio en los modelos de gestión sanitaria

A modo de introducción, se sintetizan las medidas que constituyen el primer paso de los cambios en los modelos de gestión que se pretenden imponer en los próximos años:

1. Establecimiento de un marco legal homogéneo para el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de facilitar la autonomía real de gestión a los centros sanitarios; medida introducida e iniciada ya por las Comunidades Autónomas. Este escenario legal para todo el Sistema Nacional de Salud tiene lugar con la Ley 15/1997, de 17 de junio, sobre la habilitación de nuevas fórmulas de gestión del INSALUD.
2. Pronunciamiento del Parlamento en relación con la reforma. En el Pleno del Congreso de los Diputados, se abre un debate que se concreta el día 21 de diciembre de 1997, con las recomendaciones y conclusiones para la viabilidad de la reforma del sistema sanitario.
3. Aprobación de un sistema de financiación. El Consejo de Política Fiscal y Financiera, en noviembre de 1997, establece un mecanismo de financiación para los próximos cuatro años.
4. Por último, la medida que afecta exclusivamente al ámbito de las competencias de la Administración General del Estado, la constituye la elaboración de un plan estratégico para los servicios sanitarios del INSALUD.

El día 21 de enero de 1998 se presenta el Plan Estratégico. El documento define la gestión de la asistencia en el INSALUD durante los próximos cuatro años y se basa en el establecimiento de la competencia regulada e instaura para ello la separación efectiva de las funciones de compra y provisión, la personificación jurídica de los centros y la progresiva libertad de elección del ciudadano.

Con el Plan Estratégico del INSALUD se da vía libre para la implantación de las nuevas fórmulas de gestión como las fundaciones, los consorcios, las empresas públicas, las sociedades médicas o las cooperativas.

## Plan estratégico

El documento comienza haciendo un análisis pormenorizado de la situación de cada una de las áreas que gestiona este servicio sanitario. Conocido el análisis de la situación, se establecen los escenarios para el desarrollo de las líneas estratégicas. Concretados estos escenarios, se explican las líneas estratégicas. Y, por último, se añaden a esta publicación anexos donde se contienen unas importantes documentación e información.

En el primer anexo se concreta el proceso de homologación de los centros sanitarios, mecanismo que pueden utilizar los centros sanitarios para ir otorgándose

personalidad jurídica propia, marco jurídico aprobado en la *Ley 15/97, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión*. El anexo segundo contiene información sobre las reformas sanitarias en Europa, el anexo tercero sobre los movimientos de reforma iniciados en las Comunidades Autónomas y el anexo cuarto contiene íntegramente el texto del acuerdo de la Subcomisión parlamentaria al objeto de que todos los gestores de este sistema conozcan las recomendaciones del Parlamento; por último, contiene una relación de personas que han participado en dicha elaboración. Han sido 120 expertos y profesionales del sistema sanitario, tanto del INSALUD como de las Comunidades Autónomas.

## Análisis de la situación

La primera parte del plan es el diagnóstico de la situación, en donde se estudian los puntos fuertes y los puntos débiles en el momento de dicho diagnóstico. A continuación se resume el contenido del texto.

En materia de **organización**, la situación actual es el nuevo marco legal que crea el Real Decreto-Ley 10/1996, que da lugar después, mediante su tramitación como ley, a la Ley 15/1997; este texto sustenta las posibilidades de otorgamiento y personificación jurídica pública a los centros sanitarios.

Como puntos débiles, se destaca que el INSALUD todavía se configura como una entidad gestora de la Seguridad Social. Así como los servicios de salud de las siete Comunidades Autónomas que gestionan sanidad son organismos autónomos de carácter administrativo o entes de derecho público sujetos a derecho privado, en el ámbito del INSALUD sigue siendo una entidad gestora de la Seguridad Social, con lo que esto conlleva de rigideces en su gestión. Falta una delimitación importante entre los que establecen qué es necesario que hagan los centros cada año —es decir, los que concretan la compra— y los que proveen la asistencia, es decir, los centros sanitarios, tanto de atención primaria como de especializada.

Hay una cierta descoordinación entre la planificación sanitaria del INSALUD y de las Comunidades Autónomas. Por una parte, las Comunidades Autónomas sin gestión en servicios sanitarios tienen competencias en materia de planificación y, sin embargo, es el INSALUD el que tiene las competencias en materia de gestión de los servicios sanitarios, y a veces se producen solapamientos.

Y, por último, falta una estructura organizativa del INSALUD en el ámbito de la Comunidad Autónoma; es decir, el INSALUD son 10 Comunidades

Autónomas junto con Ceuta y Melilla, y son esas Comunidades Autónomas las que en el futuro recibirán las competencias en materia sanitaria; por lo tanto, parece razonable que el INSALUD tenga una organización autonómica.

En materia de *participación* hay una escasa representatividad del ciudadano y de los profesionales en todo lo que se refiere a la participación en los sectores sanitarios.

En cuanto al *modelo de compra*, ya está incorporada la cultura organizativa del contrato-programa.

El contrato-programa partió de un buen diseño inicial, contribuyó a dotar de una mayor transparencia a la financiación; en definitiva fue una buena herramienta de trabajo. Sin embargo, este contrato-programa no se firmaba entre partes independientes, sino que simplemente era un decálogo de objetivos porque carece de un sistema real de facturación; los hospitales no concretan realmente los procesos que hacen y no tienen un presupuesto en función de los procesos y de los pacientes a los que atienden.

El INSALUD ha aplicado a lo largo de los años, respecto a los proveedores externos, una interpretación restrictiva de los principios de subsidiaridad y complementariedad previstos por la Ley General de Sanidad. Así, los conciertos se siguen realizando de forma centralizada, no han promovido la publicidad y la libre concurrencia y se basan en sistemas de pago en estancias y no procesos, como es razonable que así sea.

La *atención primaria* tiene una buena cartera de servicios y ha mejorado la accesibilidad. Sin embargo, no ha dado respuesta a la atención domiciliaria, no ha sido capaz de coordinarse con la atención especializada y no ha conseguido una mayor vinculación de los facultativos con sus centros. La libertad de la elección del usuario tiene muchas limitaciones y no existen incentivos económicos para el centro o el médico que resulta más elegido por parte de los pacientes. Y, por último, un grave problema en la atención primaria es el porcentaje de gasto farmacéutico. En el INSALUD, el 22% de todo el presupuesto sanitario se dedica exclusivamente a abonar la factura farmacéutica. Cuando en el resto de los países de Europa los entornos de gasto farmacéutico se mueven entre el 15% y el 18%, aquí tenemos siete o cinco puntos más que los entornos europeos.

Respecto a la *atención especializada*, se han producido avances en los últimos años, en cuanto a herramientas de gestión, tanto en lo que se refiere a los sistemas de información como a la casuística y a la contabilidad analítica. Sin embargo, persisten proble-

mas muy graves: falta una autonomía de gestión de los centros, los centros no tienen capacidad para vincular a su personal con los objetivos de su organización, las listas de espera en atención especializada son un problema muy grave que deslegitima al sistema y la libertad de elección del usuario está limitada a la elección de especialista dentro de su área de referencia, no existiendo posibilidad de elegir centro hospitalario.

En materia de *urgencias y emergencias*, el diseño del INSALUD propone las centrales de coordinación, o 061. El punto débil es que, siendo un buen sistema, de las 10 Comunidades Autónomas que tienen el INSALUD, junto con Ceuta y Melilla, solamente dos cuentan con esta central de coordinación 061.

En cuanto a la *atención sociosanitaria*, hay una ubicación inadecuada de los pacientes sociosanitarios ocupando camas de agudos en buena parte de nuestros hospitales, no hay una definición clara de las competencias entre la atención sanitaria y la sociosanitaria de las distintas Administraciones Públicas y hay un escaso desarrollo de la coordinación dirigida a la atención sociosanitaria.

En relación con los *recursos humanos*, a pesar de que existe una alta capacitación y cualificación profesionales de nuestro personal médico y enfermería, existe un sistema de selección rígido, centralizado, complejo, y no hay un desarrollo efectivo de políticas de incentivar.

En materia de *desarrollo directivo*, la política de personal directivo del INSALUD no ha estado suficientemente definida, ha faltado una concreción de los perfiles profesionales de los puestos directivos, así como los criterios para el acceso a los mismos, y las retribuciones de estos directivos tienen un pequeño componente variable.

Sobre *acreditación y calidad* también se han producido mejoras continuas de calidad científico-técnica, manteniendo un alto nivel. Pero el INSALUD no ha desarrollado auditorías internas dirigidas a los propios centros y a los centros concertados, y no han existido mecanismos de acreditación desde el punto de vista de la calidad.

Respecto a los *sistemas de información*, existen unos francamente deficientes y esto porque falta un desarrollo corporativo de la información en el INSALUD. Hay un desarrollo exclusivamente fragmentario, falta homogeneidad en los sistemas de información, no existe un sistema global corporativo de la red que una a todos los centros de atención primaria y especializada de nuestra estructura, la dotación de la tecnología informática es antigua, no se ha actualizado, no exis-

ten criterios uniformes en los planes de informatización. Por ejemplo, el 50% de los hospitales carecen de cableado informático. Esto significa que el 50% de los hospitales no pueden tener ningún tipo de herramienta informática integral. La media, en relación con el gasto total de cada ministerio en la inversión informática, es del 1,6 frente al Ministerio de Sanidad, que la tenía en el 0,3.

## Escenario para el desarrollo de las líneas

Una vez descrito este diagnóstico, el documento del plan establece cuáles son los principios del escenario en los que va a plantearse la modernización de los servicios sanitarios.

El primer principio es el que se refiere a la creación de un sistema de *competencia regulada*. El modelo propuesto quiere aligerar la fuerte regulación administrativa del sistema, al objeto de sustituir la conceptualización de centro sanitario igual a oficina administrativa, que no lo es, y sí centro sanitario igual a un organismo público proveedor de servicios sanitarios.

Se propone que los centros públicos proveedores de servicios sanitarios compitan dentro de un sistema de competencia regulada. Regulada necesariamente porque existen tres razones que impiden la competencia bajo los principios de libre mercado:

1. Las peculiaridades propias del bien sobre el que estamos trabajando, que no es otro que el bien salud.
2. La propia evolución histórica de nuestro sistema sanitario. Cuando se crea por primera vez en nuestro país el seguro obligatorio de enfermedad, en 1942, se adopta la decisión de incluir dentro del

sector público la provisión de los servicios sanitarios.

3. La naturaleza mayoritariamente pública de nuestros centros. Más del 90% de los hospitales en nuestro país pertenecen al sector público, y su titularidad corresponde a la Administración Pública, ya sea central, ya sea autonómica, ya sea local.

El segundo escenario es el del *horizonte transferencial*. Los servicios que gestiona el INSALUD están abocados a ser transferidos a las Comunidades Autónomas.

El tercer escenario es la definición de un modelo que *diferencia las funciones y agentes que las realizan*: el financiador, el comprador de servicios, los centros proveedores (es decir, los hospitales y los centros de salud), y los usuarios.

El desarrollo de este modelo divide las funciones de organización en tres áreas (tabla I):

- A. Función corporativa. Las competencias en materia de planificación estratégica, establecer la política de calidad total y también las políticas en materia de acreditación, de homologación y de sistemas de información (planificación estratégica). Competencia del INSALUD.
- B. Función de compra. Aquellas dirigidas a garantizar que la compra de los servicios responda a los principios de equidad en el acceso y dirigida a asegurar la calidad de las prestaciones (planificación táctica). Competencia de las direcciones territoriales y direcciones provinciales.
- C. Función de provisión. Función dirigida a homogeneizar los factores de provisión, como son los recursos humanos y los presupuestos de los centros (planificación operativa). Competencia de los centros sanitarios.

Tabla I

### Funciones de organización

Funciones corporativas	Funciones de compra	Funciones de Provisión
Responsabilidad de garantizar la equidad, calidad y eficiencia	Responsabilidad de garantizar la prestación sanitaria	Responsabilidad de los factores de provisión
Planificación estratégica	Planificación táctica	Planificación operativa
Acreditación Homologación sistemas de información Impulso de mejoras de gestión Plan de calidad total	Compra de servicios por medio de contratos a centros públicos y privados	Política de recursos humanos Desarrollo directivo Seguimiento presupuestario

Fuente: Libro Azul, p. 128.

Los servicios centrales pactarán con cada dirección territorial el presupuesto que le corresponde a cada Comunidad Autónoma en función del sistema de financiación que esté aprobado para cada momento (programas de asignación presupuestaria por Objetivos - P.A.P.O.).

Las direcciones territoriales transmitirán a las direcciones provinciales el presupuesto en función de los centros de atención especializada y de primaria que tengan en cada provincia (contratos de compra territoriales - C.C.T.), y los directores provinciales pactarán con los hospitales y con las gerencias de atención primaria el contrato de gestión para cada año y concretarán la actividad y el presupuesto por centro de atención especializada o de primaria (contrato de gestión - C.G.) (tabla II).

Los proveedores son los centros públicos que dan asistencia sanitaria, ya sean de atención primaria o atención especializada. Estos proveedores tendrán autonomía para poder actuar en este escenario de competencia regulada y esta autonomía se dará a través de un proceso de homologación que se concreta como anexo en el plan estratégico.

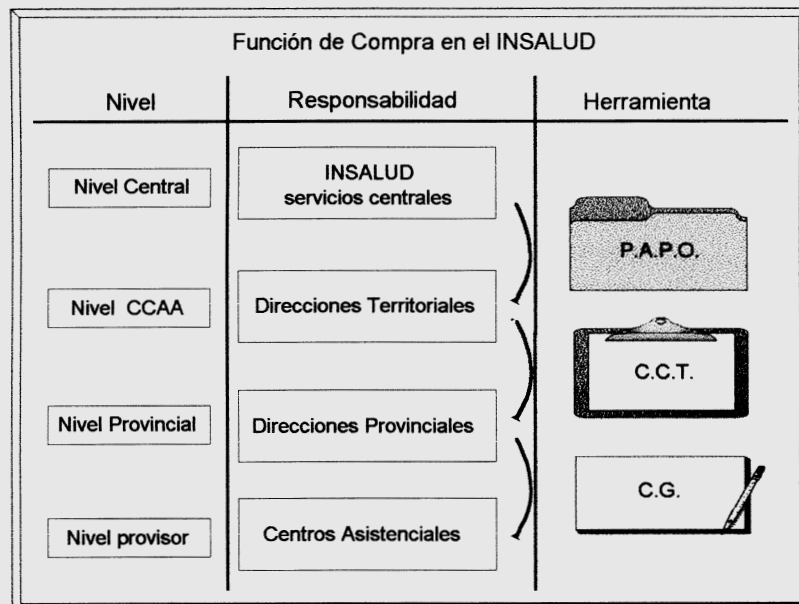
Estos centros estarán unidos con las direcciones provinciales mediante los contratos de gestión, antes denominados contratos-programa.

En atención primaria se pretende pasar de un modelo de presupuesto histórico a un modelo de presupuestación basado en el número de habitantes que atiende ese centro de atención primaria (modelo capitativo) y en el grado de desarrollo de la cartera de servicios que tiene ese centro. Los centros que tengan atención domiciliaria tendrán un presupuesto mayor y los centros que tengan mayores servicios tendrán un mayor respaldo financiero.

En atención especializada también se pretende abandonar el presupuesto histórico para ir buscando un presupuesto que respete la estructura del centro. Hay hospitales que, por sus deficiencias arquitectónicas y físicas, no pueden competir con otros hospitales donde el bloque quirúrgico y los servicios centrales están estructurados y centralizados; por lo tanto, se tendrá en cuenta la estructura del centro, pero también lo que hace cada centro, es decir, la tarifa por producto y los indicadores de calidad.

## Bibliografía

El Libro Azul. Plan Estratégico del INSALUD; 1997.



**Tabla II.** Función de compra en el INSALUD

Fuente: Libro Azul, p. 134

---

# ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

## Reseña de Revistas

### Parálisis del sueño: ¿síntoma o enfermedad?

A.I. Yagüe Alonso, C. De Gregorio González

Psiquiatras

---

**A**demás de ser considerada como un síntoma dentro del síndrome narcoléptico, la parálisis del sueño se encuentra incluida también como entidad independiente en la clasificación DSM-IV, dentro del grupo de las parasomnias no especificadas, y se define como la incapacidad para realizar movimientos voluntarios durante la transición entre el sueño y la vigilia. Estos episodios pueden aparecer al acostarse (hipnagógicos) o al despertar (hipnopómpicos) y suelen ir asociarse a una ansiedad extrema y, en algunos casos, a una sensación de muerte inminente<sup>1</sup>.

La parálisis del sueño tiene una considerable prevalencia, entre el 5 y el 62%, según diferentes estudios, aunque la mayoría de los pacientes no consultan por este trastorno a no ser que los episodios sean frecuentes. El rango tan amplio de prevalencia puede deberse, en parte, a los diferentes términos empleados para definir el trastorno en los cuestionarios de salud. En un estudio realizado en Japón se comprobó que si se denominaba como “parálisis transitoria” se detectaba un 26,4% y si se recurría al término popular *kanashibari*, la cifra ascendía a un 39%<sup>2</sup>. En diferentes países del mundo, el mismo trastorno es conocido con diferentes denominaciones, según las peculiaridades culturales de cada lugar<sup>3,4</sup>.

La mayoría de los individuos afectados presentan episodios aislados o, incluso, un único episodio, pero puede suceder de forma recurrente o presentarse asociado al síndrome narcoléptico<sup>3</sup>. Se ha descrito la asociación entre parálisis del sueño aislada (es decir, sin narcolepsia) y trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico y la agorafobia<sup>5</sup>, y parece que la actividad de los campos geomagnéticos también puede estar relacionada con una mayor influencia de la parálisis del sueño aislada<sup>6,7</sup>. En algunos casos puede encontrarse una presentación familiar<sup>3</sup>.

### La parálisis del sueño dentro del síndrome narcoléptico

La asociación de la parálisis del sueño con la narcolepsia fue descrita por Adie en 1926<sup>3,8</sup>. Fueron Yoss y Daly, en 1957, quienes concibieron la narcolepsia como una tétrada de síntomas (somnolencia, cataplejía, alucinaciones y parálisis del sueño)<sup>8</sup>. Este síndrome es, probablemente, la causa más frecuente de parálisis del sueño.

El síndrome narcoléptico se caracteriza por la aparición recurrente e irresistible de sueño reparador, cataplejía e intrusiones recurrentes de elementos característicos de la fase REM en el período de transición entre el sueño y la vigilia, y que se traducen en parálisis de los músculos voluntarios o alucinaciones de carácter onírico<sup>1</sup>. La prevalencia del síndrome es del 0,03 al 0,05%<sup>9,10</sup>.

La mayoría de los clínicos consideran que los criterios principales para el diagnóstico de la narcolepsia son la excesiva somnolencia diurna y la cataplejía, apoyados en hallazgos de laboratorio como una latencia del sueño acortada, comienzo del sueño con actividad REM y positividad de diversos antígenos HLA<sup>3,9,11,14</sup>.

La somnolencia diurna es casi siempre el primer síntoma de narcolepsia, y suele presentarse en la adolescencia, principalmente entre los 15 y los 25 años<sup>9</sup>. No es frecuente la aparición de este trastorno pasados los 40 años de edad. En un 50% de los casos parecen actuar como desencadenantes situaciones psicológicamente estresantes o alteraciones agudas del ritmo circadiano. La cataplejía puede ir asociada con la somnolencia, pero suele hacerlo en un 70% de casos meses, años o incluso décadas después.

Un 20-30% de los individuos con narcolepsia presentan, asimismo, alucinaciones hipnagógicas o hipno-

pómpicas, la mayoría de carácter visual, que incorporan elementos del entorno real. Las alucinaciones pueden ser también de carácter auditivo o cinético.

Alrededor del 30-50% de los sujetos con narcolepsia experimentan parálisis del sueño justo en el preciso momento de dormirse o despertarse.

Las alucinaciones relacionadas con el sueño y la parálisis del sueño aparecen a veces de forma simultánea, dando lugar a una experiencia a menudo terrorífica, como consecuencia de ver o escuchar objetos inusuales y no poder escapar. Ambos fenómenos duran generalmente segundos o minutos y terminan de forma espontánea, considerándose elementos disociativos del sueño REM que han irrumpido en la vigilia<sup>1</sup>.

Los pacientes con síndrome narcoléptico tienen una mayor probabilidad de presentar también otros trastornos del sueño como el sonambulismo o los terrores nocturnos, y es más frecuente que hablen o tengan espasmos musculares estando dormidos<sup>15</sup>.

La etiopatogenia es aún hoy desconocida, aunque los trabajos actuales señalan la posibilidad de que exista una producción o utilización disminuida de la norepinefrina, dopamina y serotonina a nivel cerebral, así como receptores colinérgicos excesivamente numerosos o hipersensibles en el cerebro<sup>16</sup>. Parecen existir factores hereditarios ligados a diversos genes, asociados a distintos factores ambientales<sup>9</sup>. En alrededor del 10% de los pacientes con narcolepsia, la sintomatología se desencadena a raíz de alguna enfermedad neurológica, entre las que se encuentran los tumores cerebrales, accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiples, encefalitis, etc. En la mayoría de los casos se encuentra afectado fundamentalmente el tallo cerebral o el diencéfalo<sup>17,18</sup>.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial entre la narcolepsia y otros trastornos del sueño, tales como la privación del sueño, la hipersomnia primaria y los trastornos del sueño relacionados con la respiración, con traumatismos o con otros trastornos mentales (depresión, consumo de sustancias...).

## La parálisis del sueño como entidad aislada

La DSM-IV contempla la parálisis del sueño como entidad aislada, pero aún no está clara su delimitación con la narcolepsia.

Dahlitz y Parkes publican en 1993 un estudio en el que comparan a 22 sujetos con parálisis del sueño y excesiva somnolencia diurna, pero sin la cataplejía del síndrome narcoléptico, con otro grupo de 42 pacientes con el complejo típico de la narcolepsia (parálisis del sueño, somnolencia diurna y cataplejía). Ambos grupos

presentaban similitudes, como la edad media de presentación del primer síntoma (16/17 años) y la proporción varones/mujeres (55/45, aproximadamente). Pero también encontraron diferencias significativas entre ambos tipos de pacientes:

- a) En el primer grupo (parálisis del sueño sin cataplejía) los episodios de parálisis del sueño eran mucho más frecuentes, mientras que la excesiva somnolencia diurna y el insomnio presentaban menor severidad. Los antígenos HLA DR2(15) y DQ1(6) fueron hallados positivos en el 18 y 60% de los casos, respectivamente<sup>3</sup>. Por otra parte, la frecuencia de HLA DR2 en pacientes sin cataplejía que son diagnosticados de narcolepsia, parece ser superior a la encontrada en la población general<sup>19</sup>.
- b) En el segundo grupo (parálisis del sueño dentro de un síndrome narcoléptico), la parálisis del sueño se presentaba con mucha menor frecuencia y nunca era el primer síntoma, y en todos los casos se encontraron positivos los antígenos HLA DR2(15) y DQ1(6)<sup>3</sup>.

Aldrich considera que la etiología de la narcolepsia sin cataplejía probablemente es heterogénea: algunas personas tendrían un síndrome narcoléptico en el que aún no se habría expresado la cataplejía (algunos pacientes desarrollan cataplejía más de 20 años después de los primeros síntomas). Otros, probablemente, tendrían el genotipo de la narcolepsia, pero con un fenotipo no asociado a la expresión de la cataplejía. Un tercer grupo podría tener un genotipo y un fenotipo distintos del de la narcolepsia y, finalmente, algunos pacientes podrían incluirse entre otros trastornos del sueño.

Del mismo modo, el síndrome de hipersomnia idiopática constituiría también una entidad heterogénea en la que un subgrupo de pacientes tendría un síndrome clínico con parálisis del sueño, que sería indistinguible de la narcolepsia sin cataplejía, salvo por la ausencia de anomalías en el sueño REM<sup>8,20</sup>.

## Perspectivas terapéuticas

La parálisis del sueño, cataplejía y sueño REM comparten características comunes, y todas ocurren durante un cambio repentino en el nivel de alerta. Los tres fenómenos van asociados con sueños vívidos, atonía muscular y contracciones musculares pequeñas fásicas. Los estudios electrofisiológicos muestran también ciertas similitudes<sup>3,21</sup>.

Dahlitz y Parkes sugieren que, quizás, todos los tipos de parálisis del sueño se deben a un inapropiado tiempo de presentación de la atonía del sueño REM, particularmente cuando la actividad REM ocurre al

principio del sueño. Esto se ha comprobado en diferentes alteraciones del ciclo sueño-vigilia (fiebre, privación del sueño). Además de estos factores ambientales, podría haber otro componente genético en la parálisis del sueño, quizá no asociado al HLA<sup>3</sup>.

Sin embargo, hay datos que permiten cuestionar la relación entre sueño REM y los otros dos síntomas: mientras que el sueño REM es un suceso fisiológico que sucede durante el sueño, en la parálisis del sueño y en la catalepsia el sujeto está despierto<sup>3</sup>. Por otra parte, los hallazgos de Aldrich sugieren que, en ausencia de catalepsia, la propensión a experimentar períodos REM al inicio del sueño tiene poca o nula relación con los síntomas aparentemente relacionados con el sueño REM, como las alucinaciones hipnagógicas y la parálisis del sueño. La alta propensión al sueño REM en tales pacientes podría indicar un control anormal del sueño REM que no conduce directamente a una alta incidencia de síntomas característicos, como parece suceder en los pacientes con narcolepsia<sup>8</sup>.

En este momento, el tratamiento de elección para los fenómenos asociados a anomalías del sueño REM (catalepsia, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas) son los antidepresivos tricíclicos e ISRS, medicamentos que tienden a suprimir el sueño REM (se han realizado estudios, al menos con clomipramina, paroxetina y sertralina)<sup>10,22,23</sup>. No obstante, Dahlitz y Parkes han comprobado que estos tratamientos son menos eficaces en la parálisis del sueño que en la catalepsia<sup>3</sup>. Los recientes estudios, en los que se asocian el síndrome narcoléptico y la parálisis del sueño a determinados antígenos HLA, aunque no han permitido confirmar de momento la hipótesis de que se trata de enfermedades de tipo autoinmune<sup>14</sup>, sí permiten suponer la existencia de interacciones entre el sistema inmunitario y el neurológico que es preciso investigar y que, probablemente, ofrezcan nuevas perspectivas de tratamiento<sup>10</sup>.

## Agradecimiento

Agradecemos al Dr. R. Esteban Junco su iniciativa y apoyo en la elaboración de este trabajo.

## Bibliografía

1. American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed. APA Washington DC, 1994.
2. Fukuda K. One explanatory basis for the discrepancy of reported prevalences of sleep paralysis among healthy respondents. *Percept Mot Skills* 1993;77(1):803-807.
3. Dahlitz M, Parkes JD. Sleep paralysis. *Lancet* 1993;341:406-407.
4. Wing YK, Lee ST, Chen CN. Sleep paralysis in Chinese: ghost oppression phenomenon in Hong Kong. *Sleep* 1994;17:609-613.
5. Friedman S. Characteristics of African-American and white patients with panic disorder and agoraphobia. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:798-803.
6. Conesa J. Relationship between isolated sleep paralysis and geomagnetic influences. A case study. *Percept Mot Skills* 1995;80:1263-1273.
7. Conesa J. Isolated sleep paralysis, vivid dreams and geomagnetic influences: II. *Percept Mot Skills* 1997;85:579-587.
8. Aldrich MS. The clinical spectrum of narcolepsy and idiopathic hypersomnia. *Neurology* 1996;46:393-401.
9. Choo KL, Guilleminault C. Narcolepsy and idiopathic hypersomnolence. *Clin Chest Med* 1998;19:169-181.
10. Mignot E. Perspectives in narcolepsy research and therapy. *Curr Opin Pulm Med* 1996;2:482-487.
11. Dyken ME, Yamada T, Lin Kyken DC et al. Diagnosis narcolepsy through the simultaneous clinical and electrophysiologic analysis of cataplexy. *Arch Neurol* 1996;53:456-460.
12. Neely S, Rosenberg R, Spire JP, Antel J, Arnason BGW. HLA antigens in narcolepsy. *Neurology* 1987;37:1858-1860.
13. Moscovitch A, Partinen M, Guilleminault C. The positive diagnosis of narcolepsy and narcolepsy borderland. *Neurology* 1993;43:55-60.
14. Kadotany H, Faraco J, Mignot E. Genetic studies in the sleep disorder narcolepsy. *Genome Res* 1998;2:427-434.
15. Parkes JD, Chen SY, Clift SJ, Dahlitz MJ, Dunn G. The clinical diagnosis of the narcoleptic syndrome. *J Sleep Res* 1998;7:41-52.
16. Bergstrom DL, Keller C. Narcolepsy: pathogenesis and nursing care. *J Neurosci Nurs* 1992;24:153-157.
17. Maeda M, Tamaoka A, Hayashi A, Mizusawa H, Shoji S. A case of HLA-DR2, DQW1 negative post-traumatic narcolepsy. *Rinsho Shinkeigaku* 1995;35:811-813.
18. Lankford DA, Wellman JJ, O'Hara C. Posttraumatic narcolepsy in mild to moderate closed head injury. *Sleep* 1994;17:825-828.
19. Aldrich MS. Narcolepsy. *Neurology* 1992;42:34-43.
20. Aldrich MS. Diagnostic aspects of narcolepsy. *Neurology* 1998;50(2 suppl 1):52-57.
21. Schenck CH, Mahowald MW. Motor dyscontrol in narcolepsy: rapid-eye-movement (REM) sleep without atonia and REM sleep behavior disorder. *Ann Neurol* 1992;32:3-10.
22. Mathis J. Current aspects in the diagnosis and therapy of narcolepsy. *Schweiz Med Wochenschr* 1992;122:1385-1393.
23. Smeyatsky N, Baldwin D, Botros W et al. The treatment of sleep disorders. *S Afr Med J* 1992;Suppl:1-8.

## Reseña de Revistas

### El seguimiento comunitario

A. González Rodríguez

*Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Madrid*

En las últimas décadas se han desarrollado diferentes modelos de atención psiquiátrica a los pacientes psicóticos en la comunidad. Programas que la literatura anglosajona llama de *case management* y que en la psiquiatría francófona y española viene denominándose como “*suivi communautaire*” o seguimiento comunitario. Hay abundante literatura, en especial de los programas más conocidos y usados como el Assertive Community Treatment (ACT) o el *Intensive Case management* que la Revista Santé Mental au Québec recoge en el número que comentamos (Volume XXIII, número 2, Automne 1998). Nuevos métodos de atención comunitaria que surgen a principios de los setenta ante las dificultades que atraviesa la desinstitucionalización en EEUU. Las características del sistema de salud y de cuidados psiquiátricos en los Estados Unidos de Norteamérica evidencia muy pronto el abandono de los pacientes crónicos desinstitucionalizados debido a la falta de cobertura sanitaria y de servicios sociales de un sistema de prestaciones regido por la ley del mercado y sustentado en aseguradoras. Un modelo de prestaciones que favorece la fragmentación y la superespecialización de los servicios y que exige de los “cuidadores: transacciones complejas efectuadas entre las empresas privadas y las organizaciones públicas. Por otra parte, tanto los *Community Mental Health Centers*, centrados en la prevención y en tratamientos breves como las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, no se hacían cargo de los pacientes psicóticos más allá de los episodios de agudos. Para hacer frente a esta situación, Stein en Test diseñaron un programa (*Program of Assertive Community Treatment* o PACT) de tratamiento, rehabilitación y de soporte en la comunidad que descansa en la toma a cargo por un equipo de las necesidades totales del paciente (Uno de los artículos, *Modos de tratamiento en la comunidad para los adultos con enfermedades mentales severas y persistentes*, es la traducción de un trabajo reciente de Mary Ann Test, donde esta profesora

de la escuela de trabajo social de la Universidad de Wisconsin, después de 25 años de evaluar los programas de seguimiento en la comunidad, se refiere a su actualidad y efectividad para tratar a enfermos mentales graves con discapacidades). El *Case management*, de la mano del trabajo social, llega después como un medio de adquirir servicios para el cliente más que como un servicio directo. Daniel Gelinas, señala los elementos esenciales que permiten diferenciar los dos programas más influyentes, la gestión de casos (*Case management*) y el seguimiento intensivo (*Assertive Community Treatment*) [pp.17-47]. En la actualidad, con casi tres décadas de desarrollo, el seguimiento de los pacientes psicóticos más graves en la comunidad se ha ido imponiendo como necesario para hacer frente al aislamiento, la marginación y las múltiples dificultades de estos pacientes para vivir fuera de las instituciones. Hoy el concepto de *case management* integra modelos y prácticas muy diferentes: Bachrach, 1991; Kante, 1989; Mauirn, 1990; Stein, 1990; Tessier et Clément, 1992, [p.94]. Mario Porier et al hacen una revisión siguiendo a Paradis et Gagnon (1989) y encuentran más de 250 modalidades conocidas de *case management*. Generalmente integran los siguientes objetivos: mantener en la comunidad las personas con problemas importantes de salud mental, ofrecer una mayor continuidad de cuidados, favorecen la *congruencia* en las intervenciones, prevenir las recaídas y las hospitalizaciones, mejorar la accesibilidad a los servicios e incrementar la participación del cliente [95-118].

El Comité para la Continuidad del Cuidado, creado en 1988 en Canadá para asegurar una mejor coordinación de recursos y garantizar la continuidad de la atención a las personas con trastornos mentales severos y persistentes, propone como definición de *case management*: El (CM) es una herramienta encaminada a ofrecer un plan de intervención coordinado y continuo, adaptado a las necesidades del cliente y de su red natural de apoyo (familia, amigos). Es un proceso centrado

en el respeto, la colaboración y la negociación de todos los implicados... El CM resulta de un esfuerzo constante de discusión y negociación que tiene por objetivo ayudar al cliente recuperar una capacidad que de un sentido positivo a su vida”.

Los diferentes modelos canadienses que se describen, entre otros el de l'Ouest de l'île de Montréal o el de Toronto, insisten en la negociación y el respeto a los clientes que se ven como agentes activos y corresponsales de todo el proceso de atención, así como en la necesidad constante de verificar el consentimiento informado; de contar con amigos y parientes y de flexibilizar en todo momento el cuidado.

El número se cierra con un artículo de Giuseppe dell'Acqua et al, sobre la historia y el espíritu de los Servicios de Salud mental de Trieste, experiencia que ya cuenta con 25 años de actividades alternativas a la hospitalización psiquiátrica tradicional, a través de una red de cuidados en la comunidad y cooperativas de trabajo.

Por último, destacar el interés de esta revista en lengua francesa que viene dando cuenta de la psiquiatría norteamericana, enriquecida por la mayor dimensión pública de la Sanidad de Québec y el mayor interés de los psiquiatras de esta provincia canadiense por la reflexión teórica que sus vecinos anglófonos.

## Crítica de Libros

### Care in the Community: Illusion or reality?

*Julian Leff, ed.*

*Sussex: John Wiley & Sons; 1997.*

**H**ablar de lo ocurrido con los hospitales psiquiátricos, sus ocupantes, los profesionales que en ellos trabajan y de la repercusión de tal evolución en su entorno, en la asistencia psiquiátrica y en la opinión pública, no es tarea fácil. A los profesionales implicados les sobra pasión a la hora de defender su postura y les falta, en la mayoría de las ocasiones, la mirada serena que permite la autocrítica sobre la historia de estas instituciones..., si es posible hablar de historia cuando gran parte de estos hospitales siguen en pie, con igual pie. A los no implicados, por obvio, evidente o heredado, les falta pasión y les sobra reflexión. Reflexionar ideológicamente sobre la historia, a fin de cuentas siempre contada por alguien, a veces no deja de ser un juego malabar interesante que nos aleja de la realidad, del aquí y ahora, y nos coloca en el terreno de las hipótesis, del “hubiera podido ser”.

Valga esta introducción para situar la envergadura y dificultad del trabajo de Julian Leff. No por estar escrito desde la trinchera carece de autocrítica.

Fundador en 1985, y presidente desde entonces del Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS), se ha dedicado durante más de once años a evaluar la repercusión de la transformación de los grandes y centenarios hospitales psiquiátricos del Reino Unido. Este libro recoge el fruto de la reflexión de todo su equipo, compuesto por profesionales de todas las disciplinas implicadas en la salud mental. Es un trabajo serio, lúcido y valiente, que no elude los principales problemas puestos al descubierto por la reforma psiquiátrica ni los retos planteados.

La primera parte del libro da cuenta de la historia de los hospitales psiquiátricos, de su origen y ascenso hasta su caída y cierre. El cierre de los hospitales psiquiátricos dio paso a la aparición de los modelos de atención comunitaria basados en los principios hoy básicos, pero entonces, como recuerda L. Bachrach, no tan sabidos: no basta con el cambio del marco de atención, es necesario un tratamiento individualizado y unos servicios flexibles que incluyan a los pacientes en la planificación.

Una segunda sección aborda las distintas perspectivas de la atención comunitaria: pacientes, profesionales y opinión pública. En cuanto a las necesidades de los pacientes dados de alta en los hospitales (deseo del 2280%), queda demostrada la diferencia y particularidad de las necesidades: de mínimos a cuantiosos recursos económicos, de residencias escasamente supervisadas a la hospitalización completa, de ninguna necesidad de cuidados de enfermería a un estrecho cuidado médico y de enfermería en los ancianos enfermos. Uno de los graves problemas surgidos a raíz del cierre de los hospitales y la redistribución de los recursos es la subestimación de camas de hospitalización para pacientes con patologías de larga evolución pero con síntomas activos, que son subsidiarios del ingreso psiquiátrico. La carencia de camas limita o acorta prematuramente los ingresos, colapsa otros recursos que se hipertrofian y prestan peor su función, que desemboca en la paradójica situación de mayor satisfacción de algunos usuarios y profesionales con los recursos de los hospitales psiquiátricos que con las unidades de hospitalización de los hospitales generales. Por otra parte, tras el cierre de los hospitales se hace evidente la falta de preparación de los profesionales para las nuevas actividades y la necesidad de programas específicos de formación. La opinión pública ha seguido el curso de los acontecimientos, a veces con miedo, otras, reclamando un mayor control social de los enfermos y otras, aceptando sin queja los cambios. No es una sorpresa el planteamiento de Wolff acerca del papel crucial de la prensa en estas actitudes. La atribución de noticias alarmantes sobre casos puntuales de los enfermos mentales a fallos de la atención comunitaria ha sembrado el desconcierto, la duda, el rechazo, y se ha seguido en ocasiones de movimientos en pro de la vuelta al control institucional. La tercera y última parte del libro aborda los riesgos y las formas de evitarlos. Es, quizás, la parte más interesante, porque permanece abierta, sin resolver, y toca alguno de los temas más polémicos de la reforma psiquiátrica: el aumento de los “sin techo”, la peligrosidad, los pacientes difíciles, los nuevos crónicos, la transins-

titucionalización. Para Leff, caben pocas dudas acerca del aumento de los enfermos mentales “sin techo” en las calles en los últimos 20 años. Sin embargo, frente a la conclusión apresurada de los que creen que tal aumento se ha producido a expensas de los pacientes que han abandonado los manicomios, encuentra que de los más de 800 pacientes seguidos tras su salida de los hospitales de Cane Hill y de Tooting Bec, en el Reino Unido, sólo siete acabaron en la calle. Por tanto, parece escasa la contribución del cierre de los hospitales al engrosamiento del número de los enfermos mentales sin techo. Sugiere una inadecuación o carencia de continuidad de los cuidados tras el paso de los pacientes que nunca han permanecido ingresados de forma prolongada en hospitales psiquiátricos, por servicios de admisión hospitalaria (ausencia del responsable del seguimiento del paciente, que asegure la planificación y coordinación de los recursos, el tratamiento farmacológico, etc.). En cuanto a la violencia y los riesgos para la sociedad, Trieman observa un aumento de la agresividad de los enfermos mentales en los últimos 20 años, relacionado con el aumento de la violencia en nuestra cultura, con el incremento de los enfermos que abusan del alcohol y las drogas (la causa más importante de criminalidad en nuestros días), pero no deja de recordar el mayor número de los enfermos víctimas de abusos o explotación que de agresores. Aparece el nuevo perfil del “paciente difícil”, joven, con estancias hospitalarias más cortas y escasa discapacidad funcional o física, pero caracterizado por una conducta social que dificulta su mantenimiento en la comunidad; se incluyen en este perfil los ancianos demenciados con alteraciones de la conducta, retrasos mentales, trastornos orgánicos cerebrales y psicóticos con conductas disruptivas. Los diferencia de lo que denomina “nuevos pacientes de

larga estancia”, que presentan trastornos mentales graves y persistentes y pasan largas temporadas hospitalizados, por la dificultad de mantenerlos fuera del hospital. Este grupo incluye a pacientes violentos, pero también a pacientes con nulo soporte social. Trieman juzga escasa la contribución de los pacientes de los antiguos hospitales al incremento de la criminalización; sin embargo, llama la atención sobre una nueva generación de pacientes jóvenes, desempleados, opuestos al tratamiento y con múltiples problemas conductuales, incluido el abuso del alcohol y las drogas. El riesgo de no contar con recursos adecuados, entre ellos hospitalización, es la transinstitucionalización. La sociedad debe elegir entre pagar el precio inevitable de un sistema de atención que da libertad y autonomía a sus enfermos, o recluir a gran número de personas para evitar el peligro que supone una minoría no identificable *a priori*.

Para Leff, el pequeño número de pacientes difíciles no justifica de ninguna manera el mantenimiento de las instituciones psiquiátricas; es más, augura su desaparición de los países occidentales en los próximos 50 años.

Hasta entonces, hasta que estos edificios sean considerados un vestigio del pasado, sirva la cita del filósofo americano George Santanya: “Aquéllos que no recuerdan el pasado están condenados a repetirlo”.

Nos aproximamos al nuevo siglo con problemas sin precedentes en la prestación de servicios: más y mejores servicios con menos recursos. Conocer el pasado lo mejor posible es lo único seguro en nuestra mano y para ello este libro es imprescindible.

Ana González Rodríguez

## Compendio de musicoterapia

*Serafina Poch Blasco*

*Barcelona: Herder; 1999*

**A** lo largo de casi 700 páginas, distribuidas en dos volúmenes, la autora hace un recorrido por todos los aspectos de esta disciplina.

Aborda los diferentes métodos y técnicas empleados en musicoterapia: los métodos receptivos, mediante la audición musical –como novedad, la técnica de los “viajes musicales”–, y los métodos creativos, como la improvisación, el diálogo musical y algunas técnicas proyectivas, explicando sus posibles aplicaciones mediante casos clínicos. Dedicada también dos capítulos a la expresión mediante el canto y la danza, y a sus aplicaciones en la musicoterapia.

Los capítulos dedicados a la atención a los niños son los más exhaustivos, y en los que las indicaciones sobre objetivos y técnicas son más explícitas. Así, la información es extensa en los temas de educación temprana y educación especial, trastornos neurológicos, psicosis infantiles y autismo. Queda escaso, sin embargo, el capítulo que trata de las aplicaciones en psiquiatría de los adultos, que quizás no sea el campo de la especialidad de la autora.

El segundo volumen está dedicado, en su mayor parte, a una revisión de la historia de la música y a conceptos musicales básicos para los no iniciados.

Interesante es la información que incluye sobre cómo y

dónde se puede realizar una formación reglada en musicoterapia en los distintos países del mundo, con opiniones sobre el grado de profesionalización de la disciplina en cada uno de ellos. En el caso de España, se recuerda cómo ha sido, de la mano de la autora, la introducción de la disciplina en dicho país desde los años 1960, con extensas referencias a su propia trayectoria profesional.

Finalmente, dedica un capítulo a la musicoterapia preventiva y de cómo utilizar la música para mejorar la calidad de vida y el aprovechamiento de los ciudadanos en diferentes edades y ámbitos. Propone una discografía amplia, con la que se puede estar en desacuerdo, pero que abarca una buena variedad de temas musicales para aplicar en cada situación.

El *Compendio de musicoterapia* puede acercar a los profesionales de la salud mental una técnica muy utilizada en los hospitales públicos de muchos países, sobre todo de los EE.UU. y Centroeuropa, pero gran desconocida en nuestro país.

Esther Pérez Pérez

## Selección Bibliográfica

### REVISTAS

#### ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

**The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions - the NAPE Lecture 1998.** Kessler RC. 1999;99:2-9.

Estudio que revisa la historia, objetivos y organización del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica en relación con la iniciativa de la OMS2000. Se concluye que las iniciativas de salud pública necesitan datos epidemiológicos de la población general válidos y representativos.

**Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area (1979/1980-1994).** Madianos MG, Economou M, Hatjiandreou M, Papageorgion A, Rogakou E. 1999;99:73-78.

El objetivo de este estudio es comparar las diferencias en actitudes hacia la enfermedad mental en Atenas, utilizando la escala de opinión sobre la enfermedad mental. Se observaron diferencias significativas entre dos muestras entre las que mediaban 14 años. En la muestra reciente se expresaban actitudes más positivas hacia la integración social de los enfermos mentales y se pronunciaban en contra de la discriminación social. Estos resultados se pueden explicar en el contexto de un clima social tolerante en el área de Atenas, reforzado por los programas de intervención de salud mental comunitaria.

**The roles of psychodynamic psychotherapy.** Larsen K. 1999;99:85-86.

Editorial que cuestiona la utilidad de la psicoterapia psicodinámica, en base a su opinión de que es muy costosa, que sólo es adecuada para los pacientes menos graves y que los estudios que demuestran su eficacia no son muy rigurosos. En su opinión, el éxito de esta terapia se debe a que aporta un significado al sufrimiento del paciente.

**What patient characteristics make therapists recommend psychodynamic psychotherapy or other treatment forms?** Svanborg P, Gustavsson JP, Weinryb RM. 1999;99:87-94.

Los autores revisaron retrospectivamente los diagnósticos psiquiátricos y los rasgos de personalidad de los pacientes derivados para psicoterapia psicodinámica para determinar qué factores influían en los terapeutas psicodinámicos para indicar un tratamiento. Observaron que se trataba de pacientes globalmente más sanos, con una organización neurótica de la personalidad e inhibición como mecanismo de defensa principal.

#### ADDICTION

**The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention as a health care intervention.** Barnett PG. 1999;94:479-488.

El autor hace una revisión y la analiza estadísticamente para determinar el efecto de la metadona en la tasa de mortalidad de los adictos a opiáceos y el coste del tratamiento y su duración. Empleada como terapia de mantenimiento, la metadona es más efectiva y barata que la mayor parte de los tratamientos médicos que se emplean habitualmente.

#### ANALES DE PSIQUIATRÍA

**Desensibilización por movimientos oculares en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático: informe de dos casos.** Tirapu Ustarroz J, Albéniz Ferreras A, Casi Arbonies A. 1999;15(1):30-33.

Artículo en el que se expone el tratamiento de dos casos de trastorno por estrés postraumático utilizando una novedosa técnica que consiste en que, mientras el paciente se concentra en evocar imágenes y emociones asociadas al traumatismo, se inducen movimientos oculares multisacádicos mediante el seguimiento del dedo del terapeuta.

**Estudio de las actitudes hacia la enfermedad mental/drogadicción y la religiosidad en una población rural.** Ruiz Ruiz M, Torres Ojeda F, Ruiz Ruiz de León F, Aparicio Aparicio D. 1999;15(3):96-102.

Los autores utilizan una escala de su creación (Escala de Rechazo hacia la Enfermedad Mental/Drogadicción y la Religiosidad) para comparar el grado de rechazo hacia la enfermedad mental en una población rural y en una población control. Se muestra que el rechazo es mayor

en la muestra rural, así como en los encuestados con un mayor nivel de ansiedad, las mujeres y los mayores de 35 años. No se encuentran diferencias significativas en función de la proximidad al enfermo mental.

**Mística y epilepsia.** Álvarez Rodríguez J. 1999;15(1):8-26 y 15(2):47-61.

Artículo en dos partes, resumen de una tesis doctoral, que estudia las relaciones existentes entre la fenomenología extraordinaria del proceso místico cristiano y las manifestaciones psíquicas de las crisis epilépticas parciales.

#### ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY

**A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder.** Skoog G, Skoog I. 1999; 56: 121-127 y comentario por Price et al.

Se trata de un estudio único en el que el mismo autor ha evaluado a pacientes diagnosticados de TOC (criterios de Schneider) en los años 40-50 más de 40 años después. Casi ninguno siguió tratamiento farmacológico. Concluye que la mayoría mejoran a lo largo de las décadas (el 80%: 20% remisión completa, 28% subclínica, el resto parcial). Casi la mitad seguían con el TOC 30 años después del diagnóstico inicial, y el 58% cambiaron de síntomas en la evolución.

**Transient depressive relapse induced by catecholamine depletion.** Berman RM, Narasimhan M, Miller HL, et al. 1999; 56: 395-403 y el comentario de Csernansky y Posener.

Un test que produce la depleción de catecolaminas fue capaz de distinguir a los sujetos eutímicos con antecedentes depresivos de los que no tenían estos antecedentes. En este artículo y en el comentario que le sigue se destaca la absoluta falta de marcadores y la importancia de su búsqueda de vulnerabilidad en la investigación psiquiátrica. Éste podría ser uno de ellos.

#### ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA

**Evaluación de la asistencia que recibe el enfermo esquizofrénico. Comparación entre Mannheim y Granada.** Moreno Küstner B, Jiménez Estévez JF, Torres González F, Salize H, Rösler W. 1999; 62: 65-80.

Se presentan los resultados de una comparación bilateral entre dos centros asistenciales de Granada y Mannheim (Alemania) que forman parte de un estudio multicéntrico realizado desde 1993 en siete centros de diez países.

El objetivo del estudio es comparar la efectividad del sistema sanitario en ambos centros a partir de la evaluación de las necesidades asistenciales de una cohorte de pacientes esquizofrénicos. No se encuentran diferencias significativas respecto al número de problemas ni en el área clínica ni en la social, a pesar de que en Mannheim existe un mayor número de recursos hospitalarios, residenciales y ocupacionales. Sí aparecen diferencias significativas, sin embargo, en la cobertura de las necesidades sociales, presentando un mayor porcentaje de necesidades sin cubrir en Granada.

#### BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

**New antipsychotics: preclinical and clinical comparisons.** Kerwin R, ed. 1999; 174 (suppl 38).

Suplemento dedicado a revisar la neurofarmacología, objetivos clínicos diferenciales, efectos secundarios y efectos cognitivos de los nuevos antipsicóticos, especialmente de la olanzapina.

**Health of the Nation Outcome Scales.** Varios autores. May 1999; 174: 375-438.

En el número de mayo aparecen 12 artículos y un editorial con la publicación de las escalas para adultos, niños, adolescentes y ancianos de las escalas diseñadas por el equipo de Wing para la evaluación de los resultados de servicios psiquiátricos (las presentó en un nº anterior de la revista 1998; 172: 11-18) y los resultados de su uso en contextos clínicos diferentes. En general los resultados son poco satisfactorios tanto por las diferencias encontradas entre los resultados de investigadores y personal no investigador, como por la escasa utilidad para medir cambios en el tiempo o para planificar los tratamientos. En la editorial, Stein G se muestra pesimista respecto a la utilidad de esta escala (en realidad un inventario de síntomas y funcionamiento social) diseñado desde la política del sistema inglés de salud de mejorar la asistencia de manera medible.

**The difficult patient.** Hinshelwood RD 1999; 174: 187-190.

El autor afirma que los pacientes con psicosis son "observados" como objetos desde una distancia "científica" y, consecuentemente, despersonalizados (no se puede comprender la psicosis y, por lo tanto, al psicótico). Los trastornos severos de personalidad producen rechazo dada la implicación emocional que suscitan y son "juzgados" moralmente. Aunque somos conscientes de estas reacciones, Hinshelwood advierte que la actitud científica con que suelen manejarse no es útil al paciente ni al tratamiento, y propone una aproximación más subjetiva.

**Treatment of neuroleptic-induced akathisia with the 5-HT<sub>2</sub> antagonist mianserin. Double-blind, placebo-controlled study.** Poyurovsky M, Shardonosky M, Fuchs C et al.

Este estudio randomizado, doble ciego y con un grupo control con placebo, realizado en 30 pacientes muestra que la mianserina a dosis de 15 mg diariamente reduce la acatisia de forma significativa y propone a este fármaco como una prometedora opción terapéutica en el tratamiento de este efecto adverso de los neurolépticos.

**EURODEP Study.** 1999; 174: 304-345

Un editorial y cinco artículos originales que exponen los resultados que esta colaboración europea ha obtenido en el estudio epidemiológico de los trastornos afectivos en los ancianos incluyendo factores geográficos, culturales, clínicos y datos sociodemográficos.

**“Subthreshold” mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other “brand names”.** Pincus HA, Davis WW, McQueen LE. 1999;174:288-296.

Artículo de revisión que examina los estudios sobre los cuadros clínicos que no alcanzan a cumplir los criterios de depresión, sus definiciones y características. Propone algunas recomendaciones para los estudios sucesivos sobre el tema, realiza algunas consideraciones nosológicas y resalta la importancia de la colaboración entre la atención primaria y la psiquiatría para futuras investigaciones.

**Effectiveness of antidepressants. Meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials.** Bollini P, Pampallona S, Tibaldi G et al. 1999;174:297-303.

Se analizan los resultados de 37 estudios que comparan dos o más dosis del mismo antidepresivo. La eficacia del tratamiento antidepresivo es de un 50% para una dosis equivalente de imipramina de 100-200 mg. Mayores dosis son igual de eficaces pero más tóxicas y por debajo de este rango la eficacia y los efectos adversos disminuyen.

**BRITISH MEDICAL JOURNAL (BMJ)**

**Narrative based medicine.** Varios autores. 1999; 318.

Los primeros cinco números del año 1999 presentan artículos sobre la medicina basada en las narrativas de los

pacientes. Incluye un artículo sobre las razones por las que estudiar las narrativas (Greenhalgh T y Hurwitz B), uno de Launer J sobre la aproximación “narrativa” a la salud mental en la práctica médica general; el análisis del discurso en la práctica clínica es abordado por Elwyn G, y Gwin R; Jones AH escribe sobre ética y narrativa y Greenhalgh T cierra la serie con un trabajo sobre la medicina basada en la narrativa en un mundo sustentado en la evidencia que concluye señalando “la disonancia que experimentamos cuando intentamos aplicar hallazgos de la investigación en la práctica clínica ocurre cuando abandonamos el paradigma narrativo-interpretativo e intentamos utilizar sólo la “evidencia”.

**The Norwegian naturalistic treatment study of depression in general practice (NORDEP) I: randomised double blind study.** Malt UF, Robak OH, Madsbu HP, Bakke O, Loeb M. 1999; 318: 1180-1184.

Se compara el tratamiento con apoyo psicológico básico y placebo o sertralina o mianserina de los pacientes diagnosticados de depresión en atención primaria. Con placebo respondieron el 47%, con mianserina el 54% y con sertralina el 61%. Respondieron mejor las mujeres que los hombres y la sertralina resultó más beneficiosa si la depresión era recurrente. Los autores apuntan que estos datos son similares a los obtenidos en tratamientos desarrollados con intervenciones más sofisticadas llevadas a cabo por psiquiatras o psicólogos.

**Effects of a drug overdose in a TV drama on presentations to hospital for self poisoning.** Hawton K, Simkin S, Deeks JJ et al. 1999; 318: 972-977.

Tras la aparición en el programa de TV “Urgencias” de una intoxicación por paracetamol se analiza la incidencia de intoxicaciones en los hospitales generales (en el espacio temporal de tres semanas antes y después de tomarlo). La primera semana aumentó un 17% y la segunda un 9%, significativamente con paracetamol. De los 32 pacientes que habían visto el programa de TV el 20% reconocieron que les influyó al hacerlo y el 17% al elegir la droga.

**Public health psychiatry or crime prevention?** Eastman N. 1999; 318: 549-551.

Editorial que señala los peligros de la nueva línea del Gobierno inglés en el abordaje de los criminales con trastornos de personalidad. Para el autor se trata de una “tercera vía” que lleva a diseñar unidades especiales para criminales (incluso criminales potenciales sin condena) con trastornos de personalidad con el objetivo de

proteger a la sociedad de tales sujetos. Eastman cree que este abordaje híbrido no permite el estudio científico, por un lado, ni protege suficientemente los derechos de los "pacientes", por otro.

**Suicide and homicide by people with mental illness.**

Geddes J. 1999; 318: 1225-1226 y dos artículos de Shaw J et al y Appleby L et al.

En el número del 8 de mayo se presenta un editorial y dos artículos sobre los resultados de una encuesta nacional británica sobre el suicidio y el homicidio en personas con contacto en la red de salud mental el año previo. Un cuarto de las personas que se suicidan y un 40% de las condenadas por homicidio han estado en el psiquiatra el año anterior. En los suicidados la comorbilidad, el abuso de sustancias y los antecedentes de intentos de suicidio son comunes. En los homicidas los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias son los antecedentes más frecuentes. Sólo 10 pacientes tenían diagnóstico de esquizofrenia. Se discuten las estrategias preventivas concluyendo que no hay ninguna de demostrada eficacia. Si se obligara por mandato judicial a tratarse ambulatoriamente a los pacientes de riesgo, a pesar del ingente número de pacientes con quien habría de hacerse, sólo se prevendrían dos homicidios y 30 suicidios.

## PSYCHIATRIC SERVICES

**Criminal victimization of persons with severe mental illness.** Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW et al. 1999;50:62-68.

En este artículo los autores describen un estudio que realizaron para averiguar cuántos y qué tipo de crímenes sufrían las personas con un trastorno mental severo. La tasa de ser víctima de un crimen violento es de dos veces y media superior en un enfermo mental que en la población general y está asociado a factores como el consumo de drogas o el hecho de no tener hogar o vivir en un medio urbano. Sin embargo el sentido de vulnerabilidad es llamativamente bajo en esta población y resulta mayor cuanto más elevado es el nivel educativo.

**Treating substance abuse among patients with schizophrenia.** Bellack AS, DiClemente C. 1999;50:75-80.

Partiendo del modelo transteorético del cambio de Prochaska y DiClemente, los autores proponen un protocolo de tratamiento de seis meses de duración del abuso de sustancias en los pacientes con esquizofrenia. En este tratamiento se intenta minimizar el impacto de

los déficit cognitivos y emocionales asociados a la esquizofrenia y se plantean cuatro módulos focalizados en habilidades sociales y resolución de problemas, educación sobre las causas y los peligros del uso de sustancias, entrevistas de motivación dirigidas a disminuir el consumo y entrenamiento en las habilidades conductuales para la prevención de las recaídas.

**A review of bipolar disorder among adults.** Hilty DM,

Brady KT, Hales RE. 1999;50:201-213.

Excelente revisión sobre lo más relevante que se ha publicado en los últimos 10 años sobre el trastorno bipolar en los adultos. Incluye los aspectos epidemiológicos, etiológicos, de evaluación y tratamiento, prestando especial interés a los factores que pueden complicar el manejo como el incumplimiento, la comorbilidad con otros trastornos, la manía mixta y los cicladores rápidos.

**Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations.** Barton R. 1999;50:525-534

En esta revisión Barton analiza los principales estudios de intervenciones en rehabilitación psicosocial con especial énfasis en los que abordan el entrenamiento en habilidades, psicoeducación familiar y empleo protegido. Por otro lado analiza el coste de estos tratamientos y su ubicación entre distintos dispositivos y varios niveles de intensidad del servicio y propone líneas de investigación en este sentido en las que se apoyen los cambios que han de hacerse a nivel estratégico.

## PSYCHOSOMATIC MEDICINE

**Elevations of serum T3 levels and their association with symptoms in World War II veterans with combat related PTSD.** Wang S, Mason J. 1999; 61: 131-138 y comentario editorial de Prange AJ sobre el eje tiroideo y el PTSD.

Este estudio tiene el mérito de replicar otro realizado con veteranos del Vietnam. Los autores encuentran las mismas alteraciones en el eje tiroideo: aumento de T3 total y libre, de T4 total y no de T4 libre o TSH. Estas alteraciones persisten 50 años después y se correlacionan con los síntomas de hiperalerta. Los autores y los comentaristas especulan sobre la hipótesis de las alteraciones en el eje tiroideo en el PTSD y sus implicaciones en el desarrollo de esta enfermedad, olvidando que se trata de un hallazgo muchos años después del traumismo y que no se tienen datos de estas hormonas antes de éste.

## PSYCHOSOMATICS

### **Psychiatrics aspects of excellent end-of-life care.**

Shuster JL, Breitbar W, Chochinov HM, et al. 1999; 40: 1-3.

---

Se presenta la posición de la Academia de Medicina Psicosomática sobre los aspectos psiquiátricos de los cuidados al final de la vida y se hace referencia a las posiciones de otras sociedades. Se dan las referencias de dónde encontrar los documentos en los que cada sociedad expone sus recomendaciones sobre las decisiones a adoptar desde la psiquiatría frente al paciente terminal. Las de esta Academia están en: <http://www.apm.org>.

## REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

### **La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental.** Inglott R. 1999; 70: 210-219.

---

El autor se decide a realizar un análisis más profundo sobre los efectos del modelo de atención en salud mental en la estructuración interdisciplinaria del quehacer profesional más allá de la tendencia a mencionar sistemáticamente el síndrome de *burn-out* que, como propone, no viene sino a ocultar funcionamientos viciados en los equipos. El objetivo del artículo es analizar cómo se corresponde el marco conceptual biopsicosocial en el que se han creado los equipos con la planificación curricular y el diseño de los perfiles de los profesionales.

## REVISTA DE PSICOTERAPIA

### **Mesa redonda cibernética: análisis de la influencia de la combinación de psicofármacos y psicoterapia, según las diferentes orientaciones de psicoterapia.**

Mirapeix C, Caro Y, Echeburúa E, González Torres MA, Ibáñez E, Rodríguez Vega B, Villegas M. 1998; 36: 63-90.

---

En este número dedicado monográficamente a la integración de la psicoterapia y la psicofármacos destaca un extenso artículo en el que siete profesionales de la psicoterapia discuten, en una peculiar mesa redonda a través de E-mail, acerca de la integración del tratamiento psicoterapéutico con psicofármacos. Desde posiciones teóricas diferentes responden a cuestiones como: de qué manera afecta a la presencia de un psicofármaco a la construcción teórica del abordaje que propone cada orientación; cómo se maneja desde cada orientación la introducción de un psicofármaco cuando la terapia está en curso y la necesidad de continuarla cuando ésta finaliza; y cómo se realiza la secuenciación de las actuaciones en función de los objetivos del tratamiento.

## SCHIZOPHRENIA BULLETIN

1999;25(1).

---

El primer número del año está dedicado a la cuestión de si la esquizofrenia es un trastorno cerebral lateralizado y contiene artículos sobre neuropsicología y neuroimagen.