

Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental

AMSM - AEN. Cuaderno Técnico, 1 (difusión interna)

Madrid; 1998.

Algún día será preciso hablar de las publicaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y de sus asociaciones autonómicas. Desde el cambio de orientación que fue Sevilla (Congreso Nacional de 1977), la Asociación va constituyendo una serie de publicaciones propias: Boletín de la AEN, Revista de la AEN, Maristan, Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, Revista de Salud Mental de Castilla y León; una colección de Libros de Ponencias y, en los últimos años, la imprescindible colección de Historia y los Cuadernos Técnicos, monografías sobre temas o documentos de actualidad.

El cuaderno sobre prestaciones realizado por un Grupo de Trabajo de la Asociación Madrileña de Salud Mental se inscribe en esta tradición, pero al tiempo abre un tipo de documentos del que estaba huérfana la Asociación y la especialidad en nuestro país. Ni las asociaciones ni la Administración se han ocupado demasiado hasta ahora de definir prestaciones y estándares de calidad en psiquiatría. La creación de un comité de expertos que den criterios sobre indicadores y normas de actuación (de cuestiones éticas, por ejemplo) es una de las funciones más importantes hoy de las asociaciones profesionales. Quizá así podremos terminar de ponernos de acuerdo cuando hablamos de hospitalización parcial, rehabilitación psiquiátrica, apoyo comunitario, o de esos confusos y obsoletos términos, otra vez en boga, de media estancia y larga estancia, con los que renace el manicomio (o no termina de desaparecer) como lugar de atención a la cronicidad psiquiátrica.

Este cuaderno, del que pediría una reedición con ISBN (lo que posibilitaría su difusión y venta en librerías), parte de la definición de las necesidades percibidas y latentes, de los criterios de gravedad, de los criterios de cronicidad, de las poblaciones diana, las prestaciones básicas, estándares de calidad, perfiles de la demanda y atención primaria y alternativas para una mejor detección, asunción para tratamiento y derivación de casos, por parte de la atención primaria. Termina el documento con una serie de anexos (escalas, guías de atención, indicadores infanto-juveniles...).

Es un camino a seguir, a completar, en un momento de nuestro país en el cual la psiquiatría necesita definir programas, prestaciones, GDRs, unidades, protocolos (de

hecho, el Ministerio de Sanidad está creando grupos de expertos, en contacto con las asociaciones profesionales, para estos fines). Los tiempos lo exigen.

Hoy tanto el Insalud como los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas donde han sido transferidas las competencias sanitarias, están introduciendo medidas encaminadas a reorientar las prestaciones sanitarias, mejorando y agilizando la microgestión, la gestión de las áreas clínicas. Tanto el plan estratégico del Insalud (libro azul, 1988) como las nuevas formas de organización que se vienen ensayando, precisan de una clara delimitación de las prestaciones en salud mental, de los indicadores y grupos diagnósticos psiquiátricos y de su grado de complejidad, para establecer la cartera de servicios y los contratos programas.

Con independencia de la bondad o no de las fundaciones, empresas públicas sanitarias y consorcios (ahí está el riesgo de la privatización, de la iniquidad y del encarecimiento) que se están ensayando como nuevas formas organizativas, la introducción de técnicas de gestión empresarial privada en los centros sanitarios públicos, es un hecho y un hecho positivo. Es necesario saber cuánto cuesta lo que hacemos para poder introducir medidas de equidad. Es necesario controlar un gasto farmacéutico que supera en varios puntos la media europea. Es necesario cambiar de cultura. Lo que no significa privatizar ni atentar contra la universalidad de las prestaciones. Todo lo contrario.

Pienso que la defensa hoy de un sistema público de salud pasa por aumentar su eficiencia –no es patrimonio de la empresa privada–, rompiendo la burocratización del sistema. Pero en este proceso habrá que intervenir para definir con criterios públicos los indicadores y estándares.

La tentación de abandono de la cronicidad psiquiátrica, la confusión en los límites de lo sociosanitario, o la definición de las unidades por una medida ilusoria de tiempo (camas de media y larga estancia), en vez de por su contenido (las actividades rehabilitadoras o residenciales), pueden hacer mucho daño a la planificación de la salud mental. Hay que salir de estos momentos en los que cualquiera puede escribir en un programa o plan (y hasta cobrar por ello), estableciendo criterios y definiciones claras.

Manuel Desviat