

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DIRECCION DE POSTGRADO

MINISTERIO DE SALUD
DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS
UNIDAD DE SALUD MENTAL

Curso de Educación Continua:
Gestión en Psiquiatría y Salud Mental.
Director: Dr. Rafael Sepúlveda

APUNTES DOCENTES:

**ANALISIS CRITICO DE LOS PROCESOS DE
REFORMA PSIQUIATRICA¹**

Síntesis del Texto:

Desviat, M. "La Reforma Psiquiátrica". Ediciones DOR S. L., Madrid, 1994.

¹ Resumen redactado por el Dr. Walter Brokering, alumno del Curso de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental, 1999.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS PROCESOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

I. - La institucionalización de la locura:

- ✓ El encierro, en hospicios, de mendigos y desempleados como respuesta del siglo XVII a la desorganización social.
- ✓ El encierro como respuesta absolutista – monárquica para ocultar la miseria, la vagancia, etc. Lleva a la creación de instituciones de encierro.
- ✓ Se define al hospital como una institución de exclusión social.
- ✓ El mito español de la fundación del primer manicomio en el siglo XV, resultó ser un hospital general.
- ✓ A partir de esta instancia no médica de borramiento de la desviación y la indigencia, en los años posteriores, de la creación de las instituciones republicanas, nacen el manicomio y la Psiquiatría como especialidad médica, para diferenciar las formas de locura y sus espacios propios de reclusión.
- ✓ El nuevo orden social nacido de la Revolución francesa, necesitaba una nueva conceptualización de la locura.
- ✓ Se legitima administrativa y jurídicamente la Psiquiatría y el manicomio como la especialidad y el lugar para el tratamiento del enfermo mental, instaurándose la tutela médica y complementando las medidas cautelares con la curación.
- ✓ El gran encierro absolutista debe ser abolido, el enajenado no puede ser ya privado de su libertad sin garantías jurídicas.
- ✓ La reclusión ha de definirse como algo terapéutico: el aislamiento de un mundo externo perturbador.
- ✓ Se instaure así el tratamiento moral: hay que aislar al paciente de la sociedad, de la comunidad, que es la que genera los trastornos, hay que distraer la locura, ocupando el espíritu y el cuerpo.
- ✓ Esquirol acuña la palabra asilo para referirse al lugar apropiado para el tratamiento moral, desechando la expresión peyorativa de hospital.
- ✓ La locura se separa así del campo general de la exclusión absolutista, convirtiéndose en una entidad clínica, que es preciso atender médicamente.
- ✓ Se reconoce que el alienado conserva alguna parte de razón, la que permite el diálogo entre el médico y el enfermo, haciendo posible el tratamiento moral.
- ✓ Sin embargo, a lo largo del siglo XIX el enajenado va a seguir siendo considerado como una persona jurídicamente irresponsable, iniciándose así, una turbia alianza entre la Psiquiatría y el Derecho. Los psiquiatras van a constituirse en los tutores de estos seres “perversos”, que no son responsables de sus conductas ni crímenes.
- ✓ A partir de las ideas de peligrosidad, incurabilidad e irresponsabilidad. Morel introduce el término de degeneración, con el que alude a la naturaleza irremediablemente desviada del loco.

- ✓ Esta concepción permitió toda una nosología médico – criminológica de la enfermedad mental, llegándose a establecer estigmas y anomalías, físicas y psíquicas hereditarias, como etiológicas.
- ✓ Estas categorías fueron asumidas por las dictaduras fascistas – nazistas tanto en Italia, España, como en Alemania y fueron excusa para el exterminio masivo de los enfermos mentales durante la 2ª G.M.
- ✓ Es así como el optimismo con el que nace la Psiquiatría después de la Revolución francesa, con su fe en la posible curación del loco, pronto se ve roto, principalmente por dos acontecimientos: la masificación de los asilos, que dificulta el tratamiento moral individualizado y el triunfo de las tesis órgano – mecanicistas, que atribuyen la génesis de la enfermedad mental a factores hereditarios y a lesiones cerebrales que no son susceptibles de curación.
- ✓ Estas circunstancias permiten comprender las distintas funciones que se le asignaron al manicomio a lo largo de la historia:
 - a) médico – terapéutica
 - b) social (refugio para los locos abandonados)
 - c) protección de la sociedad frente a personas peligrosas.

II.- Los primeros movimientos de reforma psiquiátrica:

- ✓ Después de la 2ª G.M., en tiempos de mayor crecimiento económico, de desarrollo de los movimientos cívicos y de mayor preocupación social por las minorías, renacen las críticas al asilo y se llega a la conclusión de que el hospital psiquiátrico debe ser suprimido.
- ✓ Junto con esta voluntad colectiva de crear una sociedad más libre e igualitaria, el descubrimiento de los medicamentos psicotrópicos y la introducción del psicoanálisis y de la salud pública a la Psiquiatría, fueron elementos propulsores de los distintos movimientos de reforma.
- ✓ Las características sociopolíticas de cada país, el tipo de sistema sanitario, su forma de organización y grado de cobertura, condicionan el modelo de atención de salud, lo que junto al rol otorgado al manicomio y a los servicios de salud mental, van a diferenciar los movimientos de reforma.
- ✓ En un sistema como el de los EE.UU. caro e insolidario, en que la enfermedad y la discapacidad son una responsabilidad individual, la Psiquiatría comunitaria sólo llega a tener experiencias piloto, no debiendo extrañar que la desinstitucionalización adquiera características extremas, “salvajes”, y que los pacientes crónicos externalizados incrementen el número de pobres y “homeless”.
- ✓ La Psiquiatría comunitaria exige un sistema de salud universal, equitativo, descentralizado, participativo, en que la organización unitaria de los servicios y la integración de los tres niveles clásicos de atención, desde la educación para la salud hasta la rehabilitación, con un financiamiento principalmente público y con estrategias de intervención poblacional y no sólo individual, son las condiciones de posibilidad para una salud comunitaria.

- ✓ El 2º factor de diferenciación entre los procesos de reforma psiquiátrica, está dado por la búsqueda de alternativas al manicomio, pues en un caso, como el de Francia, se pretende su transformación en una institución terapéutica, mientras que en el otro, se plantea su cierre definitivo, como en Italia y EE.UU.
- ✓ En la búsqueda de nuevas formas de enfrentar el trastorno mental, hay conceptos comunes que están presentes en los postulados teóricos de todas las experiencias de reforma psiquiátrica, iniciadas tras la 2ª G.M.:
 - a) la superación del manicomio y de la Psiquiatría custodial
 - b) la zonificación o territorialización
 - c) la continuidad de cuidados
 - d) la integración de los tres niveles clásicos de atención

II. - 1. La psicoterapia institucional y la política del sector:

- ✓ La psicoterapia institucional, fundamento teórico de la política de sector francesa, es el intento más riguroso de salvar el manicomio.
- ✓ Influída por el psicoanálisis, la psicoterapia institucional trata de organizar el hospital psiquiátrico como un campo de relaciones con significado y de utilizar en un sentido terapéutico los sistemas de intercambio existentes en el interior de la institución.
- ✓ La hipótesis de partida es que en la institución total todo el mundo está enfermo. Son los cuidadores y los enfermos que viven en él, los que hacen del hospital un manicomio. Por tanto, es la institución en su conjunto la que debe ser tratada.
- ✓ La psicoterapia institucional puede definirse como un conjunto de acciones que permiten crear múltiples campos transferenciales, en los que se encontraría un conocimiento que posibilita transformar lo represivo del asilo y puedan entreverse perspectivas de cura.
- ✓ Como quiera que sea, la institución se vuelve toda entera en un analizador (analista).
- ✓ Esta consciencia de la necesidad de una nueva Psiquiatría, de cambiar las formas de atención basadas en el internamiento asilar, nace en tiempos de la ocupación nazi y de los campos de concentración. No puede olvidarse que cerca del 40% de los pacientes ingresados en hospitales franceses murieron durante la 2ª G.M., ni que el genocidio nazi de judíos fue precedido por el exterminio de ancianos, enfermos incurables y locos.
- ✓ En 1945 y 1947 se celebran las Jornadas Nacionales de Psiquiatría, que establecen las bases de la nueva doctrina: el sector, nueva forma de organización de los servicios psiquiátricos que trata de estructurar un servicio público de ayuda y tratamiento, puesto a disposición del público, a fin de permitir el acceso universal a una atención de calidad.
- ✓ En las jornadas de 1945 se redactó un documento fundacional para la nueva Psiquiatría francesa cuyos puntos más relevantes dicen:
 - a) la unidad e indivisibilidad de la prevención, la profilaxis, la cura y la post cura deben ser respetadas

- b) el internamiento debe ser abolido y sus procedimientos redefinidos con un sentido médico
- ✓ Se considera a esta reforma francesa como una verdadera revolución, que rescata la idea original de Esquirol, de que una casa de alienados es un instrumento de curación, en manos de un médico hábil es el agente terapéutico más eficaz frente a las enfermedades mentales.
 - ✓ Frente a la desinstitucionalización anglosajona, el movimiento francés busca formas terapéuticas de institucionalización, a través de la re - invención permanente del establecimiento psiquiátrico y de la creación de nuevas instituciones intermedias, extrahospitalarias, sectorizando el territorio.
 - ✓ En este proceso de reforma francés se asume la territorialización de la asistencia en la organización sanitaria y se crean áreas de cobertura que dan paso a la política de sector.
 - ✓ En 1960 una Comisión de enfermedades mentales publica una circular, firmada por el Ministro de Salud, que plantea la necesidad de transformar los asilos en hospitales especializados en el tratamiento de las enfermedades mentales, considerando que la internación no es más que una etapa del tratamiento, el cual deberá continuar en centros de prevención y post cura.
 - ✓ Esta circular define las estructuras y el espíritu de la política de sector:
 - a) No se trata de responder a una demanda de tutela o de exclusión, sino que tratar de intervenir tanto en el entorno como en el sujeto.
 - b) El aparato tradicional de asistencia, el hospital psiquiátrico, debe sufrir un cambio profundo, dejando de ser el lugar único o preferente, para ser un elemento más en un complejo sistema de unidades y asistencia, que permitan un tratamiento lo más precoz posible, asegurar la post cura, evitando recidivas, separar lo menos posible al enfermo de su familia, dando cobertura a toda la población de una región delimitada.
 - ✓ Esa circular de 1960 define al sector como un área geográfica bien determinada que incluye camas hospitalarias y recursos extrahospitalarios, tales como, hogares post cura, talleres protegidos, clubes terapéuticos, etc.
 - ✓ En resumen: la circular ministerial de 1960 es el reconocimiento administrativo y la legitimación de un modelo, cuyos inicios se encuentran en tiempos de la ocupación nazi e impulsado en la post guerra. Asume los postulados de la psicoterapia institucional y la política de sector, que intentan romper el hospitalcentrismo, buscando una asistencia descentralizada en pequeñas zonas, en torno a una multiplicidad de servicios comunitarios y plasmando los siguientes principios:
 - a) sectorización, delimitando áreas de 50 mil a 100 mil habitantes
 - b) continuidad de cuidados terapéuticos; el mismo equipo asegura el tratamiento en los diferentes servicios y momentos.
 - c) Desplazamiento del eje asistencial desde el hospital a los servicios extrahospitalarios.

- ✓ En los 32 años transcurridos desde esa circular, ha habido un desarrollo desigual de la implantación de las nuevas estructuras, encontrándose algunos problemas, uno de los cuales tiene relación con su organización sanitaria general, pues a pesar de poner a disposición de los pacientes un sistema de protección social no excluyente y de acceso universal, está centrado en un sistema pluralista, que asocia la medicina de ejercicio liberal con un fuerte sector hospitalario público, lo que junto a un sistema de seguros médicos que cubren a casi el 100% de la población, condicionan una asistencia fundamentalmente curativa, con una planificación a corto plazo y un gran predominio hospitalario.
- ✓ En 1989, cuando el modelo de economía liberal domina la práctica psiquiátrica francesa, un grupo de 14 psiquiatras critica fuertemente los proyectos de cerrar los hospitales psiquiátricos que se amparan en una política de ahorro de los gobiernos. Sin embargo, esta protesta de los psiquiatras franceses parece la defensa de una forma de entender la atención psiquiátrica, con claros beneficios privados, que incluyen a las instituciones psiquiátricas, a pesar de que la realidad de los hospitales psiquiátricos es elocuente, cuyas condiciones materiales de existencia son inimaginables.
- ✓ La pervivencia del hospital psiquiátrico quedó confirmada y reflejada en un informe gubernamental en 1992: el 70% de los 800 sectores de Psiquiatría y el 60% de los 300, de Psiquiatría infanto - juvenil, permanecen atados a los centros hospitalarios.
- ✓ Señala el temor de que la Psiquiatría evolucione hacia un desarrollo escindido: una Psiquiatría de punta en el hospital general, medicalizada y biologicista y una Psiquiatría encargada de gestionar la cronicidad, en el hospital psiquiátrico.

II.- 2. La comunidad terapéutica y la Psiquiatría del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña:

- ✓ La 2ª G.M. hizo que el Estado se hiciera cargo de todos los recursos sanitarios, integrándolos y regionalizándolos, para garantizar la cobertura a los soldados y a los civiles.
- ✓ Después de la 2ª G.M., Churchill retoma los proyectos de reforma y en 1948 se promulga la Ley de creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), considerada la pieza de ingeniería social más significativa del mundo occidental.
- ✓ En esos tiempos, con la escasez de personal, la comunidad terapéutica, así como la psicoterapia institucional en la Francia ocupada, ofrece una forma de organizar las actividades de las instituciones, ampliamente utilizada hasta la actualidad. De hecho, la OMS, en 1953 recomendó que los hospitales psiquiátricos debieran ser transformados en una comunidad terapéutica.
- ✓ En 1958, Maxwell Jones, el psiquiatra más representativo de esta forma de actuación institucional, dice que en una comunidad terapéutica la

responsabilidad del tratamiento no queda confinada al personal médico sino que también concierne a los otros miembros de la comunidad, los pacientes.

- ✓ Se busca el aprovechamiento deliberado de todos los recursos de la institución con fines terapéuticos.
- ✓ Tanto la comunidad terapéutica como la psicoterapia institucional van a constituir los hitos fundamentales en las reformas del manicomio. Sin embargo, al tiempo que Maxwell Jones trata de crear un ambiente terapéutico en el hospital psiquiátrico, otros autores llaman la atención sobre los efectos nocivos de la institución psiquiátrica: en 1961 aparece el libro de Goffman "Internados" y poco después, Basaglia con su crítica y el movimiento de desinstitucionalización.
- ✓ En 1957 un informe de una comisión gubernamental recomienda un cambio a la legislación sanitaria, para intentar, en la medida de lo posible, que se proporcione un cuidado a la gente con trastornos mentales sin otras restricciones a su libertad o capacidad legal que las de otros enfermos, dando lugar a la Ley de Salud Mental de 1959, que establece que los enfermos mentales deben ser tratados igual que el resto de los pacientes.
- ✓ La Ley distingue entre tratamientos hospitalarios y otras formas de tratamiento y de servicios sociales que se puedan dar para que los pacientes ingresados en los hospitales puedan ser dados de alta en menos tiempo que en el pasado.
- ✓ El Ministerio de Salud fomentó la creación de unidades de Psiquiatría en los hospitales generales y de otros dispositivos, tales como, los hospitales de día.
- ✓ Desde que entró en vigor la Ley se ha podido comprobar una importante disminución de los ingresos psiquiátricos, en un país donde, a mediados de los años 50, el 50% de las camas eran psiquiátricas. Existían 150 mil residentes en hospitales psiquiátricos. De esta cifra, que representaba 344 pacientes ingresados por cada 1000 habitantes, se pasó, en 1981, a 156 por 1000 habitantes.
- ✓ La importancia de la planificación regionalizada y de ofrecer servicios completos en la comunidad, llevaron a la reorganización de los servicios sociales, en 1972 y del SNS en 1974. En 1976, el SNS plantea la necesidad de asegurar alojamientos protegidos para los enfermos mentales.
- ✓ El cierre de los hospitales psiquiátricos no es en sí un objetivo del gobierno. Esto dependerá de la existencia de una gama de servicios de salud comunitarios locales.
- ✓ El SNS inglés es la 1ª referencia en el mundo del libre mercado que demuestre las ventajas, en equidad y eficiencia, de una política sanitaria planificada, que ha permitido desarrollar una atención primaria, cuyo pilar es la garantía de continuidad, de tratamientos que proporciona el médico general y a instancias de quien, continúan los especialistas con los pacientes que lo requieren. El mismo equipo de psiquiatras atiende las demandas ambulatorias y hospitalarias en los diferentes recursos del área, sean de pacientes crónicos o de agudos.

- ✓ La planificación estratégica debe, en todo caso, tratar de adecuar los recursos a las necesidades. Para ello la descentralización de la gestión, en áreas, juega un papel fundamental en la asignación de los recursos.
- ✓ En 1976, el SNS definió sus objetivos hacia la equidad geográfica, la prevención y la mejoría de los pacientes de larga estadía, estableciendo que aquellas regiones que tenían mejor salud, reciben menos dinero per cápita.
- ✓ En 1991, el gobierno británico publica una consulta, previa al diseño de una nueva Ley sobre la Salud de la Nación, que expresa que la salud mental es considerada de importancia central para la población, la que confía ampliamente en el SNS; sólo el 11% de las personas utiliza un seguro privado y sólo el 6% de los pacientes psiquiátricos han sido tratados en hospitales privados.
- ✓ Entre los objetivos señalados por el SNS están reducir las hospitalizaciones (aún hay 50 mil pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos), disminuyendo el número de camas de los hospitales psiquiátricos hasta las 250 en el año 2000. Paralelamente se pretende la potenciación de los servicios comunitarios, transfiriendo los fondos desde los hospitales y potenciando programas de soporte de pacientes crónicos en la comunidad.

II.- 3. La Psiquiatría anti - institucional. La reforma psiquiátrica italiana:

- ✓ En 1961, Franco Basaglia se hace cargo de la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, ciudad del norte de Italia, y lo transforma, inicialmente, en una comunidad terapéutica, pero luego propone devolver a la sociedad el enfermo mental, desmontando la institución.
- ✓ En palabras de Basaglia, la institución psiquiátrica es una institución de la violencia, que tiene por finalidad la invasión sistemática del espacio personal del enfermo, un enorme receptáculo, lleno de cuerpos que están allí a la espera de que alguien les tome para hacerles vivir de otra manera.
- ✓ La psicopatología quedó, momentáneamente, entre paréntesis y la práctica psiquiátrica se convirtió en acción política. Fueron tiempos de cambios, iniciados por el gobierno centro -izquierdista de Aldo Moro, que a partir de 1962, ensaya reformas sociales en educación y salud, intentando la descentralización administrativa del país.
- ✓ La sociedad italiana buscaba instaurar un sistema nacional de salud, universal y equitativo, como el británico.

- ✓ La Ley 180, aprobada en mayo de 1978, constituye la condición de posibilidad del proceso descentralizador: el cierre del manicomio y la creación de servicios alternativos en la comunidad. La reprobación al manicomio se une a la crítica a todas las instituciones de marginación, tales como, las correccionales de menores, cárceles, albergues etc.
- ✓ La Ley 180 establece que:

- a) No se podrán realizar ingresos nuevos en hospitales psiquiátricos y no podrán construirse nuevos hospitales psiquiátricos.
- b) Los servicios psiquiátricos comunitarios deberán establecerse por áreas geográficas determinadas. Se podrá disponer de unidades psiquiátricas, nunca con más de 15 camas, en los hospitales generales, donde se realizarán todos los ingresos.
- c) En casos de tratamientos obligatorios, se establece que un juez deberá velar por los derechos civiles de los pacientes.
- ✓ Entre la promulgación de la Ley, en 1978, y 1981, se produce una disminución de las camas manicomiales en un 30% y una reducción del 44% de los internamientos.
- ✓ También se refutan dos de las principales críticas hechas a la reforma de Basaglia: el aumento de la criminalidad y del suicidio entre los pacientes psiquiátricos, ambos fenómenos sin incrementos significativos.
- ✓ Los rasgos distintivos del modelo de reforma italiano serían los siguientes:
 - a) La desaparición de los hospitales mentales se entiende como un proceso gradual, mediante la no admisión de nuevos ingresos, más que por la salida de pacientes crónicos desde las instituciones.
 - b) Los nuevos servicios se diseñan como alternativos a los hospitales psiquiátricos.
 - c) Es la psiquiatría hospitalaria la que ha de ser complementaria al cuidado comunitario y no a la inversa.
 - d) Ha de haber una integración entre los diferentes servicios de un área geográfica. El mismo equipo suministra servicios domiciliarios o ambulatorios, y hará los ingresos hospitalarios, lo que facilita la continuidad de los cuidados.
- ✓ La reforma ha tenido un desarrollo muy desigual según las regiones: tan sólo en las del norte, las más ricas, se cuenta con los dispositivos necesarios, en el resto se critica la ausencia o insuficiencia de recursos alternativos al hospital psiquiátrico.
- ✓ En Trieste se ha desarrollado una amplia red de servicios, especialmente para atender la cronicidad. Se han creado los Centros de Salud Mental que prestan servicios médicos ambulatorios, hospitalizaciones breves, centros diurnos, prestaciones sociales, etc., lo que ha posibilitado el cierre del hospital psiquiátrico, sin abandonar a la población crónica.
- ✓ Hoy, el hospital psiquiátrico de Trieste ha sido reemplazado por 7 centros de salud mental, 1 unidad de emergencias en el hospital general y docenas de hogares protegidos, al tiempo que las empresas sociales cooperativas dan trabajo y capacitación, abordando el problema de la reinserción laboral.

III.- 4. Desinstitucionalización y Psiquiatría comunitaria en los EE.UU.:

- ✓ En los primeros tiempos coloniales, el loco era identificado con los criminales y los pobres, cuando eran violentos, se les metía en las cárceles, si no lo eran, se les enviaba a la casa de los pobres o a los albergues de caridad.
- ✓ El movimiento para la creación de instituciones especiales, los asilos, se extendió durante los siglos XVIII y XIX. Ya en 1834 había 24 hospitales psiquiátricos públicos, con 2561 camas, en 1869 se inaugura en Nueva York un hospital con otras 1500 camas y para 1955 un hospital psiquiátrico en Long Island tiene 14 mil pacientes.
- ✓ En respuesta a esto, en 1909 se crea el Comité Nacional para la Higiene Mental, movimiento que se opone a las formas custodiales de atención.
- ✓ Sin embargo, es sólo después de la 2ª G.M. y particularmente durante la década de los años 60, cuando se inicia una reforma psiquiátrica con respaldo legislativo. El nuevo programa de salud mental, enviado por el Presidente John F. Kennedy al Congreso, donde la asistencia comunitaria era central, se llamó Ley de los centros Comunitarios de Salud Mental y proponía la creación de servicios para la prevención y el diagnóstico de las enfermedades mentales y para la rehabilitación y tratamiento de esas personas.
- ✓ Se declara que el gran hospital psiquiátrico está anticuado, desfasado y obsoleto, llegándose al consenso de reducir el número de camas de estos hospitales, que en 1955 alcanzaba a las 600 mil.
- ✓ Los servicios esenciales que todo Centro Comunitario de Salud Mental debía entregar, eran urgencias, hospitalización total o parcial, consultas externas y educación a la comunidad, siguiendo los principios de la accesibilidad, la información a la población respecto de la existencia de diferentes programas de atención, gratuidad, énfasis en la prevención y enfoque ecléctico, utilizando todo tratamiento útil.
- ✓ El desarrollo de la Ley exigía el establecimiento de unos 2 mil centros, pero sólo se fundaron 600. Pronto se comprobó que el funcionamiento de ellos era inviable sin un sistema nacional de salud.
- ✓ A partir de entonces, se considera al norteamericano como un sistema: se tienen hospitales, clínicas, servicios infantiles, programas de drogas, centros comunitarios, centros de rehabilitación, todo lo cual coexiste sin ninguna planificación.
- ✓ En EE.UU., a pesar de dedicarse un 11% más del PIB, que en cualquier otro país, no existe una cobertura universal ni un sistema nacional de seguros comparables a las naciones europeas.
- ✓ En 1965 se crearon los 2 únicos seguros públicos: MEDICAID, programa federal para los pobres o indigentes y el MEDICARE, para los ancianos, mayores de 65 años y para los discapacitados. El MEDICARE paga a los hospitales por grupos de diagnósticos asociados, sistema que predice la duración de la estada hospitalaria para un grupo de diagnósticos. Este seguro no paga al hospital por los servicios prestados más allá de esas estadas pre –

fijadas. Se estimula, así, la captación de pacientes “sanos”, que puedan ser dados de alta rápidamente.

- ✓ Estos programas de contención de costos estimulan la exclusión de los asegurados menos rentables, produciéndose una discriminación de los enfermos mentales, en especial de los crónicos, pues sólo se favorece el financiamiento de la internación de corta estadía.
- ✓ La administración Reagan se propuso hacer más rentable aún la inversión en salud para la industria del sector, a costa del abandono de toda responsabilidad pública en salud. Las consecuencias son evidentes: no hay políticas de salud pública ni uso de la epidemiología en el mundo sanitario, dominan los intereses de las grandes instituciones hospitalarias y curativas, en una atención determinada por la capacidad adquisitiva del individuo y condicionada por los seguros que dan una mejor cobertura a los servicios hospitalarios.
- ✓ El Presidente Clinton se ha comprometido con una reforma que de cobertura universal a la población. Sin embargo, en 1994, el programa presidencial ya se había rebajado y debía enfrentar las resistencias de las grandes compañías y empresas de seguros.

III.- 5. La revolución tranquila de Quebec. El concepto de riesgo:

- ✓ En los años 60, se intentan en Canadá profundos cambios sociales y económicos, en salud y educación. En 1962, el gobierno crea una comisión que investiga la situación de los hospitales psiquiátricos, que recomienda prohibir la construcción de nuevos.
- ✓ Después de la 2ª G.M. Quebec inicia un plan estatal para paliar las desigualdades sociales, que comprende la adopción de un régimen nacional y universal de cobertura a la enfermedad.
- ✓ El modelo sanitario de Quebec, es un sistema descentralizado en los Departamentos de Salud Comunitaria y en los servicios de atención primaria, con prestadores semi - públicos y privados, pero de financiamiento, mayoritariamente, público, que promueve la participación del ciudadano y la familia en la modificación de sus costumbres de vida, en la adquisición de hábitos saludables, en la formación de grupos de autoayuda, que ha permitido importantes avances en la salud pública canadiense.
- ✓ El plan de salud de Quebec se basa en la prevención y promoción de la salud y utiliza como estrategias, además de las ya mencionadas, una planificación eficiente, que busca mejorar los servicios de salud pero también la coordinación de las políticas públicas relacionadas.
- ✓ Así surgen conceptos como “poblaciones vulnerables” o “en riesgo”, que resultan imprescindibles a la hora de administrar los recursos de manera eficiente, siendo preciso concentrar más recursos en aquellos que más lo necesitan. Se trata de encontrar indicadores y factores de riesgo que permitan afrontar a los individuos y a las poblaciones en riesgo y también, determinar prioridades sanitarias para una asignación de recursos con una discriminación positiva.

- ✓ Este concepto de población vulnerable permite orientar la medicina preventiva, proporcionar más asistencia donde mayor es la necesidad, concentrar los recursos en los grupos más vulnerables e intervenir más precozmente en la cadena de causalidades que conducen al desarrollo de la enfermedad.
- ✓ La reforma psiquiátrica en Quebec se inserta dentro del marco sanitario general: la descentralización y la regionalización de los servicios, detener la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, la construcción de servicios de Psiquiatría en los hospitales generales y la creación de redes alternativas.
- ✓ Veinte años después, existen algunas críticas a la reforma, a pesar de que los recursos para salud mental han sido enormes. Dentro de las dificultades que se han presentado, se mencionan la saturación de los servicios, con listas de espera en las urgencias, escaso número de psiquiatras, proliferación de servicios pero sin definición de sus cometidos y límites, todo lo cual ha provocado, alguna discontinuidad en la atención y un incremento en el gasto.
- ✓ Con todo, hay hechos que miden la política de desinstitucionalización efectuada en Quebec, como la disminución de camas en hospitales psiquiátricos, de 20 mil en 1962 a 12 mil en 1980; la creación de camas psiquiátricas en hospitales generales, con un incremento desde 580 en 1962 a 2703 en 1986; creación de estructuras intermedias, como hospitales de día, talleres y hogares; el crecimiento del número de pacientes acogidos en familias que, de 2013 en 1970, aumentó a más de 6 mil en 1985.

IV.- Dificultades y errores de la Reforma Psiquiátrica:

- ✓ Buena parte de los problemas de la reforma psiquiátrica han provenido de la incapacidad de cubrir adecuadamente las funciones que antes desempeñaba el manicomio, lo que ha llevado a algunos autores a calificar de pésimas las condiciones de vida y el estado de abandono en el que se encontraban los pacientes externalizados en los EE.UU.
- ✓ Otro autor plantea que es un error la desinstitucionalización, tal como se ha hecho en los EE.UU. y sacar a los crónicos de los hospitales psiquiátricos, pero que también lo es dejarlos allí porque se ha demostrado que el manicomio no sirve.
- ✓ Las razones del relativo fracaso de la desinstitucionalización norteamericana están, en primer lugar, en las características insolidarias de su sistema sanitario. El país mantiene a 34 millones de personas sin ningún tipo de cobertura sanitaria ni protección social.
- ✓ Abandono y carencia de prestaciones constatadas a través de encuestas sobre la calidad de vida de los pacientes externalizados, las cuales, sin embargo, coinciden en que las personas en que las personas ingresadas en un hospital psiquiátrico tiene una percepción de vida más negativa que los que permanecen en la comunidad.
- ✓ A esto se une el deterioro progresivo de los hospitales psiquiátricos que no han sido cerrados tras la reducción de camas y donde subsiste un núcleo irreductible de pacientes.

- ✓ Otro problema ha sido la falta de respuesta de los servicios psiquiátricos ante la nueva cronicidad, constituida por pacientes, en general jóvenes de comportamientos psicopáticos y que forman la primera generación de personas con trastornos psiquiátricos graves que no han conocido la institucionalización.
- ✓ Nuevos crónicos que, de no existir una amplia gama de recursos asistenciales, pueden estar entrando y saliendo de las urgencias, dando lugar al fenómeno de la puerta giratoria.
- ✓ De cualquier manera, en la búsqueda de explicaciones para estos problemas asociados a la desinstitucionalización, que pueden considerarse comunes a todos los procesos de reforma en el mundo, puede decirse lo siguiente:
 - a) En primer lugar, la insuficiencia de recursos económicos en el desarrollo de programas comunitarios. Se ha constatado que la salida de pacientes desde los hospitales psiquiátricos no se ha acompañado de una transferencia de fondos equivalente. Peor aún, a pesar de la reducción de camas, los presupuestos de los hospitales psiquiátricos siguen creciendo. La mayoría de los gobiernos han preferido utilizar la mayor parte de los recursos en los trastornos agudos, abandonando a los pacientes crónicos. Al mismo tiempo, el cierre de los hospitales psiquiátricos enfrenta dificultades técnicas y la oposición gremial y sindical de quienes ven amenazada su fuente laboral. A esta insuficiencia de medios se suma la infrutilización de algunos recursos o la duplicidad de programas y establecimientos, que deriva de una escasa coordinación y planificación.
 - b) En segundo lugar, los programas de salud mental comunitarios, destinados a reemplazar a los servicios hospitalarios, no fueron bien diseñados. Los Centros Comunitarios de Salud Mental, en los EE.UU. se orientaron hacia la prevención, la intervención en crisis y los tratamientos precoces. En la práctica, se ha utilizado la mayor parte de los recursos en la atención de una patología menor, en personas que padecen problemas más o menos graves, para quienes hay tratamientos relativamente eficaces, lo que ha llevado al abandono progresivo de los pacientes crónicos. Estos pacientes, muchas veces no deseados por los equipos comunitarios, en razón de que les resultan frustrantes y les otorgan menos satisfacción profesional, son devueltos a los hospitales psiquiátricos. Otra de las razones que explican el abandono de estos pacientes es la inadecuada formación de los profesionales para atender la cronicidad fuera del hospital psiquiátrico, dada por currículos, en las Facultades de Medicina, que privilegian la enseñanza centrada en técnicas y tratamientos de corta duración.
 - c) En tercer lugar, la comunidad suele no estar preparada para recibir a los externalizados. Casi todos los esfuerzos se dedican a cambiar los comportamientos de los propios pacientes y muy pocos a modificar las creencias y prejuicios de la sociedad. El desarrollo de las agrupaciones de usuarios y familiares ha sido todavía débil.
- ✓ Pero, en última instancia, hay razones que condicionan a todas las demás, como son, la ausencia de planificación y de una gestión unificada de los recursos públicos.

- ✓ A pesar de todos los problemas expuestos, la mayoría de los autores revisados coinciden en que no se trata de volver a las formas tradicionales de atención psiquiátrica, sino que deben desarrollarse las prácticas alternativas. La desinstitucionalización no es puesta en entredicho, pero ya no aparece como una solución milagrosa al problema de la cronicidad en Psiquiatría. El cierre de los manicomios no significa la desaparición de la enfermedad mental. Es necesario aceptar la cronicidad y la limitación de la eficacia rehabilitadora. La sola mejora en la calidad de vida, en un medio no hospitalario, parece emerger como un objetivo realista en un porcentaje importante de la población cronificada.
- ✓ De lo que se trata, en último término, es de la necesidad de contar con una red de recursos comunitarios diversificados, que permitan responder a las necesidades múltiples de los diferentes grupos de pacientes que sufren trastornos psiquiátricos, ya sean éstos crónicos o agudos.
