

INVIERNO  
2000

# AMSM

(AEN)

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

## LA CALMA

Desde hace años, la calma se ha instalado en Madrid y acampa por su barrios y alrededores. Vamos dejando cosas por la calma, se nos van cayendo y la calma no nos deja recogerlas, ni mirar atrás, ni recordarlas. Ya no nos vemos con otros, no salimos del Centro: solo la orden del juez nos moviliza, no vamos a visitar los domicilios y hemos dejado de rellenar papeles y presentar proyectos, si cabe, una Memoria cada año con el mismo paisaje de fondo y los mismos personajes con los mismos diálogos.

Nada sale de la casa grande, solo ecos que van dando tumbos de muro en muro. Hay un plan en el eco, un plan de salud mental que nos dirá quién somos, de qué hablar, a quién mirar con los ojos pequeños... y los ruidos se confunden con los ecos y al primer borrador sigue el segundo y al segundo el tercero y el cuarto y el quinto, ruido de cajones, girar de llaves, voces y silencios... y la calma nos vuelve a embargar y con la calma, la calma. Con la primavera, un murmullo creciente rompe la textura suave de la charca, se acerca la renovación de los jefes de distrito y la elecciones autonómicas y circulan informes y caras airadas y actitudes firmes y control de horarios y poses y dolor de estómago. Pasa el miedo y nada pasa. Las comisiones se reúnen o no se reúnen, los programas asistenciales se llevan a cabo o no se llevan a cabo, se van a revisar o no se van a revisar, los objetivos anuales se nombran y se olvidan, los comités de enlace de área mantienen el mismo orden del día durante años y se van haciendo anuales, bianuales... Hay problemas presupuestarios y hay que reducir gastos, y se alargan los procedimientos de sustitución, se niegan excedencias, se difiere y paraliza la conversión y creación de nuevas plazas, y las reuniones de la comisión de ingresos en media y larga estancia alargan su latencia y se hacen estacionales.

Aunque no es menos cierto que también se dan soluciones a los problemas. Un ejemplo: un equipo completo denuncia el funcionamiento de su centro y el deterioro asistencial del mismo y tras año y medio a su jefe le imponen una sanción de dos días sin sueldo, los problemas de la alimentación invaden la prensa y el Minis-

(Continúa en página 2)

<b>EDITORIAL.</b>	LA CALMA .....	<b>1</b>
<b>COLABORACIONES.</b>	6º SEMINARIO EUROPEO SALUD MENTAL EXCLUSIÓN SOCIAL .....	<b>4</b>
	COORDINACIÓN EN LA ERA DE LA GESTIÓN DE CIUDADANOS EN LA SALUD MENTAL .....	<b>9</b>
<b>DEBATE.</b>	COMENTARIOS A LAS PREGUNTAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL .....	<b>18</b>
<b>ACTIVIDADES.</b>	XI JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL (AEN) .....	<b>21</b>
	MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA AMSM 1999-00 .....	<b>28</b>
<b>NOTICIAS.</b>	.....	<b>29</b>
<b>NECROLÓGICAS.</b>	.....	<b>32</b>
<b>SUMARIOS.</b>	.....	<b>34</b>

AMSM

## Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Junta de la Asociación  
Madrileña de Salud Mental

### Presidenta:

M<sup>º</sup> Fe Bravo Ortiz

### Vicepresidentes:

Pedro Cuadrado Callejo

M<sup>º</sup> Luz Ibáñez Indurria

### Secretario General:

Pedro Sopelana Rodríguez

### Tesorero:

Abelardo Rodríguez González

### Vocal de Publicaciones:

Javier Sanz Fuentenebro

### Vocales:

Miguel A. Moré Herrero

Antonio Escudero Nafs

Alfonso Ladrón Jiménez

Carmen Carrascosa Carrascosa

### Boletín de la AMSM

Javier Sanz Fuentenebro

Miguel A. Moré Herreros

Arantxa Ortiz

Ana Pascual

Xabier Lertxundi

José Antonio Soto

José Antonio Hernández

Blanca Penasa

### Fotocomposición e impresión:

DINARTE - DESK

Depósito Legal: M-6.580-1992

ISSN: 1133-9705

Las opiniones vertidas en los artículos firmados no tienen por qué coincidir con las de la Redacción de este Boletín.

terio nombra una comisión técnica y el Departamento de Salud Mental establece que, con el mismo personal de siempre, la atención a los mismos sea un objetivo prioritario para los Servicios de Salud Mental de Distrito, el Fiscal de Menores denuncia la falta de recursos asistenciales en régimen de internamiento para niños y adolescentes y la Consejería de Sanidad, aprovechando una remodelación del Servicio de Psiquiatría del Gregorio Marañón, pone en marcha la primera unidad de internamiento para adolescentes en la Comunidad de Madrid, que será de ámbito regional y, poco después, el INSALUD se propone abrir otra, también para todo Madrid, a mil metros de la anterior. Y todo ésto a pesar de la calma.

Es verdad que pasan cosas, en unos sitios más que en otros por que la Comunidad no es el INSALUD y el Ayuntamiento hace mucho tiempo que no está. Ya hemos votado dos veces desde entonces, una vez en la Comunidad y Ayuntamiento y otra en las Generales. En la Comunidad nuestro nuevo jefe nos ha dicho como se llama en una carta, luego le hemos visto en los periódicos y les dijo que "nosotros éramos lo más importante para él". Y creo que, por esas cosas de la calma, le creímos. Va a hacer año y medio desde entonces y no hemos vuelto a saber nada de él. Nos han dicho que está trabajando en la llegada de alguien, alguien muy importante y que no nos vamos por si acaso viene y no nos encuentra. Pero no es la espera, sabemos que no, es la calma. Una calma rara, es cierto, pues ni siquiera es verano, donde la calma impera por derecho como una extensión más del termostato. Pero en Madrid, lo dice todo el mundo, hace años que no hay estaciones, como mucho vaivenes: del invierno al verano, del verano al invierno. Siempre con la misma ropa, una capa más una capa menos, las mismas caras, los mismos gestos. Ya no nos acordamos de la siembra en otoño, un ciclo largo, y primavera, un ciclo corto, en este estar continuamente esperando el estío para que pase y vuelva.

En la Comunidad, tras las elecciones y las confirmaciones vuelven los ecos con los mismos nombres: hay un nuevo borrador de plan de salud mental. En primavera, el eco se convierte en palabra en boca del viceconsejero: el nuevo plan de salud mental, de que circulan borradores pero que aún no ha salido de los cajones, saldrá en otoño, aunque lo que realmente interesa, nos dice, es hacer un plan de calidad, que, como nos comenta, es de lo que realmente él sabe. Tras las elecciones generales a Sanidad le toca la pedrea y al INSALUD Madrid, más, y seguramente lo iremos notando con el tiempo y echaremos de menos el interés que tenía el anterior equipo por la Salud Mental. En el verano, desde la calma, volvemos a oír hablar de transferencias y a la casa grande la domina el trasiego: al que se esperaba durante años, ya llega. Se vuelve a hacer limpieza, pintar paredes y vaciar cajones: el plan de salud mental ya no será necesario, las transferencias lo arreglarán todo y en su día se anunciarán los actos de recibimiento. En el otoño, con la inercia de la época, el Ministerio de Sanidad anuncia la caída del proyecto de Fundaciones, a los colegios de médicos, cuya voz se oye cada vez más, no les gustaba, y de la Consejería de Sanidad llegan ecos de que se tiene una solución. Es una solución sencilla, genial en su sobriedad y en su ejecución: basta en convertir las transferencias en un cambio de acera y un pegarse al terreno. Parece que el

(Continúa en página 3)

INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) se convertirá en IMSALUD (Instituto Madrileño de Salud) y éste y el Servicio Regional de Salud, y la Salud Mental dentro de él, seguirá cada uno su camino y con ello seguiremos en lo que estamos: en la Red Integrada de Salud, cada uno con su adscripción administrativa, con su retribución, su carrera profesional y sus objetivos.... y todos contentos y satisfechos de que este gobierno haya apostado decididamente por la

diversidad y por el respeto a las diferencias. La integración de redes asistenciales, lo que salud mental esperaba de las transferencias y requisito imprescindible para un buen funcionamiento del sistema, tendrá que esperar y con la espera, quién sabe, acaso nos invade de nuevo la calma y con la calma, la calma.

**Pedro Cuadrado**



## 6° SEMINARIO EUROPEO SALUD MENTAL EXCLUSIÓN SOCIAL

Como parte de las actividades de la Red Europea Salud Mental Exclusión Social, Salud Mental Europa ha organizado el 6° Seminario Europeo cuyo lema fue **"Vivir en salud y dignidad"**. Dicho seminario ha tenido lugar en Atenas del 28 de septiembre al 1 de octubre de 2000. En el mismo se han presentado los resultados del proyecto "Health and Dignity" en el que se ha evaluado 60 buenas prácticas en 10 capitales europeas, entre las que ha participado también Madrid a través de la colaboración de la AEN. El informe final del mismo será presentado antes del 31 de diciembre a la Comisión Europea, que es quien lo ha financiado; y sus conclusiones serán posteriormente traducidas y publicadas en nuestro país.

Este Seminario ha contado con la colaboración de muchos profesionales que trabajan en estos proyectos en distintas ciudades europeas y que han puesto en común sus experiencias. Una de las características de esta red es que no sólo esta formada por personas expertas en el tema de las personas sin hogar con trastornos mentales, sino que sobre todo son los profesionales que trabajan a pie de calle los más implicados.

El desarrollo de las distintas sesiones plenarias y talleres ha versado sobre temas como: la promoción de la salud y la salud mental en las personas excluidas; los efectos de los acontecimientos vitales en su proceso de exclusión y su salud; el respeto a su dignidad, a su diversidad; la potenciación ("empowerment") de los usuarios; el trabajo en la calle con una actitud de búsqueda, etc. Como muestra de los trabajos allí presentados se han seleccionado dos ponencias significativas del clima general del Seminario, que se han traducido y se publican a continuación.

**Marife Bravo**

### Inclusión con respeto para la diversidad

**Preben Brandt,  
Psiquiatra**

**Project UDEFOR, Copenhagen**

#### Una idea de utopía:

Las Políticas Democráticas: ¿Empezaron aquí, verdad? (en Atenas). El derecho que tiene el ciudadano de dialogar y estar conjuntamente involucrado en las decisiones de la comunidad. Por lo tanto, el que se me permita hablar sobre el respeto para la diversidad es un gran honor para mí, sobre todo porque hoy en día

este derecho es una libertad para todos –no únicamente el hombre libre–, sino que también las mujeres y los esclavos y cualquiera. Respeto para todos, absolutamente todos con toda su diversidad.

Pero pienso que antes de poder tener respeto para la diversidad, tenemos que aceptar que

existe tal diversidad y entender dicha diversidad. En estos momentos esto no podría ser una política correcta, pero existe la diversidad y incluye la gente que queda fuera –los excluidos–.

Los excluidos: Sí, estoy hablando de las personas sin hogar. Las personas que acaban de llegar a la agenda política ahora. Ojalá sea para su propio beneficio, para que logren mejorar sus condiciones de vivienda y recibir respeto para sus posibilidades y recursos individuales.

Pero, ¿eso es así?

Por lo menos en Dinamarca, pero creo que lo mismo está pasando en otros países, el camino hacia la inclusión tiene que superar un gran obstáculo: la demanda de la normalización. La verdad es que tenemos miedo a lo raro y por lo tanto trabajamos para que los raros queden fuera.

En esta línea, muchos proyectos hacen contactos con sus usuarios demandando de estos un cierto grado de comportamiento normal antes de comenzar a ayudarles. "¡No beban tanto!" les dicen a los

**EL CAMINO HACIA LA  
INCLUSIÓN TIENE QUE SUPERAR  
UN GRAN OBSTÁCULO:  
LA DEMANDA DE LA  
NORMALIZACIÓN**

bebedores problemáticos. “¡Dejen de usar drogas!” les dicen a los drogadictos. “¡Tomen su medicación antipsicótica!” les dicen a la gente sin hogar con una enfermedad mental crónica. “Cuando cumplen con los criterios, podemos ayudarles”.

### La primera confrontación con la realidad:

Sí, las personas sin hogar se encuentran en la agenda, pero, ¿qué es encontrarse sin hogar? Son la gente sin hogar un grupo claro y bien definido para que todas puedan beneficiarse de los diferentes niveles de las demandas?

No, entendemos que esto no es así. Yo mismo he hablado con más de 1.000 personas sin hogar durante los últimos 20 años. Esto me ha mostrado la complejidad del problema que es estar sin hogar. Y encuentro precisamente la misma diversidad en un grupo pequeño de gente sin hogar (una muestra que consta de un grupo de gente sin hogar del estudio H&D en Copenhagen).

Pero también a menudo escucho otro tipo de historias acerca del estar sin hogar y de la exclusión. Escuche: El problema de estar sin hogar resulta como consecuencia de estar sin casa o carecer de dinero. A menudo es una situación que está relacionada con el estar sin trabajo y no debería ser un problema difícil de resolver.

Y quizás el concepto más importante: que las personas que terminan sin hogar son gente “normal y corriente” que se comportarán exactamente como los demás. Sus problemas actuales (de beber, por ejemplo) son lo que ve todo el mundo, pero son consecuencias negativas de un problema subyacente y encubierto: el estar sin hogar.

Esto es la causa del estar sin hogar para una parte de estas personas que varía de país a país o posiblemente aun de región a región.

Cuando hablamos de ayudar a este tipo de gente sin hogar, lo importante no es la diversidad en sí –todas quieren y tienen la capacidad de comportarse como los demás–. Sí, el respeto para la diversidad puede ser, por supuesto, un respeto para el sexo (hombres y mujeres) o para diferentes deseos y habilidades, así como cuando hacemos contactos en un ambiente profesional.

Nosotros, los trabajadores sociales, los conocemos, los entendemos, y los respetamos. Construimos un plan y ellos lo siguen. Y todos están felices. ¿Ves? Podemos verlo. Es posible ayudar a que gente sin hogar pueda volver a tener una vida normal.

Conclusión: necesitamos una –y solo una– estrategia, y es del tipo “paso por paso”. Les pedimos a las personas sin hogar que elijan uno de sus problemas, que lo cambien y vayan más allá al próximo paso. Un fracaso durante el camino significa una caída dos escalas hacia atrás y después empezar de nuevo. Y al final de las escaleras, serán como los demás.

Muy fácil, ¿verdad?

La gente sin hogar se encuentra en la agenda, como les decía. En Dinamarca, durante las últimas décadas ha ido creciendo un interés por las personas sin hogar y su situación. Están invitados, y ellos mismos se invitan, a ser compañeros de esta discusión. En mi experiencia, la mayoría de la gente sin hogar que se aprovechan de dicha oportunidad son aquellos que he descrito. Entonces, hay un riesgo grande en nuestra perspectiva de la gente sin hogar y entendiendo esta situación es la única manera en que podremos aceptarlos y de que hagan parte de nuestra estrategia.

Si esto es el único modelo de personas sin hogar que se acepte, habría repercusiones negativas para muchos de ellos. Pero tengo miedo de que esta sea la manera más común que tenemos para entenderlos y que ellos mismos tienen para representar y expresar las necesidades de su grupo. Los entiendo, pero no puedo aceptar esto como la verdad.

### La segunda confrontación con la realidad:

He estado echando un vistazo a algunos de los centros y organizaciones del estudio H&D. Los diferentes objetivos y grupos de usuarios me convencen de la realidad de esta diversidad. Nunca hay categorías generales como gente sin hogar o gente excluida. En vez de ellas, hay los excluidos con enfermedades mentales, los excluidos adictos, los excluidos inmigrantes, etc., etc. Y en el futuro nos espera más especialización. Las personas con enfermedades mentales pueden ser psicóticas o no psicóticas, los adictos pueden ser alcohólicos o drogadictos o ambos. Además, algunos excluidos con enfermedades mentales también son adictos.

### La tercera confrontación con la realidad:

Esta separación es debida a la situación actual de los individuos y crea un conflicto porque no cabe en nuestro modelo de gente sin hogar como algo que le pueda pasar a cualquiera. Y el pasado,

¿qué? Con qué frecuencia hablamos de las personas excluidas, excluidas por su historia personal –un padre violento, una madre que bebía mucho, nadie le cuidaba, entonces empezó a beber a una edad temprana y a tener problemas conductuales en la escuela. En mi opinión, esta es la situación de un 70% ó 80% de la gente más vulnerable y más excluida, y muchos siguen el modelo de sus padres y ahora además de estar sin hogar, tienen enfermedades mentales y/o adicciones a las drogas.

Entonces, ¿qué significa todo esto? ¿Qué nos enseña?

Déjenme contestarles con unas preguntas: ¿Cuándo queremos ayudar a estas personas, comenzamos en el nivel donde ellos se encuentran? ¿Respetamos que saben más que nosotros? ¿Respetamos la diversidad en el lenguaje y en la forma de pensar? ¿Encuentran ellos alguna ayuda en el “paso por paso” modelo de inclusión? Mi respuesta es que no.

Me gustaría darles un ejemplo:

En el estudio H&D, antes de terminar de analizar los datos, he hecho una hipótesis o conclusión previa sobre los drogadictos más discapacitados. El estudio parece mostrar que preferimos darles consejos en la calle en vez de invitarles a nuestros centros, y esto también es mi experiencia en mi trabajo a diario. ¿Por qué? No lo sé, y no sé si nuestro estudio podría contestarla. Quizás Manuel puede darnos algunas pistas, pero mientras, me gustaría compartir con Uds. unas de mis propuestas que explican por qué nos comportamos así:

- ¿Porque es mejor para ellos? ¡Es solo una excusa!
- ¿Porque no sabemos que más podemos hacer? Quizás.
- ¿Porque no tenemos nada que podemos ofrecerles en nuestros centros? ¡Qué pena!
- ¿Porque causan problemas en los centros? Sí.
- ¿Porque nosotros y otros usuarios les tenemos miedo? Sí, también.
- ¿Porque no nos gusta su forma de comportarse? Sí.

**NO NOS DAMOS CUENTA DE  
SU SUFRIMIENTO Y SU MISERIA.  
NO COMENZAMOS AL NIVEL  
DONDE ELLOS SE ENCUENTRAN**

- ¿Porque pensamos que no merecen nada hasta que empiecen a cambiar su comportamiento? Sí, pero esto no muestra respeto hacia la diversidad.

En mi opinión, no nos damos cuenta de su sufrimiento y su miseria. No comenzamos al nivel donde ellos se encuentran. No les respetamos su diversidad con otra gente excluida.

Y ahora volvemos a la utopía, y como se convierte en realidad:

Primero, tenemos que darnos cuenta de la frecuencia y en cuanta gente excluida cometimos estos errores. Después, les pregunto “¿Qué es el respeto? ¿Qué significa? Respetaré. ¡Mirar otra vez! Y finalmente, es importante que nos demos cuenta de que no podemos comenzar el proceso de inclusión sin primero entender la diversidad y comprobar nuestra comprensión mostrando respeto por ella.

**ES IMPORTANTE QUE NOS  
DEMOS CUENTA DE QUE NO  
PODEMOS COMENZAR EL  
PROCESO DE INCLUSIÓN SIN  
PRIMERO ENTENDER LA  
DIVERSIDAD Y COMPROBAR  
NUESTRA COMPRENSIÓN  
MOSTRANDO RESPETO POR ELLA**

**Colaboración estratégica  
de los políticos y grupos administrativos  
del gobierno con las organizaciones  
no gubernamentales**

**Patrizia Di Tolla.  
Psicóloga.  
Der PARITÄTISCHE. Berlín**

Los análisis sociales científicos describen las organizaciones de bienestar no gubernamentales como multifuncionales y que sirven para dos cometidos principales: ofrecer servicios, financiados por fondos públicos, y representar los intereses socio-políticos con el objetivo de cuidar el bienestar del público. En la discusión actual dentro de las ciencias sociales, se asume que dichas organizaciones tienen que hacer frente al reto de decidir estratégicamente qué corresponde a cada una de estas dos funciones.

Dada la práctica hoy en día, parecería útil mantener este contraste.

Por mucho tiempo la función de los programas de bienestar consistió en organizar el cuidado bási-



co de la gente que lo necesitaba, ofrecido por los servicios no-profesionales. Hoy los programas de bienestar requieren nuevos roles y funciones tanto a nivel nacional como internacional.

En sus funciones de ofrecer servicios, la tarea de las asociaciones es asegurar un nivel alto de organización de servicios profesionales y luchar por una estructura financiera estable. En el proceso, no debe olvidarse de los intereses de sus clientes. Al fortalecer la función competitiva de los servicios ofrecidos por las ONG's, no se puede llevar hacia atrás los intereses y necesidades de los clientes. Tomando la función de portavoz de la gente con necesidades, esto no debe resultar en su discriminación. La función pública de los programas de bienestar se hace más fuerte con la creación de redes que conectan servicios voluntarios con servicios profesionales en vez de verse como competidores.

Las organizaciones de bienestar no deben centrarse en una función única. Tienen que combinar su función de ofrecer servicios con su capacidad de ser portavoz para sus clientes y demandar que los grupos políticos y administrativos mejoren las condiciones de la gente con necesidades.

Der PARITÄTISCHE es una organización de paraguas que consta de 500 organizaciones que ofrecen servicios y cuidados a la tercera edad, los discapacitados, la gente sin hogar, la gente con enfermedades mentales, los niños, los jóvenes, los inmigrantes, y otros grupos de gente con necesidades. La rama regional en Berlín apoya la creación de enlaces estratégicos que conecten el potencial de auto-ayuda y compromiso del voluntariado con los servicios de los centros profesionales con el fin de fortalecer la función del bienestar social de los servicios no-gubernamentales.

Si el estado y las organizaciones de bienestar toman la responsabilidad principal de hacer las actividades de bienestar, el compromiso de apoyo mutuo y solidaridad que tienen los ciudadanos retrocederá.

El estado de bienestar debe transformarse en un "estado social activado", en otras palabras, tiene

**TIENEN QUE COMBINAR  
SU FUNCIÓN DE OFRECER  
SERVICIOS CON SU CAPACIDAD  
DE SER PORTAVOZ PARA SUS  
CLIENTES Y DEMANDAR QUE  
LOS GRUPOS POLÍTICOS Y  
ADMINISTRATIVOS MEJOREN  
LAS CONDICIONES DE LA GENTE  
CON NECESIDADES**

**NO SE PUEDE LIBRAR  
EL ESTADO DE LA  
RESPONSABILIDAD QUE TIENE  
CON LA GENTE QUE NECESITA  
AYUDA**

que promover el desarrollo de una sociedad de ciudadanos, "menos estado, más sociedad". En este ambiente, las organizaciones de bienestar tienen la oportunidad de comprobar su fortaleza en la organización del compromiso de los ciudadanos. Los servicios de bienestar profesionales solos no pueden compensar la desintegración de las estructuras sociales tradicionales ni las consecuencias que resultan como la individualización y el aislamiento. La transformación puede ser lograda únicamente como parte de una estructura de redes de organizaciones del barrio y otras con orientaciones al distrito. El papel más importante de las ONG's en este proceso es llevar a la consciencia de los políticos y administrativos los problemas y necesidades de

la gente que requiere ayuda, representándoles y elaborando propuestas para que hagan cambios en las condiciones estructurales subyacentes. Mientras se piensa en el cuidado y el tratamiento del cliente, no se puede olvidar de la necesidad de ser su portavoz.

No se puede librar el estado de la responsabilidad que tiene con la gente que necesita ayuda. El rol de las ONG's consta no solamente de ofrecer asistencia concreta a esta gente, si no también de aportar intervenciones políticas que les ayuden a vivir con "Salud y Dignidad".

Por lo tanto, es esencial que las actividades asociadas con el ser portavoz de esta gente en el entorno de los políticos y administradores sean profesionalizadas. La gente involucrada en los servicios y los proyectos deben recibir apoyo para que esta gente sea cada vez más autosuficiente y con más capacidad de representarse ellos mismos. Por otro lado, las organizaciones de bienestar deben continuar con su función de ser portavoces de la gente que más necesita ayuda. Sin embargo, esta función tiene que ser llevada a cabo dentro de la estructura de un debate permanente con los políticos y administradores. Cada oportunidad que se presente debe ser usada con este fin. En Berlín, por ejemplo, la visita de nuestros compañeros del proyecto internacional "Vivir con Salud y Dignidad" nos ha dado la oportunidad de enfocar la atención de los políticos y administrado-

res a los problemas de la gente sin hogar y la gente con enfermedades mentales. El debate internacional entre nuestros compañeros, políticos, y administradores ha apoyado nuestro trabajo de ser portavoces de estos dos grupos de personas. Con la presencia de interlocutores internacionales, los políticos y administradores tuvieron que comprometerse a buscar nuevas soluciones para el cuidado de esta gente así como la elaboración de nuevos proyectos que cubran las necesidades de la gente que no está preparada para ser cuidada.

Un mejoramiento de los servicios puede ocurrir de dos formas: por un lado, el aumento de la cali-

dad y el establecimiento de fondos fijos, y por otro lado fortaleciendo la función de portavoces de los clientes. Estas son las dos funciones en las cuales las organizaciones de bienestar tienen su papel. Las organizaciones de bienestar tienen que apoyar a los individuos en la representación de sus propios intereses y, por los políticos y administradores, conseguir la representación de los grupos objetivos en el ámbito político. Sólo cuando dichas organizaciones logren cumplir con sus dos funciones será posible que capaciten (en el sentido más amplio) a esta gente para vivan con salud y dignidad.



# COORDINACIÓN EN LA ERA DE LA GESTIÓN DE CIUDADANOS EN LA SALUD MENTAL

**Presentado en las XI Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental**

**Madrid, 5-6 octubre 2000**

**Federico Allodi**, *Licenciado en Medicina por la Universidad de Madrid, se formó como psiquiatra en Reino Unido, ejerciendo posteriormente la mayor parte de su carrera profesional en Canadá. Ha jugado, y aun ejerce una parte activa en las reformas de instituciones psiquiátricas llevadas a cabo en aquel país, especialmente en la Región de Ontario. Actualmente es Miembro del Comité Ejecutivo de la Sección de Psiquiatría de la Asociación Médica de Ontario y de la Asociación de Médicos y Dentistas en el Servicio Público.*

*Dentro de la faceta docente hay que destacar su actividad como Profesor de la Universidad de Toronto desde 1978, siendo Director del Programa de Psiquiatría Transcultural de dicha Universidad.*

*Por otra parte, gran conocedor de otras culturas, especialmente en los últimos años la palestina, destaca su labor como miembro activo de Amnistía Internacional, donde ha ejercido en múltiples ocasiones como experto en traumas, torturas y efectos sobre las víctimas.*

El presente trabajo consiste en una descripción y un análisis de los problemas y mecanismos de coordinación en los sistemas de salud en el mundo industrializado, principalmente de habla inglesa, con algunas referencias a los sistemas italiano y sueco. Antes de empezar esta tarea central conviene, sin embargo, hacer dos aclaraciones:

El término coordinación se refiere a una situación o estado de las cosas y es lo opuesto a la incoordinación o el desorden, que tiene una connotación enteramente negativa. No debe ser así. El desorden viene

muchas veces del cambio y de la creatividad, del flujo natural de la vida que es cambio y renovación. La incoordinación, por tanto, no es una situación que hay que someter sino aprovechar y armonizar. Como en las crisis, puede ser una oportunidad para alcanzar un nivel de orden y funcionamiento más alto.

La perspectiva internacional presentada aquí se refiere al concepto tan de moda que es la globalización. Ya se ha anunciado, sin duda que prematuramente, la desaparición del estado nacional o el estado-nación, a causa de la entrada en escena de la fuerza cultural y económica de las empresas multinacionales.

Un término opuesto a la globalización es lo local. Todas las mareas globales llegan a las playas de lo **local**, y allí, en ese contexto nacional y regional, se

realizan. Las situaciones que se encuentran en los sistemas de salud y las medidas de coordinación que se llevan a cabo en el ámbito de lo global nos incumben solo dentro de su relevancia y su posible aplicación a la situación local madrileña o española. Por eso una actitud crítica y pau-

sada es necesaria cuando contemplamos lo global en relación a lo local.

## Coordinación: historia de una necesidad

El sistema de salud mental del mundo moderno o industrializado, centrado en el hospital mental, duró cien años, aproximadamente de los 1850 a los 1950. El manicomio u hospital psiquiátrico era el eje, base y meta del sistema, y su función era principalmente "custodial", es decir, la reclusión y la vigilancia del enajenado mental. Después de la Segunda Guerra Mundial el sistema entró en crisis, en un periodo de incoordinación caracterizado por una ideología antipsiquiátrica, específicamente anti-hospital mental. (Recuérdese la película Nido de Víboras, con Olivia de Havilland de principios

**EL DESORDEN VIENE MUCHAS VECES DEL CAMBIO Y DE LA CREATIVIDAD, DEL FLUJO NATURAL DE LA VIDA QUE ES CAMBIO Y RENOVACIÓN**

**UNA ACTITUD CRÍTICA Y PAUSADA ES NECESARIA CUANDO CONTEMPLAMOS LO GLOBAL EN RELACIÓN A LO LOCAL**

de los 50). Esta crisis se resolvió con el movimiento de Psiquiatría o Salud Mental de la Comunidad. Este movimiento se estableció con la promulgación de legislación adecuada en diferentes países y el consecuente fenómeno de grandes dimensiones que se ha llamado la "desinstitucionalización". La legislación que transformó el sistema hospitalario en un sistema comunitario se llevó a cabo en UK en 1959, USA en 1963, Canadá en 1964 y en Europa poco tiempo después. Merece destacar la legislación italiana de 1978 y la influencia que tuvo la Organización Mundial de la Salud en el mundo entero, globalmente, difundiendo esta ideología y práctica en la década de los setenta.

**La desinstitucionalización** se caracteriza por tres aspectos conjuntos:

1. Reducción de camas y cierre de hospitales
2. Proliferación de servicios en la comunidad y la consecuente
3. Crisis de incoordinación del sistema

La reducción del número de camas entre los años 1960 y 2000 ha estado bien documentada en el mundo industrializado. En este periodo se cerraron o desaparecieron del 70 al 85% de las camas de los hospitales mentales con una reducción de la tasa de 4 a 1 camas por 1.000 habitantes en la población (4 a 1 cama/100.000 habitantes), y últimamente a 35 camas/100.000 habitantes. (La meta del gobierno de la provincia de Ontario se fija en 30 camas/100.000 habs., bajo la cual se cree que el sistema dejaría de funcionar o entraría en otra crisis mayor). Las consecuencias de la desinstitucionalización han sido igual y ampliamente informadas, a saber:

1. Carga sobre la familia, emocionalmente y económicamente. Donde hubo recursos, este peso o responsabilidad transformó a la familia en coordinadora del sistema y, como en Italia, aumentó el gasto en el número de camas en los hospitales privados en un 30% del total.
2. Inaccesibilidad de servicios
3. Incumplimiento con el tratamiento
4. Competitividad y abandono de pacientes por los servicios, que eligen cierta clase de pacientes y rechazan otras

5. Aumento de los desahuciados (sin casa)
6. Criminalización del enfermo mental

**La proliferación de servicios** en la comunidad fue la medida deliberadamente tomada por los gobiernos para remplazar el hospital como eje y meta de los servicios. El hospital mental era una institución total y polivalente. Proveía servicios psiquiátricos y médicos, sociales, psicológicos, de rehabilitación y de recreo, comida, vivienda y asistencia económica. Para el paciente crónico y con incapacidades permanentes y severas (o enfermo mental grave, en el mundo de habla inglesa llamado *severe mentally ill*, o SMI) el hospital era hogar, eje y destino de su vida. (Aun no se aprecia lo suficiente el dilema del trabajador del hospital mental cuando el paciente dice "Soy un enfermo mental. No puedo vivir fuera. Esta es mi casa, aquí quiero vivir y aquí quiero morir"). Con el cierre de camas toda esta panoplia de servicios había que recrearla fuera de los muros del hospital psiquiátrico. El resultado fue una multiplicidad de servicios esparcidos, fragmentados, con poca relación entre ellos o desintegrados, un "no sistema". Así fue descrita la situación repetidamente en Norte América y Europa.

**AUN NO SE APRECIA LO SUFICIENTE EL DILEMA DEL TRABAJADOR DEL HOSPITAL MENTAL CUANDO EL PACIENTE DICE "SOY UN ENFERMO MENTAL. NO PUEDO VIVIR FUERA. ÉSTA ES MI CASA, AQUÍ QUIERO VIVIR Y AQUÍ QUIERO MORIR"**

**La fragmentación de servicios** ocurrió a varios niveles

o ámbitos y de varias formas, a saber:

- Agencias de salud y sociales
- Profesiones de salud, con rasgos de confusión de roles, territorialidad y difuminación de las líneas de responsabilidad
- Falta de claridad o ausencia de normas y de procedimientos establecidos o de manuales escritos
- Falta o desarticulación de legislación adecuada.

Adjunto a la fragmentación se llegó a una **crisis de financiamiento o económica**. Esta tuvo su origen en la subida de costos y cortes de presupuestos que ocurrió repetidamente en los últimos 20 años. **La falta de datos** para vigilar, seguir, corregir y planificar al sistema era especialmente severa en el área de la provisión y coste de servicios ambulatorios. (Suecia puede ser la excep-

ción brillante en cuestión de estadísticas. Su tradición se remonta al siglo 16 con tablas de mortalidad por causa y continua con los recientes estudios de epidemiología de salud mental que empezaron en 1948).

Ya que hemos dado un diagnóstico y una formulación genética de la situación de incoordinación, ahora nos planteamos la cuestión del tratamiento de este organismo tan afligido. En los países angloparlantes y en algunos europeos las medidas de coordinación tomadas se refieren a los mismos tres ámbitos o niveles: sistémico, clínico y de la gestión.

**En el ámbito sistémico**, es decir en el sistema de salud como categoría más abstracta y general y a nivel de más alta jerarquía, las medidas son de orden político y administrativo. Dentro de este marco legislativo, nacional y provincial (llámese en otros países, de los estados, como en EEUU, o comunitario como en España), el gobierno ha procedido con la planificación adecuada. Recientemente debido al énfasis en los temas fiscales y a la necesidad de renegociar las relaciones del estado nacional con los gobiernos provinciales, en Canadá las distribuciones monetarias del gobierno central son de gran importancia para estimular a los gobiernos provinciales a seguir pautas uniformes nacionales en el campo de salud (por aquello de que el que paga a los músicos decide lo que han de tocar; en inglés, *"he who pays the piper calls the tune"*). En el presente, con una economía muy favorable, el tema salud es de importancia máxima para el electorado canadiense, y el partido en poder del gobierno nacional tiene gran interés en apoyar el sistema de sanidad de las provincias. A nivel político el tema sanidad ayuda, además, a mantener la unidad nacional. En España donde la opinión política es diferente, y las autoridades, se hallan preocupadas por la situación del país vasco y de la inmigración, no tienen el interés necesario para acometer todo el trabajo político y legislativo requerido para una transformación más profunda del sistema.

**A nivel clínico** se incluyen la coordinación de agencias y servicios, y la armonización de los nuevos profesionales llegados al campo de salud mental dentro del llamado equipo multidisciplinario.

Finalmente, **a nivel de gestión**, se incluyen los temas de:

1. Responsabilidad fiscal
2. Responsabilidad de función
3. Evaluación del rendimiento y comportamiento laboral
4. Sistema de datos e indicadores del rendimiento y comportamiento del sistema y de sus recursos humanos.

La palabra *"responsabilidad"* en castellano es una traducción imperfecta del término inglés *"accountability"*, que se refiere específicamente a la responsabilidad y obligación de una persona en cuanto a su función dentro de la jerarquía y del organigrama. Toda acción y toda decisión tiene un o una responsable, y cada persona es siempre e inequívocamente responsable a alguien por lo que hace. Este concepto está permeado del sentido del deber, un tanto puritano, legalista y moral, que se identifica con el protestantismo y capitalismo. Igualmente, la palabra *"performance"* (rendimiento, en castellano) requiere una aclaración. Su origen está en los modelos económicos e industriales aplicados a la gestión (o *"management"*) dentro del campo de la salud. Dentro del área de la gestión de personal se ha impuesto otro término tomado del mundo económico e industrial, *"recursos humanos"*, hasta hace poco y antes de la revolución de la gestión, llamados personal o plantilla.

**TODA ACCIÓN Y TODA  
DECISIÓN TIENE UN O UNA  
RESPONSABLE, Y CADA  
PERSONA ES SIEMPRE E  
INEQUÍVOCAMENTE  
RESPONSABLE A ALGUIEN POR  
LO QUE HACE**

## Mecanismos de coordinación

En una revisión metódica de los sistemas de salud mental en el mundo de habla inglesa (USA, Canadá, UK, República de Irlanda, Australia y Nueva Zelanda), Europa Occidental, incluyendo Italia, con breves referencias a la India y Japón, nos encontramos que los mecanismos de coordinación más comunes han sido:

### 1. En el ámbito sistémico

- **La descentralización.** La legislación preparó el traspase de responsabilidades administrativas y de gestión de los gobiernos federales o nacio-

nales a los de los estados, provinciales o regionales. La regionalización y zonificación creó sectores y agencias autónomas en cuestión de administración y gastos de presupuesto.

- **La reforma fiscal** fue un paso consecuente y muy importante. La política central dictaba un giro de los gastos del presupuesto del hospital a las agencias comunitarias que se llevó a cabo en las décadas de los 70 y 80. En USA el cierre de camas (de 186 /100.000 habitantes en 1969 a 33/100.000 en 1992) se acompañó de un incremento del presupuesto comunitario del 33% del presupuesto total de salud mental en 1981 al 49% en 1993. En Canadá en 1962 el hospital mental consumía 50%, la comunidad 10%, y los médicos el 30%. Para el año 2003 se propone un gasto de 30% para el hospital, 40% para la comunidad, y los médicos mantendrán su 30%.
- **La tendencia a la privatización de servicios** a través de seguros voluntarios a personas que tienen derecho de acceso al sistema público ha subido tanto en el número de camas (16% en Irlanda y 30% del total de camas en Italia ) como en el uso de los servicios ambulatorios y en el coste total del área de salud mental (30% en Canadá)

## 2. A nivel clínico

los mecanismos de coordinación son múltiples y complejos. Se propone una red continua de servicios mixtos (*a mixed continuum of care services*) que ya intrínsecamente tienen capacidad coordinadora o integradora a través de las funciones de recepción, admisión, referencias o interconsultas y seguimientos. Esta red mixta y continua de atención consiste en los siguientes servicios:

- Servicios de intervención en crisis, basados en la comunidad
- Equipos de Tratamiento Comunitario Afirmativo (ACT, Assertive Community Treatment)
- Residencias y viviendas protegidas
- Enlaces con médicos generales o primarios ("Shared Care")
- Unidades psiquiátricas en hospitales generales con :
  - Camas de estancia breve (8-15 días)

- Equipos de intervención en crisis
- Programa de consulta y de educación psicológica a las familias.

- Atención terciaria en el hospital mental para las admisiones y readmisiones del paciente mental grave y crónico (SMI)
- Servicios para grupos con necesidades especiales:
  - Drogadictos y alcohólicos
  - Psicogerítricos
  - Desahuciados (o "sin hogar" o "sin techo"). (En Toronto se calcula que existen unos 25.000 en una población de dos millones y medio).

Para esta red de servicios compleja y de difícil acceso y coordinación los mecanismos específicos de coordinación prescritos, solo para citar los más significativos, son la tutoría de casos, el equipo multidisciplinario, y la enseñanza y el entrenamiento.

### Tutoría de casos ("case management")

La tutoría se aplica de diversos modos, sea como función de enlace y gestión individualizada (el caso de los USA), como apoyo clínico ( Canadá), o como "comprador" de servicios (tal como en UK). En Ontario tradicionalmente el médico de atención primaria actuaba y sigue actuando de eje de coordinación de servicios médicos. La enfermera pública o

comunitaria actuaba también con tal función. Actualmente en los equipos ACT es la enfermera quien con más frecuencia actúa como coordinadora y gestora.

Habría que hacer, sin embargo, unas observaciones críticas en el concepto y experiencia de la tutoría de casos, a saber: La tutoría y coordinación no pueden ser mejor que la suma de los servicios componentes de la red, es

decir, la coordinación de servicios mediocres solo puede resultar en un servicio mediocre. Esto puede ocurrir en el Tercer Mundo, por ejemplo en la India. donde la retórica de la comunidad toma lugar sin recursos para una mejora de servicios. (Ganju, 2000, p.402). La tutoría, como toda coordinación, cuesta dinero y habría que añadir su coste al presupuesto total. Finalmente, la evaluación final de la tutoría de casos como de coordinación está por llevarse a cabo. Entretanto hay que recoger datos e información sobre esta nueva experiencia.

**LA TUTORÍA Y COORDINACIÓN  
NO PUEDEN SER MEJOR QUE LA  
SUMA DE LOS SERVICIOS  
COMPONENTES DE LA RED, ES  
DECIR, LA COORDINACIÓN DE  
SERVICIOS MEDIOCRES**

### *Equipos multidisciplinarios*

Estos equipos evolucionaron de la unidad y colaboración tradicional del médico y enfermera. La adición de nuevos miembros al equipo en los años 1960, '70 y '80, bajo expectativas indefinidas o conflictivas, crearon problemas de territorialidad, difusión de rol, situaciones de fronteras movedizas y difuminadas, y falta de claridad en las líneas de responsabilidad y jerarquía. Sus roles y responsabilidades legales pueden no existir en los estatutos de los estados y comunidades o no estar claramente definidas en los manuales de normas y procedimientos de los hospitales y agencias. El rol del médico viene claramente definido en la legislación provincial, bien en actas especiales para el enfermo mental o en los códigos civiles del país, como ocurre en España. En ellos el médico es responsable por la admisión, diagnóstico, tratamiento y alta del paciente en el hospital. Su relación con otros colegas del equipo no está legislada en muchas situaciones, o no está clara en los estatutos de las provincias y comunidades, aunque a veces hay normas para las otras profesiones de la sanidad. En Canadá la lista de estas profesiones, promulgada en legislación especial, llega a veintitrés, aunque los asistentes sociales, tal vez por motivos de identidad o responsabilidad dentro del campo social y no del de salud, no están incluidos.

El papel del "coordinador" del equipo, a veces llamado también "director" o "leader" del equipo, se ha prestado a mucha confusión y a causa de tensiones. Aparte de la ley y de las normas, el modelo que se adopte y, sobre todo, el manejo de la dinámica de grupo son muy importantes. El modelo u organigrama del equipo tiene que respetar la separación del ámbito clínico del ámbito administrativo: los clínicos respetarán las prerrogativas de la administración y la gerencia, en cuanto facilitan el trabajo clínico, y los médicos mantendrán su autonomía en el terreno del juicio clínico y del tratamiento, ya que la ley y las asociaciones y colegios médicos no los eximen de estas responsabilidades. No importa si una decisión se origina en la persona del médico o en otro miembro del equipo; el médico cumple con

**EL MÉDICO ES RESPONSABLE  
POR LA ADMISIÓN,  
DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO  
Y ALTA DEL PACIENTE EN EL  
HOSPITAL. SU RELACIÓN CON  
OTROS COLEGAS DEL EQUIPO  
NO ESTÁ LEGISLADA EN  
MUCHAS SITUACIONES, O NO  
ESTÁ CLARA EN LOS ESTATUTOS  
DE LAS PROVINCIAS  
Y COMUNIDADES**

su responsabilidad si está seguro que tal decisión es la mejor para el paciente. Urge repetir que la dinámica del equipo es siempre más importante que el modelo teórico y las normas del hospital, si es que existen sobre este punto. Más aun cuando las normas del hospital o de la clínica no pueden contradecir los estatutos de la provincia o de la comunidad, que sean responsables por la sanidad. Gran parte de la labor del psiquiatra en el equipo es de educación, supervisión y delegación de función aunque no de responsabilidad. La clave está en que cada miembro del equipo respete a los otros miembros como personas y como miembros de otra profesión con capacidad para contribuir al servicio total del paciente o cliente. Es interesante notar que en Suecia, uno de los países donde más han evolucionado las funciones de los miembros del equipo, es donde se informan con más frecuencia tensiones internas, probablemente a causa de la pobre definición de los papeles y responsabilidades de los múltiples actores dentro de este sistema (Silfverhielm and Kamis-Gould, 2000, p. 304), y tal vez a causa del fenómeno tan universal del crecimiento en espiral de las expectativas humanas.

### 3. Gestión de servicios. ("Managed Care")

¿Qué es la gestión de servicios de atención al cliente? Primariamente la gestión de servicios es una reforma en las finanzas de la atención a través de un énfasis en el control y evaluación del tipo e intensidad del servicio. (Manderscheid et al., 2000, p.245). Es un fenómeno que surgió en los años 1990 a raíz de la desinstitucionalización de la generación previa. Aunque ha tenido un efecto muy profundo en los servicios de salud mental, su impacto en la calidad y en la eficacia de los servicios aun se desconoce. Se ha establecido principalmente en los USA, sobre todo en tipos de organizaciones como los HMOs (Health Maintenance Organizations), en que la organización misma elige o suscribe una sección de la población a la que provee servicios cuya utilización es cuidadosamente vigilada. Consultas, visitas, investigaciones y análisis, recetas, admisiones hospitalarias y días de



estancia están controlados y su coste calculado. Los médicos y otros profesionales tienen límites e incentivos en cuanto a los gastos en que sus clientes pueden incurrir.

El origen de la gestión está en los estudios epidemiológicos de los años 1950, la sociología de la salud mental de los 60, los estudios de población y de costes y beneficios, y finalmente en las técnicas de la gestión industrial para la administración de los recursos humanos aplicadas al estudio de costes y beneficios en el campo de la salud. Las variables que se estudian y se miden son esencialmente gastos de recursos, productos y resultados. En la gestión las medidas del proceso de servicios no son solo de tipo clínico, es decir síntomas y enfermedad, sino de incapacidad social, estilo y calidad de vida, satisfacción del cliente, coste económico de los servicios e incluso impacto político de los servicios en la familia y en la sociedad. Ni que decir tiene que en circunstancias de limitación de los recursos económicos, como ocurrió en USA y Canadá en los años '80, los indicadores fiscales (coste y productividad de servicios) adquieren máxima importancia. Al mismo tiempo, el liderazgo en la dirección de los hospitales generales y psiquiátricos, que ya se escurría de las manos de los médicos en los años '60, acabó de escapárseles en los '80 y '90. El cambio de administración de la dirección médica a la gestión de cuidados no fue solo una reforma sino una revolución, con todas sus trazas. Se propagó una nueva ideología, un lenguaje nuevo y una utopía propia. A saber:

**1.** Ideología neo-liberal con sesgo capitalista favoreciendo la empresa privada y la reducción del papel del estado como actor benevolente y proveedor directo de servicios a la comunidad.

**2.** Un lenguaje nuevo que traduce una serie de valores nuevos que socavan o substituyen los valores humanísticos tradicionales de las profesiones de la salud: el paciente como ser que sufre y al que se tiene un deber primario de atender. En la nueva jerga el "usuario" es un "cliente" al que hay que despachar con rapidez, eficacia y satisfacción garantizada.

**3.** No hay revolución sin utopía. Sin una promesa y una esperanza no se vende ningún producto nuevo. La utopía de la dirección a través de la gestión es la ventaja económica, es decir, los ahorros en el gasto de servicios que se reinvertirán en nuevos recursos. Esto está por demostrar.

La reforma de la responsabilidad fiscal como mecanismo de integración requiere la **devolución** de la gestión y administración directa del estado en los hospitales mentales a corporaciones públicas, y la descentralización y regionalización de la misma. Las corporaciones de los hospitales públicos y de las distintas regiones están regidas por juntas compuestas de representantes de las comunidades ("partes interesadas", *stake holders* en inglés, usando un término de la bolsa). Las agencias reciben a su vez la parte del presupuesto que les corresponde, de acuerdo a su personal y carga de trabajo, justificada por el número y tipo de casos, y lo gastan a su juicio.

Las medidas de rendimiento y función juegan un papel muy importante en la gestión. En su forma más rudimentaria consisten en el número y mezcla de casos asignado a cada profesional. Frecuentemente se incluye el número de casos nuevos y número total de visitas, pero raramente se usan medidas de resultados o del producto final, excepto en proyectos especiales de investigación y evaluación. El coste de este tipo de gestión es muy alto y requiere personal muy especializado, dispositivos y sistemas de datos muy sofisticados y una plantilla muy dócil y capaz de llevar a cabo tareas extraordinarias, además de una clínica pesada. En consecuencia, en el sistema de sanidad se sabe bastante bien lo que entra, pero poco de lo que sale.

El sistema de la provincia de Ontario está orientado hacia una mezcla de varias formas de remuneración. Honorarios por acto de servicio es la regla en la práctica de medicina, con el gobierno como agente de seguros único. Los hospitales mentales pagaban por salario y contrato de empleo permanente, pero las nuevas corporaciones pagan por contratos limitados o sesiones, para disgusto de los sindicatos y asociaciones gremiales. En Inglate-

**EN LA GESTIÓN LAS MEDIDAS DEL PROCESO DE SERVICIOS NO SON SOLO DE TIPO CLÍNICO, ES DECIR SÍNTOMAS Y ENFERMEDAD, SINO DE INCAPACIDAD SOCIAL, ESTILO Y CALIDAD DE VIDA, SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, COSTE ECONÓMICO DE LOS SERVICIOS E INCLUSO IMPACTO POLÍTICO DE LOS SERVICIOS EN LA FAMILIA Y EN LA SOCIEDAD**

rra los médicos de familia, desde la fundación del servicio nacional de sanidad, trabajan bajo un sistema de pago por cupo de población (*capitation*), es decir, unas dos mil personas por médico. Algo parecido ocurre en los HMOs de los USA, que se está intentando introducir en Canadá. La introducción de incentivos y desincentivos en el trabajo de los profesionales, médicos sobre todo, es un tema muy delicado de abordar. Sin embargo, va a ser difícil estimular el interés del médico en la fiscalización de los servicios sin hacerlo, de alguna forma, partícipe en el proceso económico.

### Tendencias en la coordinación

Un análisis de los objetivos de planificación y de afirmaciones sobre tendencias hacia el futuro que se hayan hecho revela que no están siempre basadas en datos completos o informes fidedignos. Hay evidencia de que en los USA, Inglaterra y en el País de Gales la desinstitucionalización de hospitales elegidos, coordinada con servicios adecuados en la comunidad, no acarrearón deterioro en el estado clínico y mejoraron la calidad de vida de los pacientes dados de alta. En los EE.UU. los hospitales Philadelphia State Hospital y Northampton State Hospital, y en Inglaterra los hospitales Claybury y Friern cerraron sus camas, y en Italia todos los manicomios dejaron de admitir en 1978. "Tras-institucionalización" ha sido una consecuencia y en parte una solución al cierre de hospitales y a la reducción del número de camas. Se considera que un núcleo mínimo de camas es necesario para mantener una mezcla de servicios. Aun así, la reducción del número de camas, cierre de hospitales, devolución y descentralización continuará como marcha continuada del hospital hacia la comunidad.

La gestión de servicios en los EE.UU. ha avanzado a pasos gigantes desde que el Presidente Bill Clin-

ton fracasó en establecer un sistema de sanidad pública (*Medicaid*) inspirado en el modelo canadiense. En los últimos años la mayoría de los ciudadanos (124 millones) han pasado a recibir seguros de compañías privadas bajo un modelo de gestión, y unos 35 estados han recibido permiso federal para convertir sus planes de salud mental bajo *Medicaid*, administrado por el estado a la gestión de servicios. (Manderscheid et al., 2000, p.256). Aunque otros países esperan el resultado de estos experimentos, hay poca duda de que su impacto fuera de los EE.UU. es ya de gran importancia.

También se habla y se escribe en las revistas profesionales de **prácticas evaluadas** (*best practices*) y **tratamientos basados en la evidencia** experimental o documentada (*evidence based medicine*).

Siguiendo las pautas y criterios de diagnóstico que aparecieron con el DSM-III en 1980 y con el DSM-III-R y DSM-IV de 1988 y 1994, están apareciendo pautas y protocolos (*guidelines*) para el tratamiento de las diversas enfermedades mentales. Existe la preocupación de que estas pautas sean prematuras, rígidas e indebidamente influenciadas por las compañías farmacéuticas, que favorecerán tratamientos con los fármacos más nuevos y, naturalmente, más caros. Igualmente, debido a la disminución del estado en sus aportes a la investigación médica, la influencia de la industria privada en este terreno ha aumentado y posiblemente continuará en los próximos años.

Sobre el papel del profesional clínico en la gestión habría que decir que se han intentado varios modelos. Al final se impondrá un modelo que integre al profesional clínico en el trabajo de gestión, mientras se mantenga la separación y la autonomía de ambas esferas y el respeto por los valores profesionales y humanos del profesional clínico.

**HAY EVIDENCIA DE QUE EN LOS USA, INGLATERRA Y EN EL PAÍS DE GALES LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE HOSPITALES ELEGIDOS, COORDINADA CON SERVICIOS ADECUADOS EN LA COMUNIDAD, NO ACARREARON DETERIORO EN EL ESTADO CLÍNICO Y MEJORARON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA**

**EXISTE LA PREOCUPACIÓN DE QUE ESTAS PAUTAS SEAN PREMATURAS, RÍGIDAS E INDEBIDAMENTE INFLUENCIADAS POR LAS COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS, QUE FAVORECERÁN TRATAMIENTOS CON LOS FÁRMACOS MÁS NUEVOS Y, NATURALMENTE, MÁS CAROS**



### Impacto local y conclusión

Después de esta revista global o internacional de la coordinación en los sistemas de salud mental uno se debe preguntar qué le importa todo esto a España. La pregunta es también de orden universal, es decir, ¿cómo se aplica lo global a lo local? No me incumbe hacer aquí un análisis de la coordinación del sistema de sanidad mental en España o en la Comunidad de Madrid. El libro editado por García, Espino y Lara, *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo* contiene mucho del material que existe en España para tal análisis. Otro texto publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, *Evaluación de Servicios de Salud Mental*, provee datos importantes y dignos de estudio. Merece la pena simplemente repetir lo que ya se ha dicho en esos textos:

En España existía una situación de incoordinación con las mismas características dichas anteriormente sobre los otros países: jungla burocrática, limbo terapéutico, difusión de responsabilidades y difuminación de roles, territorialidad, y dualismo biológico-social en la ideología y práctica clínica en la misma profesión psiquiátrica. (Suárez, Casco y Garcés, 1998) No escapan a estos autores, aunque modestamente no lo enfatizan suficientemente, los grandes logros llevados a cabo y la dedicación

profesional y administrativa en la transformación de un sistema de unos cien años de antigüedad en un periodo de escasamente veinte años. Fue el paso de un sistema de vigilancia y control del paciente, al que se percibía esencialmente como un peligro para la sociedad y con escasos derechos humanos de dignidad y libertad personal, a un sistema basado en la mezcla armoniosa de los derechos del paciente y de la protección del público.

Ha sido una transformación paralela y solo posible dentro de la transformación nacional de un sistema político de dictadura totalitaria de la postguerra española a un sistema democrático estable. Tal vez la tarea urgente para facilitar la integración y coordinación de servicios sea la generación de una legislación nueva que recoja y ponga al día los derechos del paciente mental dentro y fuera del hospital, y regule claramente las responsabilidades de las varias profesiones de la salud mental. En lo demás el sistema español va al mismo paso y en la misma dirección de coordinación que los que aquí se han citado. Las cuestiones de cómo, cuándo y con qué medios evolucionará el sistema español, específicamente el de la Comunidad de Madrid, es una tarea que les incumbe a todos Vds. y en la que yo les auguro grandes éxitos.

Muchas gracias.



## Bibliografía

**Basauri V. A.** (1998) La Reforma Psiquiátrica de 1985. En: Evaluación de Servicios de Salud Mental Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría

**De Girolamo G, Cozza M.** (2000) The Italian Psychiatric Reform: A 20 Year Perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4) (May/June -July/August 2000) p.197

**Díez Fernández M. E.** (1998) Cambios en el marco jurídico y legal de la enfermedad mental. En García, J., Espino A., Lara L. ( eds.) (1998) La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo. Madrid: Díaz de Santos

**Ganju V.** (2000) The Mental Health System in India: History, Current System and Prospects. *Op. cit.*, p. 393

**Goering P,** Wasylenki, D., Durbin, J. (2000) Canada's Mental Health System. *Op. cit.*, p.329

**Manderscheid R. W, Henderson M. J, Witkin M. J,Atay J.E.** (2000) The US Mental Health System of the 1990s: The Challenges of managed Care. *Op. cit.*, p.245

**Montejo Candosa J, Espino Granado A.** (1998) Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En: García et al., *op. cit.*, p.363-387

**Rothbard A. B, Kuno E.** (2000) The Success of Deinstitutionalization: Empirical Findings from Case Studies on State Hospital Closures. *Op. cit.*, p. 322-334

**Solomon P.** (2000) Precipitants of Case Management from an International Perspective. *Op. cit.*, p. 419.

**Suárez T, Casco J, Corcés V.** (1998) La Reforma psiquiátrica en la Comunidad de Madrid: catorce años de transformaciones asistenciales. En: García et al., *op. cit.*, 117-153

**Federico Allodi, MD.**

### “Las transferencias”

El Boletín ha pedido colaboraciones sobre el tema a varias personas cuya opinión puede interesar a nuestros lectores, y que presentaremos en los próximos números:

Preguntas :

1. *¿Para cuando las transferencias?*
2. *En su opinión, ¿cómo cree que afectará el proceso de transferencias a la atención en Salud Mental en la CAM?*
3. *¿Cree que las transferencias van a posibilitar por fin la creación de una red integrada? ¿Cómo?*

## COMENTARIOS A LAS PREGUNTAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

### 1. ¿Para cuándo las transferencias?

- Aunque la fecha precisa es parte del propio proceso de debate, parece claro que las transferencias de INSALUD a las Comunidades Autónomas conforman la agenda pública y política dominante en esta legislatura. Un efecto claro ha sido el que otras agendas reformistas que ocuparon el espacio de debate en la anterior legislatura (Nuevas Formas de Gestión) han quedado relegadas a un segundo plano.
- No obstante lo anterior, hay algunos datos objetivos que señalan a la viabilidad de dicho proceso, y permiten conjeturas razonables sobre los plazos. Así:
  - En términos políticos, la mayoría de agentes ya se han situado en dicha lógica, y todos tienen expectativas positivas en dicho proceso (especialmente los que van a recibir transferencias, pero también el propio Ministerio de Sanidad y Consumo). Aunque puedan tener reticencias sobre el modo, cuantía y ajustes del proceso, las declaraciones y compromisos adquiridos hacen difícil el dar un paso atrás.

**POR LAS RAZONES ANTERIORES, EL MODELO MÁS COHERENTE ES EL DE LA TRANSFERENCIA “EN BLOQUE” A LAS 10 COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE AÚN NO HAN RECIBIDO LAS TRANSFERENCIAS; ELLO APORTA RACIONALIDAD, DADO QUE EN EL ACTUAL “TERRITORIO INSALUD” LOS SERVICIOS ESTÁN MUY ENLAZADOS Y DIFÍCILMENTE SE PODRÍA JUSTIFICAR QUE SE RETUVIERA LA GESTIÓN NACIONAL DE UNA PARTE DEL SISTEMA. POR TODO LO ANTERIOR, LA FECHA DE 1 DE ENERO DE 2002 PARECE COHERENTE, FACTIBLE Y PROBABLE**

Además, los resultados del acuerdo de financiación del Consejo de Política Fiscal y Financiera para el período 1998-2001, indicó a todos que es preferible estar dentro de la negociación (Comunidades con INSALUD transferido), que estar fuera y dejar que INSALUD negocie por ellos.

- El calendario obliga a renovar este acuerdo de financiación para el período 2002-2005, coincidiendo el período con la actualización del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas (el llamado sistema “LOFCA”); este doble proceso crea las condiciones para definir las reglas de financiación de todo el sistema para un largo período, para el cual la principal preocupación del Ministerio de Hacienda es crear un esquema sostenible y de co-responsabilidad fiscal. Es muy probable que el resultado de todo el proceso sea la inclusión de la financiación sanitaria en el modelo general de financiación y cesión de tributos; pero, en todo caso, la negociación deja despejado el principal obstáculo para proceder a la cesión de INSALUD a las administraciones autonómicas.

– Por las razones anteriores, el modelo más coherente es el de la transferencia “en bloque” a las 10 Comunidades Autónomas que aún no han recibido las transferencias; ello aporta racionalidad, dado que en el actual “territorio INSALUD” los servicios están muy enlazados y difícilmente se podría justificar que se retuviera la gestión nacional de una parte del sistema.

- Por todo lo anterior, la fecha de 1 de enero de 2002 parece coherente, factible y probable.

## 2. ¿Cómo afectará el proceso de transferencias a la atención de salud mental en la comunidad de Madrid?

- Es difícil anticipar los efectos de un proceso, con independencia de las ideas y proyectos de aquellos a los que corresponda gobernar el sistema madrileño de salud en ese momento. No obstante cabrían establecer efectos positivos y negativos esperables en función de la naturaleza de las transformaciones que reporta el cambio organizativo:

### • Como efectos positivos:

- La creación de un vértice jerárquico único, crea posibilidades de acción integrada y coordinación de servicios.
- La capacidad económica de la nueva administración autonómica, brinda potencialidades nuevas para apoyar los servicios, y posibilita economías de escala y compartición de recursos (por ejemplo de administración y gestión) que pueden generar economías.
- La tendencia natural a la integración organizativa, favorece esquemas de gestión de la salud mental me-

**LA SALUD MENTAL DEJA DE SER UN ESPACIO DOMINANTE EN LAS RESPONSABILIDADES COTIDIANAS DEL SERVICIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID, Y DEBE COMPARTIR DICHO ESPACIO CON EL CONJUNTO DE SERVICIOS**

nos separados de los sistemas generales, y permite abordar los problemas de fragmentación en el régimen de personal de los servicios de salud mental.

### • Como efectos negativos:

- La salud mental deja de ser un espacio dominante en las responsabilidades cotidianas del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid, y debe compartir dicho espacio con el conjunto de servicios.
- Buena parte del modelo organizativo que enfatizaba el papel de los Centros de Salud Mental en la comunidad, ha venido reforzado por la separación de hecho en las dos redes sanitarias (INSALUD–CAM). No existiendo dicha separación, podría darse una tendencia a la integración bajo el vértice jerárquico de los servicios de los hospitales generales cabecera de área de salud; sin entrar a valorar los aspectos positivos o negativos de dicho proceso, sí cabe decir que implicaría un cambio de modelo de referencia, y que objetivamente establecería una cierta distancia respecto de la dimensión socio-sanitaria que hoy pugna por abrirse camino, para asentar el modelo en una legitimidad más próxima a lo profesional y bio-médico.

- En un sistema integrado, la pugna por prioridades guarda una cierta relación con el activismo de profesionales y pacientes para que sus temas suban en la agenda pública y la agenda política; en dicho sentido, hay que constatar la debilidad histórica de los pacientes mentales a la hora de hacer presentes sus necesidades y demandas.

**EN UN SISTEMA INTEGRADO, LA PUGNA POR PRIORIDADES GUARDA UNA CIERTA RELACIÓN CON EL ACTIVISMO DE PROFESIONALES Y PACIENTES PARA QUE SUS TEMAS SUBAN EN LA AGENDA PÚBLICA Y LA AGENDA POLÍTICA; EN DICHO SENTIDO, HAY QUE CONSTATAR LA DEBILIDAD HISTÓRICA DE LOS PACIENTES MENTALES A LA HORA DE HACER PRESENTES SUS NECESIDADES Y DEMANDAS**

## 3. ¿Posibilitarán las transferencias la creación de una red integrada?

- Las transferencias son condición necesaria pero no suficiente; el aprovechamiento de

dichas posibilidades depende de la forma en que se reciban, y de la voluntad política de integrar redes de servicios.

- Las tendencias de reforma de los sistemas sanitarios no llevan necesariamente a que domine dicho paradigma de integración (como ocurría en los años 80 en los cuales se dictó la Ley General de Sanidad). No obstante, incluso si dicha integración organizativa no se aborda en los patrones clásicos de homologación de perso-

nal y rediseño de los lazos jerárquicos y organizativos, es bastante probable que los elementos de coordinación y de gestión permitan una relación más sólida y clarificadora que los instrumentos que se han utilizado hasta la fecha (comisión tripartita, acuerdos funcionales, etc.)

**José Ramón Repullo Labrador**

*Presidente de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS)*



# XI JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL (AEN)

## Una reseña.

Los pasados días cinco y seis de octubre de este otoño, celebramos en el Salón de Actos del Hospital Ramón y Cajal, las XI Jornadas de nuestra Asociación. En esta reseña sobre las mismas se ha optado por una exposición que se podría llamar de forma redundante "subjetivamente comprometida".

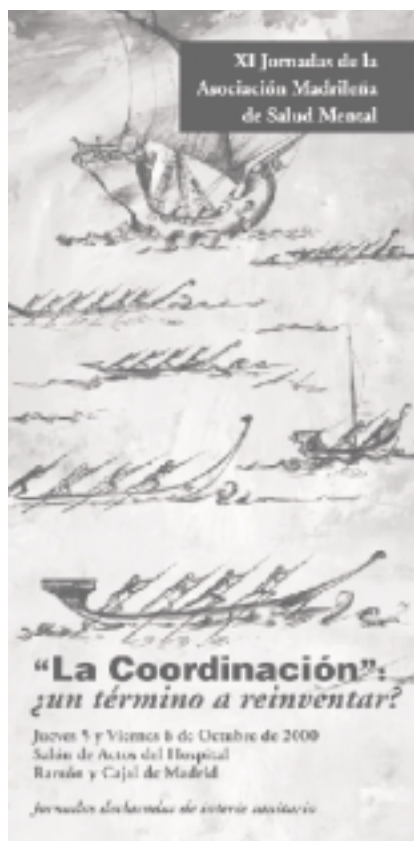
Optar aquí por la subjetividad, en parte se debe a que confiamos en la futura exposición "objetiva" del material de las Jornadas, a través de su recopilación y publicación (por lo pronto, adjuntamos en este número la conferencia inaugural de Federico Allodi). "La Coordinación: ¿un término a reinventar?", se constituyó desde el principio de su formulación en una especie de reto, pues proponía hablar a lo largo de dos días sobre un concepto ya harto utilizado, evitando a un tiempo caer en la retórica y la redundancia. Por otra parte, se jugaba desde una cierta ambivalencia: "reinventar" la coordinación, ¿era una provocación a pensar sobre este concepto

de una forma nueva, o a más bien trataba de rescatarlo?. Y si fuese ésto último, ¿por qué y para qué objetivo?

Miguel Castejón, moderador de la tercera mesa apuntó que la coordinación antojaba la apariencia de un tema menor pero síntoma de enfermedades mayores. Ampliando esta idea, me atrevo a decir, que sin la coordinación, la estructura de nuestro trabajo curiosamente se identifica con algo que le es conocido, adquiriendo la apariencia de una suerte de melancolía y su correlato sintomático: anhedonia, desesperanza, aislamiento (si no ya autismo), cansancio, irritabilidad.... Frente a la coordinación puede erigirse el ideal de trabajar "libremente" desde la individualidad, sin injerencias, impertinencias o incomprensiones. Los trabajadores y las instituciones que optan por esta vía construyen entonces trincheras desde las que defenderse de la presión exterior, sin percatarse que en esas mismas trincheras, lentamente combustionan. Por ello, cuando propusimos este lema, sentíamos que mucho se estaba jugando sobre una forma de actuar y vivir un trabajo.

Inicialmente, al intentar diseñar las ponencias, se pretendió diferenciar una mesa que aludiese a la coordinación entre dispositivos e instituciones, y otra, que se focalizase en aspectos clínicos más concretos. Fracasamos y ello fue un acierto, pues aprendimos que era imposible intentar fragmentar el acto de coordinación entre aspectos clínicos, administrativos y de relaciones entre instituciones.

Así, a modo de ejemplo, cuando se propuso para la "mesa clínica", una ponencia sobre trastornos de la alimentación, no encontrábamos la forma de priorizar lo clínico como factor primordial, en una intervención donde participaban profesionales que conjugaban distintas terapias psicológicas y farmacológicas, que actuaban sobre personas en fases vitales distintas (adolescentes, padres...) y que



**SE CONSTITUYÓ DESDE EL PRINCIPIO DE SU FORMULACIÓN EN UNA ESPECIE DE RETO, PUES PROPONÍA HABLAR A LO LARGO DE DOS DÍAS SOBRE UN CONCEPTO YA HARTO UTILIZADO, EVITANDO A UN TIEMPO CAER EN LA RETÓRICA Y LA REDUNDANCIA**



tenían que coordinarse entre dispositivos hospitalarios y ambulatorios. De igual forma, en cada aspecto que analizamos vimos lo artificioso de separar la clínica y organización del trabajo. Por ello, optamos finalmente por titular las dos primeras mesas con el mismo nombre: *La Coordinación en Salud Mental: una forma de trabajo (I) y (II)*. Las líneas que siguen, corroborarán más aun esta imposibilidad.

Intentaremos abordar los diferentes aspectos de las Jornadas. Siempre habrá en esa inevitable selección de impresiones, el sacrificio de otras, con toda seguridad no menos importantes. Aceptando ésto, hablemos...

### de los contenidos:

Decidimos constituir tres mesas: las dos referidas antes, y una tercera, cuyo desarrollo habría de configurarse en un acto de producción inmediata; ésto es: una mesa-debate.

En las dos primeras mesas, se combinaron aspectos clínicos, organizativos..., y reflexiones.

En prácticamente todas las ponencias se realizaron grandes empeños en delimitar el concepto. Quizás porque el abuso de un término, acaba desvaneciendo el significado que le dio su poder, Antonio de Muñoz, desde la primera presentación, hizo un importante esfuerzo para analizar esta palabra desde sus bases etimológicas. Apuntó al riesgo en que se encuentran tantos términos que finalizan con la partícula "ón"; en el riesgo de su empobrecimiento y en la renuncia que ésto supone al uso de otros conceptos alternativos. Propuso, hablar de una coordinación basada en el día a día. Una acción que en algún momento se definió como una relación de no subordinación. Y si bien, es frecuente hablar de coordinación de medios y de objetivos, quedaba en parte por estrenar, "la coordinación de lo que se hace". (Esto último apuntaba, supongo que sin saberlo en aquel momento, a uno de los principios básicos que seguimos las personas del comité organizador para seleccionar a los integrantes de las mesas: personas participantes en proyectos que ya habían demostrado sus hechos. Personas que habían conseguido superar la utopía, para llevar hasta lo cotidiano de

la asistencia una forma de trabajo). Y si bien, como decía Antonio Muñoz, la coordinación, sería algo difícil de reinventar, no lo sería tanto en el empeño de usarla en una forma más correcta.

En la ponencia sobre *coordinación en torno a la Patología Dual*, se señaló que el riesgo de lo "manido", no era sólo una sombra que gravitaba sobre el concepto nuclear de las Jornadas, sino que era compartido también por los propios términos clínicos (el mismo de "patología dual"). Por ello, se hizo en dicha exposición un trabajo de depuración de todos los conceptos: coordinación, enfermedad psíquica y patología efecto del uso de sustancias tóxicas. La importancia de este esfuerzo partía de una clave: "si tenemos un discurso homogéneo, éste llegará a la calle" (Pilar Colis). Así, desde el principio surgió algo que se repetiría a lo largo de todas las Jornadas: *la calle*<sup>1</sup>; lo exterior. Esto era crucial en nuestro deseo de conocer la verdadera esencia de la Coordinación, pues si las Jornadas podían sugerir en un primer momento que se iban a tratar sobre aspectos internos, íntimos de los profesionales, inmediatamente se evidenció que la coordinación no era sólo algo realizado para los habitantes de la calle, sino que sólo sería entendible si se hacía conjuntamente con ellos.

Y así, la ponencia recogida bajo el nombre: *Coordinación en Salud Mental: obligación de la Administración, derecho del Ciudadano*, vinculaba de nuevo a profesionales y destinatarios. Las denuncias formuladas por el representante de la Oficina del Defensor del Menor, abarcaban desde actitudes profesionales a dejaciones administrativas. Según Javier Urra, el desencuentro de administraciones (INSALUD, Comunidad, Ayuntamiento) y el choque entre profesionales (ej.: pediatras versus psiquiatras) surgidos muchas veces desde "actitudes bastardas y egoístas", determinan la "quiebra" de la coordinación. La Salud Mental en la Comunidad de Madrid llegaba

así a convertirse en una asignatura suspensa. Urra valoró el trabajo de los profesionales y reclamó la necesidad de dotar a éstos de más medios y "gas-

**PROPUSO, HABLAR DE UNA COORDINACIÓN BASADA EN EL DÍA A DÍA. UNA ACCIÓN QUE EN ALGÚN MOMENTO SE DEFINIÓ COMO UNA RELACIÓN DE NO SUBORDINACIÓN**

<sup>1</sup> La calle, es utilizada aquí como metáfora, sinónimo de la comunidad. Es lo exterior, no sólo el asfalto, sino las vías que conectan a las personas con sus diversos mundos.



tar mucho más en lo que es la prevención que en lo que luego es mucho más difícil, que es la rehabilitación”.

Este reconocimiento último del papel del profesional dentro del sistema, era expuesto, entre otros múltiples aspectos, en la ponencia sobre la *coordinación asistencial en Psicogeriatría*. Así, el origen de la demanda va a tener gran importancia, pues el resultado de la intervención será distinto si procede del paciente, pues aquí la asistencia queda más asegurada; o si surge de la familia, pues se añade el valor de la cobertura de una red social; pero será más vulnerable si parte del profesional que capta la necesidad, pues el grado de empatía que establezca y de la confianza que sea capaz de generar, se constituirá en lo determinante para un vínculo social entre la institución y el usuario, evitándose así, la “pérdida” del último. Para ello, defendían Ana Toro e Inmaculada de la Serna, la gran importancia de la continuidad de los profesionales en su lugar de trabajo a fin de que el usuario los conozca y confíe en ellos.

Se habló de “Coordinación y Solidaridad” en la ponencia sobre *Salud Mental y Servicios Sociales*. Y si alguna vez hubo temor por nuestra parte (comité organizador), en impulsar unas Jornadas en torno a un término –Coordinación–, aquel era conjurado por las palabras de Montserrat Castanyer: “las cosas hay que volverlas a traer permanentemente a la atención, porque eso es lo que nos permite el progreso”. El modelo de trabajo más válido, el modelo comunitario, se encuentra bajo una amenaza, y ello exige volver a recordarlo. La coordinación remite a la “atención integral”, ya que “un ciudadano no tiene que ser parcelado”, al tiempo que “la coordinación entre servicios la está haciendo el propio usuario” (de nuevo la Calle).

Castanyer explicitó como perspectiva de trabajo entender que “la coordinación tiene que ver con el desarrollo de nuevas formas de trabajo; no sólo (se trata) de delimitar funciones, sino de inventar otras formas nuevas de relaciones”.

Esta posibilidad de cambio de perspectiva fue desarrollada por Pilar Rico y Daniel García Villar, en su trabajo sobre la *coordinación de Salud Mental y Atención Primaria*, proponiendo como reflexión, una forma de coordinación diferente o com-

plementaria a la habitual. Los orígenes del desánimo que nos describían nos son familiares a todos: la desmotivación por el trabajo “añadido” al habitual, la ausencia de respuesta a demandas concretas de los profesionales de Atención Primaria, el resquemor de éstos al sentir que se les “pontifica” sobre aspectos por los cuales no han sido preguntados, las “ausencias” de médicos, la sensación, negativa, de que cuanto más nos coordinamos más pacientes nos son derivados, etc. Sin embargo, aceptando todo esto, proponía Pilar Rico que, la contemplación desde otra perspectiva cambiaba lo que parecía hasta ese momento, una realidad sólo interpretable de una manera posible.

La forma habitual, expone que el CSM sea el centro, y ante él, el equipo de Atención Primaria se ponga en situación complementaria (subordinada, que diría Antonio Muñoz) favoreciendo el flujo de información unidireccional, generalmente desde Salud Mental hacia Atención Primaria. Por otra parte, los equipos de Primaria suelen cambiar en su composición; la exposición de casos se realiza desde lo individual; y se parte de un principio de eficacia generadora de reuniones múltiples (axioma: nos reunimos, luego nos coordinamos).

Frente a esta visión, se nos propuso una alternativa. En lugar de la estrategia radial se propugna una estrategia nodular; donde el nódulo lo componen todos los profesionales involucrados en la coordinación. El flujo de información se realiza de forma bidireccional. Se comparten conocimientos, experiencias y disparidad de criterios (en las definiciones de Antonio Muñoz, la disyunción tiene cabida en la coordinación). La desincronización en fases se vive como algo positivo, la aparición de nuevos profesionales se puede vivir como enriquecimiento de la red. En lugar de la visión global desde el centro, esta red de encuentro humano sería un “observatorio permanente de lo global”. No se necesita “quórum”, no hay desmoralización por que en un momento haya cuatro personas. La reunión tiene sentido en sí misma, “hay que ir a que pase algo”; frente a la actitud de expectativa, si no hay pacientes existen otros muchos aspectos a compartir. La coordinación, contemplada así “es generadora de procesos internos que nos transforman”

**EN LUGAR DE LA ESTRATEGIA RADIAL SE PROPUGNA UNA ESTRATEGIA NODULAR; DONDE EL NÓDULO LO COMPONEN TODOS LOS PROFESIONALES INVOLUCRADOS EN LA COORDINACIÓN**

y nos dotan, a profesionales de la Salud Mental y de Atención Primaria de mayor capacidad de escucha, "empatía y empeño en un abordaje más global y holístico".

Daniel García Villar y antes Ana Toro, añadieron un factor operativo dentro de la coordinación. Daniel García dirá: "coordinación es disponer ordenadamente los elementos que intervienen en una acción común". En Salud Mental Infanto-juvenil, la ordenación es lo más difícil, pues requiere una forma común de entendernos y saber priorizar con el paciente. Ana Toro, en relación con la Psicogeriatría apuntó: "para una buena coordinación es importante definir las necesidades y priorizarlas; físicas, médicas, económicas y familiares". Consenso y priorización parecen por tanto elementos comunes de la coordinación, independientemente de factores como edad de la población. (Esto me hace reflexionar, ¿existe una coordinación para la infancia, otra para la drogodependencia, para la ancianidad...?, o ¿existe una sola Coordinación?).

*Hospital de Día. Diario de un inicio*, representaba aquellos nuevos proyectos que, aun escasos, van surgiendo. El interés de esta exposición no partía sólo de su contenido, sino de cómo se había propuesto. Era casi una ponencia prospectiva. De hecho, cuando se planteó, el Centro llevaba todavía un corto rodaje. De ahí su título. Un reto para sus autores, quienes lo aceptaron, pues al margen de hacer su propio trabajo asistencial, se comprometieron a dar cuenta del mismo, y de sí mismos. El Hospital al cual estaba adscrito, como cualquier institución similar, tiene un diseño monumental, prácticamente una ciudad erigida entre calles y de espaldas a las mismas\* (salvo en lo que compete a la distribución de población). Institución, que como sus similares, cuenta con una gran organización jerárquica (en palabras robadas a Antonio Muñoz: coordinación bajo las premisas de la subordinación y la yuxtaposición). Y anexa a esta macroinstitución se crea el Hospital (de Día). Una proximidad y una similitud en el nombre que parecía impeler a reproducir una miniaturización del gran Centro.

Los autores: Montserrat Cuevas, Juan Serna, Juan Carlos Pinillas, Juan José Pascual, Carlos Catalina y Ángela Ibáñez (terapeuta ocupacional, au-

xiliar de clínica, psiquiatra, enfermeros/as, P.I.R. de Psicología, no importa si este orden se corresponde con el anterior), se nombraron a sí mismos *equipo multidisciplinar* y como tal presentaron su experiencia. Y desde la misma, definieron los aspectos de la coordinación cuando distintos profesionales comparten el mismo espacio. (Pues no olvidemos que si los cauces de comunicación entre dispositivos distanciados espacialmente, se acuerdan en un determinado momento improductivos, el teléfono simplemente no suena). La coordinación fue definida por este equipo como un proceso terapéutico *único y coherente*. A través de la comunicación frecuente, los distintos miembros aportan nuevas ideas, coordinando y decidiendo desde objetivos comunes cómo van a ser realizadas las intervenciones. Comunicación que debe guardar las cualidades de ser "clara sincera y eficaz para asumir responsabilidades"; en la cual la crítica constructiva junto con los otros elementos genera el mejor clima de trabajo, y donde finalmente "todos los miembros del equipo se convierten en puntos de referencia para los pacientes".

Aurelio García en la ponencia *sobre la coordinación de recursos en torno al alcoholismo* orientó cómo, frente a la incapacidad en muchas ocasiones para actuar directamente en todos los casos vinculados con la problemática del alcohol, es fundamental intervenir sobre agentes específicos de la población,

con papel relevante sobre grandes grupos de riesgo. Así, hay que buscar para trabajar con ellos, a estos elementos sociales como son los educadores, profesores, o médicos de empresa, al tiempo que mantener de igual forma un estrecho contacto, tanto con los equipos de Atención Primaria como con la Asociaciones de Autoayuda. Se trataría pues de ampliar la mirada hacia el exterior, y apoyarse en todos los

elementos identificables posibles y pertinentes, a veces inventando "otras formas nuevas de relaciones", como expresó Castanyer.

La *coordinación interdisciplinar en el tratamiento ambulatorio de los Trastornos de la Alimentación*, fue abordada también por un amplio equipo compuesto por miembros de un Centro de Salud Mental: Carlos Mas, Aurora Navarro, Cristina Anchústegui, Luis Illescas, Luis Rodríguez y, Santiago Tenorio; y

**SE TRATARÍA PUES DE AMPLIAR LA MIRADA HACIA EL EXTERIOR, Y APOYARSE EN TODOS LOS ELEMENTOS IDENTIFICABLES POSIBLES Y PERTINENTES, A VECES INVENTANDO "OTRAS FORMAS NUEVAS DE RELACIONES"**

desde una Unidad de Nutrición Clínica y Dietética hospitalaria por Isabel Zamarrón. Con similitudes a la experiencia del Hospital de Día, aquí existía la particularidad de que los distintos profesionales intervenían desde diferentes propuestas terapéuticas: atención psiquiátrica y nutricional, psicoterapias individual y grupal, o terapia familiar. A ello había que añadir las distintas formaciones académicas "oficiales": psicólogos, psiquiatras e internistas; amén por otra parte, de que se dedicasen en su práctica a distintas edades de población. Quizás sea este el ejemplo de en qué forma problemas complejos requieren (exigen) asociación de ideas y alejamiento de estériles debates en defensa de lo propio y rechazo de lo ajeno.

Pero, ¿cómo puede coordinarse tal amalgama de intervenciones? Los ponentes apuntaban los riesgos: mensajes correctos en su forma pero contradictorios en el contexto general de la intervención; "fragmentación del paciente", interpretados desde distintos saberes; o manipulación-neutralización por parte del propio paciente de los distintos mensajes e intervenciones que recibe. De nuevo la *priorización*, desde el conocimiento del problema, de objetivos a corto, medio y largo plazo se convierte en un factor esencial. Seguido de esto, la convicción de que "ninguna intervención es a priori inferior o superior a cualquiera de las demás, si adquieren a lo largo del tratamiento un grado de importancia y prioridad distinto de acuerdo a la evolución del caso". Lo que es indudable, es que un equipo no lo componen la suma de los individuos que lo componen, sino que exige "algo" más.

Lourdes Sipo en su abordaje sobre *la coordinación en la atención en la Salud Mental de Niños y Adolescentes*, destacó el Movimiento social en las últimas décadas por promover conservar y restituir el estado de bienestar. Para Sipo la coordinación se va construyendo caso a caso y situación a situación. Y todo ello exige un grado de organización de equipos, con objetivos claros y definidos para cada agencia sin perjuicio de la *corresponsabilización*. Una clave, es buscar "la forma de que lo clínico y lo social se encuentren".

En la última mesa, quisimos preguntarnos por "ese más" del que hablábamos, que no permite reducir la definición de equipo a una suma de indi-

viduos. Así nos propusimos reunir una serie de profesionales de distintos ámbitos: enfermeros (José Carlos Gante), psicólogos (Miguel Castejón y José Francisco García Gumiel), psiquiatras (Pilar Matamala y Pilar Ranero) y un sociólogo (Demetrio García de León). El tema propuesto no era tampoco fácil: *La coordinación entre profesionales e instituciones ante la Salud Mental, ¿una cuestión de voluntades?* Sería excesivo en longitud para esta reseña realizar el resu-

men de uno de los momentos más participativos de la Jornadas. Pero obviamente, los elementos de la coordinación surgían del debate en su forma más natural. Sólo preguntarnos, —como allí se dijo—, ¿cómo sería posible una coordinación, si no le precede a ésta un respeto profesional entre profesionales? Y por respeto, no se habla de un ejercicio de formas, sino que alude a una actitud íntima de quien es capaz de respetar la diferencia. ¿Son sólo éstas, palabras bienintencionadas?, ¿o son la denuncia de un síntoma (destrutivo) que se extiende? Una de las cosas más destacables de esta mesa, fue no obstante, que lejos de convertirse (o caer) en la disertación sobre el síndrome del profesional quemado, se construyó como una intensa tormenta de ideas, que sin llegar a plantear ningún camino concreto, creó un caldo de cultivo para nuevas reflexiones; gran paradoja ésta y mérito de los componentes y participantes. Y como se pudo ir viendo en las anteriores ponencias, las reflexiones pueden materializarse en intervenciones concretas. Pero como dijo Josefina Mas en su presentación de la segunda mesa: "En coordinación tenemos más preguntas que respuestas".

**¿CÓMO SERÍA POSIBLE UNA  
COORDINACIÓN, SI NO LE  
PRECEDE A ÉSTA UN RESPETO  
PROFESIONAL ENTRE  
PROFESIONALES?**

**de políticos y manifestantes:**

Tuvimos un acto inaugural en el cual intervinieron el Director General de Sanidad de la Comunidad de Madrid (Javier Hernández), el Director Territorial del INSALUD de la Comunidad de Madrid (Albino Navarro), la Jefa de Departamento de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Blanca Reneses), el Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Mariano Hernández), la Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental (M<sup>o</sup> Fé Bravo), el Gerente del Hospital Ramón y Cajal (Joaquín Martínez) y el Jefe de Servicio de Psiquiatría de di-

cho Hospital y Coordinador de Salud Mental del Área 4 de Madrid (Jerónimo Sainz). Independientemente de realidades cumplidas o promesas aplazadas, fue en rango una representación importante. Hay que creer que la Salud Mental entonces es un tema que no parece poder ser soslayado. Sólo y a modo de anécdota, comentaremos que los políticos también hubieron de hacer, o mejor dicho improvisar, un acto de coordinación allí mismo, pues, y de cara al protocolo, coincidieron dos Ilustrísimos. Con un cierto retraso para el programa, pero parece que amigablemente, salvaron sus formas.

Por la tarde del día 5 se abrieron las Jornadas con la Presentación del Día de la Salud Mental. Intervinieron M<sup>a</sup> Fé Bravo y Pedro Martínez, presidente de FEMASAM (Federación de Asociaciones Madrileñas Prosalud Mental). Ello fue una expresión de la colaboración de la Asociación Madrileña de Salud Mental con las Asociaciones de familiares y usuarios.



**SE REMARCÓ LA NECESIDAD DE CONTRIBUIR A DISMINUIR EL "ESTIGMA" QUE AÚN GRAVITA SOBRE LA PATOLOGÍA MENTAL Y DEMANDAR A LA ADMINISTRACIÓN EL ESFUERZO NECESARIO QUE LE CORRESPONDE**

El lema que se anunció para los dos próximos años es el de Salud Mental y Trabajo. En este periodo se va a abordar el derecho de las personas con trastornos mentales a un trabajo. Se remarcó la necesidad de contribuir a disminuir el "estigma" que aún gravita sobre la patología mental y demandar a la administración el esfuerzo necesario que le corresponde. De ello, la función de salir a la calle en tanto que los problemas siguen sin resolverse.

### **de investigadores:**

Se presentaron los resultados de los dos trabajos premiados correspondientes a las Becas Miguel Ángel Martín correspondientes a la Convocatoria de 1999. Estas fueron:

*"Detección de maltrato en la relación de pareja en un C.S.M. Factores implicados en la transmisión transgeneracional de patrones relacionales de abuso"*. Por Cristina Polo, Marisa López Gironés, Ángeles Corral y Benigno Santamaría. Los resultados de la investigación fueron presentados por las dos primeras autoras.

*"Efecto de una intervención psicoterapéutica estructurada en pacientes oncológicos sobre el estado emocional, la calidad de vida y la respuesta inmunitaria"*. Por Beatriz Rodríguez Vega, Caridad Avedillo, Conchita Chinchilla, Arancha Ortiz, Ángela Palao y Ángeles Sánchez-Cabezuelo. Este trabajo fue presentado por la primera autora.

Sólo es de sentir la escasa presencia que la presentación de estos estudios tuvo, quizá por lo temprano de la hora. Los escasos, y afortunados presentes, que incluíamos asociados y algunos delegados de la industria, pudimos asistir a lo que yo considero por la brillantez y la calidad de las presentaciones, uno de los momentos estelares de las Jornadas. Afortunadamente, estos trabajos serán publicados y difundidos por nuestra Asociación.

Posteriormente se leyó el fallo del jurado para la presente convocatoria. (Ver Boletín).

Y por último en este apartado, se realizó una breve presentación por M<sup>a</sup> Fé Bravo Ortiz y Mariano Hernández, presidentes respectivamente de la AMSM y de la AEN, del proyecto de una sección de escuela de Salud Mental, dentro de la futura Escuela de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.



## de conferenciantes:

Dos conferenciantes, abrieron y cerraron nuestras Jornadas:

Federico Allodi, Presidente Honorario de la Asociación de Médicos y Dentistas del Servicio Público en Ontario en Canadá expuso la Conferencia inaugural bajo el título: *"La Coordinación en el Siglo de la Administración de Cuidados en Salud Mental"*.

José Leal Rubio, Psicólogo de Barcelona dictó la Conferencia de Clausura: *Salud Mental y Transversalidad: la Articulación de recursos*.

**SIN EMBARGO, LO QUE MÁS  
AÑORÓ, QUIEN AQUÍ ESCRIBE,  
FUE LA PRESENCIA DE  
RESIDENTES**



Sería demasiado extenso pretender ni siquiera un resumen de ambas. (La primera, publicada en este mismo número). Sólo permitirme seleccionar dos párrafos de las mismas, pues creo que son el adecuado colofón a esta visión subjetiva de una Jornadas.

Tomado de Federico Allodi: *"El término coordinación se refiere a una situación o estado de las cosas y es lo opuesto a la incoordinación o el desorden, que tiene una connotación enteramente negativa. No debe ser así. El desorden viene muchas veces del cambio y de la creatividad, del flujo natural de la vida que es cambio y renovación. La incoordinación, por tanto, no es una situación que hay que someter sino aprovechar y armonizar. Como en las crisis, puede ser una oportunidad para alcanzar un nivel de orden y funcionamiento más alto"*.

José Leal, finalizó su conferencia, plena de matices y sugerencias, con la traducción de un poema de Martí Pol titulado "El Faro".

*"El faro está lejano, en un paraje agreste, de una belleza abrupta, impresionante. Resulta muy difícil llegar, pero compensa el esfuerzo poder contemplar el mar inmenso, acogedor, y el horizonte incitante, siempre asequible; y escuchar el viento y el agua que componen sin estropear nada, el gran silencio"*.

## de inquietudes:

Quizás el número de asistentes llegase en algún momento a unas ochenta personas. Una participación que podríamos decir escasa. Quizá una respuesta estuviese en las fechas de celebración. Al realizarse el Congreso Nacional de la AEN en junio, nuestra fecha tradicional de celebración, ello aplazó nuestra convocatoria a un periodo postvacacional en el que coincidieron al mismo tiempo muchos eventos científicos.

Sin embargo, lo que más añoró, quien aquí escribe, fue la presencia de residentes. Estábamos en un hospital docente, ninguno bajó. Pero nadie llegó tampoco de fuera. Tiempo después, alguien me dijo que entre un grupo de residentes habían comentado, viendo el programa, que no era de interés para ellos en ese momento, pues eran unas Jornadas sobre ¡gestión!. No se trata pues, creo, ya sólo de la cuestión de que la coordinación, como puntal de la Reforma Psiquiátrica haya quedado desvaída, sino del hecho, de que las nuevas promociones de profesionales, ni siquiera sepan de ella. Claro que hay que conocer la Psicopatología, pero poco podremos entender si no vemos, que tras ella hay personas, y que estas cruzan la calle de un lugar a otro.

Agradezco no obstante infinitamente, la interpección que en privado me hizo, después de una intervención mía en este sentido, una asistente a las Jornadas. Se trataba de una P.I.R. del Hospital Ramón y Cajal, de los tres que se encuentran en dicho Centro, y me aclaró, con expresión de haberse sentido injustamente aludida, que dos de ellos se encontraban en ese momento en las Jornadas. Sinceramente, quiero expresar mis gracias a esta persona, pues con tanta convicción como cualquiera de los ponentes, señalaba el camino de que hay que continuar.

**Antonio Escudero Nafs**

## MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA AMSM 1999-00

- Congresos, Jornadas, Actividades docentes y de Investigación
  - Celebración los días 4 y 5 de junio de 1999 el V Congreso de la AMSM en el Círculo de Bellas Artes.
  - Participación en las Jornadas de la AMAFE (X aniversario), con la elaboración de un informe sobre "La atención al enfermo mental crónico en la Comunidad de Madrid".
  - Participación junto con FEMASAM en la organización de los actos del Día Mundial de la Salud Mental en octubre de 2000.
  - Participación en las Jornadas sobre el Internamiento Psiquiátrico que se celebró el 24 y 25 de Junio de 1999 en el Consejo General del Poder Judicial.
  - Participación en el taller, promovido por la Asociación de Profesionales de Derecho Sanitario, sobre el Consentimiento Informado en Salud Mental, celebrado en el Colegio de Médicos en octubre de 1999.
  - Organización del debate con el título "Carrera Profesional ¿Qué carrera, para quién, para qué?" el 30.11.00, celebrado en el Salón de Actos del Ministerio de Sanidad.
  - Organización del debate con el título "Bases para un proyecto de asistencia a la dependencia alcohólica en la Comunidad de Madrid" en marzo de 2000.
  - Organización de la Conferencia, junto con la AEN, "Incidencia de los nuevos modelos de gestión en la asistencia de la Salud Mental" que impartió Leon Eisenberg.
- Grupos de trabajo:
  - Comisión de Docencia y Formación Continua donde se estudia el proyecto de decreto, remitido a la asociación por la Consejería Presidencia de la CM, sobre "La creación del sistema de acreditación de la formación continuada en la Comunidad de Madrid".
  - GT sobre Salud Mental y Exclusión Social: se realizan reuniones mensuales y elaboración de una propuesta para la coordinación de los diversos dispositivos que atienden a personas sin hogar.
  - Puesta en marcha de un GT sobre las competencias legales de los psicólogos.
- Publicaciones:
  - Se publicaron los Boletines de Invierno 1999 y Primavera 2000.
- Otras gestiones:
  - Reunión con el Director General de Servicios Sociales el 10 de marzo, y el 24 de marzo con el Viceconsejero de Sanidad y la Jefe del Departamento de Salud Mental.
  - Inicio del estudio para el diseño de una página WEB de la AMSM.
  - Cartas a la Jefatura de Salud Mental preguntando sobre la reconversión de una plaza de psicólogo infanto-juvenil en el CSM de Retiro, sobre la situación del CSM de Moncloa y sobre la situación de un psicólogo en el CSM de Navalcarnero.
  - Carta a la Jefatura de Salud Mental y al Comité de Empresa del SRS en relación con el baremo de las plazas de los titulados superiores de la Comunidad de Madrid y sobre el complemento de la dedicación exclusiva de los interinos.
  - Convocatoria de las Becas año 2000 de la AMSM.

## NOTICIAS SOBRE LA NO CONCESIÓN DEL COMPLEMENTO SALARIAL DE EXCLUSIVIDAD

A finales de septiembre de 2000, el Magistrado-Juez del Juzgado de lo Social Num. 26 de Madrid y su provincia, dictó sentencia estimando la demanda interpuesta hace aproximadamente un año contra la Comunidad Autónoma de Madrid (C.M.) por tres Titulados Superiores Especialistas (T.S.E.) a los que no les había sido concedido el complemento salarial de exclusividad pese a haberlo solicitado tal y como venía siendo habitual. Dos de ellos habían firmado nuevos contratos de interinidad a comienzos de 1999, y la vinculación del tercero era la de laboral fijo procedente del INSALUD. De esta forma, la sentencia condenaba a la C.M. a abonarles las cantidades adeudadas. En la misma línea, en noviembre de 2000, en el Juzgado de lo Social Núm. 4 de Madrid se dictó una nueva sentencia favorable tras la deman-

da que otra T.S.E. interina había interpuesto contra la C.M. por el mismo motivo. Según nos han informado, la legislación en materia laboral sólo prevé reclamar las cantidades adeudadas de forma retroactiva y con el plazo máximo de lo correspondiente a los 12 meses anteriores.

Si bien dichas sentencias no son firmes y contra ellas la C.M. va a formular recurso de suplicación al Tribunal Superior de Justicia de Madrid, la noticia no deja de ser alentadora. De nuevo, a esperar. Seguiremos informando en los próximos meses, dado su alcance y posibles repercusiones en el caso de que las resoluciones judiciales definitivas fueran finalmente favorables.

**Carmen Carrascosa**





## NAVEGANDO POR "LA RED"

Mental Health Infosource (<http://www.mhsource.com/>) es la dirección de una página WEB, de interés. Sin embargo, no ha sido elegida en esta ocasión como la mejor página. Más bien es un ejemplo similar a otras direcciones, que no obstante guardan una calidad muy aceptable. Tiene una impronta netamente anglosajona, en su forma y sus contenidos: ya desde la primera página, abarcamos fácilmente sus posibilidades, su diseño es agradable y nos sugiere una cantidad muy importante y variada de información. La base de ésta, trata sobre todo aspectos científicos-técnicos. Quizás por ello la hallamos elegido en esta ocasión, para permitirnos algunas reflexiones sobre la inclusión de la Salud Mental en Internet.

Por un lado, esta dirección, nos ofrece un importante mirador para determinar temas que allí (mundo anglosajón) se están debatiendo y que quizás no nos sean tan lejanos. En la página existe como apartado una pequeña revista: *Psychiatric Times*, que incluye un número importante de artículos de opinión. Destacamos a nivel de curiosidad dos, por su interés en el número de diciembre de este año (Vol. XVII Issue 12): "Is our Nation's Health Care System Collapsing?" y "Carta a un Joven Psiquiatra". Esta última es una carta escrita por un psiquiatra en respuesta a un artículo crítico redactado por un residente de Psiquiatría sobre la Psiquiatría psicodinámica y aquellos que la practican.

Pero en lo que queremos recabar es en lo siguiente:

Una de las cualidades de este espacio, compartido por otros, y quizás derivada de la propia esencia del mundo Internet, es la de que sin reducir el material científico, y el análisis con detenimiento de focos de discusión, la información se pone *expresamente a disposición de los usuarios*, no ya como simples invitados u "ojeadores" que se asoman a una dirección "profesional", sino como destinatarios de aquella.

Internet, estaría entonces quizás consiguiendo por la vía de la tecnología, sortear el debate ideológico siempre continuamente aplazado sobre: "*¿a quién pertenece la información?*". ¿A los profesionales?, ¿a periodistas científicos?. ¿Cómo se considera que ha de ser administrada y suministrada esta información a familiares y pacientes?. En Inter-

net sin embargo, el destinatario último siempre es anónimo. Por otra parte, la presencia de un ordenador en un hogar y su conexión a la Red, no es ya algo en absoluto prohibitivo.

Sin embargo, cuando exploramos las páginas que lo componen, encontramos en algunos apartados de su directorio, tales como "in the News" o "medication management", que los mismos están esponsorizados por una conocida e importante industria farmacéutica. Una cierta señal de alarma acomete al lector. ¿Este patrocinio marcará la línea de información que se suministra?. Si esto fuera así, ¿podríamos hallarnos ante un sesgo de la información que persiguiese fines, comerciales y económicos encubiertos?. Y si ello fuese el caso, tendríamos que hacernos la misma pregunta: "*¿a quién pertenece la información?*".

Existen, formas simples, para determinar hasta qué punto éste hecho sucedía en las páginas visitadas. Utilizando técnicas informáticas al alcance de todo el mundo, tales como un procesador de textos, empleamos una interesante opción del mismo. Suele existir, una herramienta en los procesadores para búsqueda de palabras. El uso fundamental es poder reemplazarlas por otros términos, pero se pueden conseguir otros objetivos. Curiosamente, hablamos de una técnica que, con un fin más profundo, hace años llevaba un inmenso trabajo de registro y que se enclavaba dentro de las metodologías de análisis de contenido. Pero no es éste exactamente el caso. No obstante hicimos un pequeño experimento, trasladar toda la información que se encontraba en el apartado "in the News" a la página de un conocido procesador de textos (para hacernos idea: 14 páginas en Times New Roman, punto 10 con interlineado sencillo); sólo aparecieron en una ocasión nombrados los términos "olanzapine" y "risperidone" sin establecer comparación de efectividad entre ambas moléculas. Esto parecía desmontar una oculta finalidad en este caso, de la tan denostada "farmaindustria".

Lo cierto es, que el espacio WEB se ha convertido en una fuente de información, tal como pretende, de acceso a todo el mundo. Todos hemos participado probablemente de la experiencia de algún usuario que nos aportaba un dossier extraído desde Internet, sobre lo que él o ella pensaba que podía ser su enfermedad.

Podemos preguntarnos si es bueno un acceso masivo a la información, en ocasiones compleja debido a su propia naturaleza, por parte de usuarios y familiares. Podemos argüir que quien mejor puede suministrar esta información y encontrar el momento adecuado para hacerlo sea el profesional. Pero realmente: ¿cuándo?. Hasta qué punto el momento de la información no es retrasado, aplazado constantemente, o emitido telegráficamente, por la acción de la más urgente presión asistencial. Por otra parte, ¿no participaría ésta idea, suministro profesional de la información, de un cierto *paternalismo* hacia los pacientes por parte de los profesionales, como base de su actuación?

No creo que ello deba ser materia de excesiva preocupación. La formación a lo largo de años de los profesionales actuales, no ha de identificarse con las bases vivientes de datos ambulantes que eran aquellos; quizás en parte, porque la informa-

ción ha llegado a ser también masiva para los propios técnicos. El buen profesional, es aquel capaz de discriminar la información relevante, aquel que utiliza estrategias ágiles de búsqueda para beneficio del paciente. Y, esto, hasta ahora, salvo las secciones de "pregunte a un profesional", no lo ha suplido, ni es su objetivo primario, el espacio WEB.

Este, ha sido una breve reseña, con más espíritu de reflexión que otra cosa. En los próximos boletines, intentaremos "bucear" en lo distinto. En lo destacable por su calidad, pero también en los espacios WEB menos recopiladores, quizás más monográficos; y también, en los que sí pueden distorsionar la información, los que se desmarcan por su tendenciosidad. Este es uno de los aspectos más interesantes de la RED, que al igual que la mente humana, todo tiene cabida.

**Antonio Escudero Nafs**



## IN MEMORIAM PEDRO CANO

Con dolor y desgarró nos enteramos que el 20 de noviembre fallecía nuestro compañero y amigo Pedro Cano, quien desde hacía tiempo sabíamos que combatía contra la enfermedad, y al que nunca podremos olvidar.

A lo largo de su vida, no siempre fácil, que le había llevado desde su Toledo natal a Madrid, cotidianamente había luchado con éxito en el ámbito personal, psiquiátrico y psicoanalítico, defendiendo con coherencia, y sobre todo con honestidad, sus planteamientos personales y teóricos.

Seguramente por esto y porque era alguien que quería, y a quien era fácil querer, siempre soñábamos con que lo inevitable nunca se presentaría.

Intentar entender la causa de su muerte, se convierte en un juicio de valor, un ansia de descifrar lo incomprensible. Ante esto, recordemos a Pedro, que en su trabajo clínico fue un ejemplo de cómo soportar lo enigmático, escuchar sin juzgar y respetar al otro.

Frente a su muerte, volvamos la mirada a Edipo, un referente teórico tan importante para él, para quien el saber determinó la ceguera, pero su muerte le concedió un lugar entre los dioses.

Descanse en Paz.

***Sus compañeros de trabajo del S.S.M.  
Ciudad Lineal***

## IN MEMORIAM ERNEST LLUCH

Desde la Asociación Madrileña de Salud Mental, que agrupa a una gran parte de los profesionales de la red pública de salud mental en la Comunidad de Madrid, en particular, y desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en general, quisiéramos manifestar nuestro dolor e indignación por el asesinato de Ernest Lluch. Además de nuestra condena unánime ante un hecho de tales características, incompresible e inadmisible en un Estado democrático, queremos señalar aquí la relevancia de la figura de Ernest Lluch en la sanidad española.

Su labor al frente del Ministerio de Sanidad, entre 1982 y 1985, propició la reforma y modernización del sistema sanitario, adecuándolo a las necesidades de salud de la población. En este periodo se promulgó el decreto sobre las estructuras básicas de salud, que supuso la organización de la atención primaria de salud inexistente hasta entonces. Impulsó, también, la creación de la Comisión

Ministerial para la reforma psiquiátrica, cuyas recomendaciones fueron posteriormente incorporadas a la Ley General de Sanidad, sobre la que se comenzó a trabajar siendo Ernest Lluch todavía ministro de sanidad y que, como todos sabemos, supuso la estructuración del actual Sistema Nacional de Salud. Es importante destacar que, por primera vez, se incorporó, a las prestaciones generales de salud, la atención a la salud mental mantenida hasta entonces en un circuito marginal.

Por todo ello queremos hacer público nuestro reconocimiento a su trabajo y capacidad de escucha, que hicieron posible una reforma fundamental en el sistema sanitario general y en la atención a la salud mental en particular. Desde aquí nuestro agradecimiento.

***Asociación Madrileña de Salud Mental  
Asociación Española de Neuropsiquiatría***

# PSIQUIATRÍA PÚBLICA

## Volumen 12 Número 2-3, septiembre 2000

### Editorial

La decisión clínica: entre la evidencia y las narraciones.

*Desviat M*

### Artículo especial

La responsabilidad del síntoma.

*Colina F*

### Originales y revisiones

Primeras medidas de seguridad alternativas a la pena en un hospital psiquiátrico.

*Rico Bodi L y Fortuny Olivé JR*

Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental del distrito de Jerez de la Frontera.

*Bueno A, Córdoba JA, Escolar A y Carmona J*

### Informe/debate

Promoción de la salud mental en niños menores de 6 años.

*Red Europea de Promoción en Salud Mental*

### Casos clínicos

Temor de fealdad: la dismorfofobia como un síntoma.

*García Álvarez Mª J y Núñez Pérez A*

Miclonia del velo del paladar: repercusión y manejo emocional de un raro trastorno somático.

*Vega González LS y Lassaletta Garbayo A*

### Actualización bibliográfica

#### Reseña de revistas

Estabilidad, curso y tratamiento de los trastornos de personalidad: resultados de dos meta-análisis.

*González Contreras L y Tur Salamanca N*

Psicología Política Iberoamericana.

*Desviat M*

#### Crítica de libros

Psicología y literatura. El viaje de la psicoterapia.

*Mansilla F*

La enfermedad mental como ilusión. Los síntomas de la locura

*Diéguez A*

### Selección bibliográfica

### Normas de publicación

## “EKIMEN”

### Presentación

Rehabilitación y salud mental comunitaria. Aun es posible.

**Iñaki Markez**

### Para la reflexión

Los costes invisibles de las enfermedades mentales.

**Mari Ángeles Duran**

Jóvenes desempleados/as y salud mental

**Imanol Pradales**

Mujeres desempleadas y salud mental

**Socorro Álvarez**

### Originales y revisiones

Los comités de ética asistencial en el campo de la salud mental

**Fernando Santander  
y Margarita Hernanz**

¿Es reزار un tratamiento médico eficaz?

**Jóse J.Uriarte, Juan Medrano  
y Pablo Malo**

### Historia

Alcmeón de Crotona

**Faustino Valiño**

### Informes

Resolución del Consejo de Europa sobre la Promoción de la Salud Mental

### Cartas/Opinión/Noticias

Sobre la Psicología en el País Vasco

**Joaquín Ponte**

Sobre la sección de psiquiatría de la Academia...

**Óscar Martínez Azumendi**

### Congresos

JJ de Rehabilitación de Zamudio

### Actualización bibliográfica

**Ander Retolaza,  
Rodrigo González-Pinto y Mónica Póo**

### Agenda

## SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación Madrileña de Salud Mental)

D. ....  
 profesional de la Salud Mental, con título de .....  
 que desempeña en (Centro de trabajo) .....  
 y con domicilio en .....  
 Población ..... D.P. .... Provincia .....  
 Teléfono .....

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la AMSM, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. ....

D. ....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

El importe de la cuota anual es de: 11.000 pts.

Profesionales en formación: 5.500 pts.

**La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.**

.....  
 Banco/Caja de Ahorros .....

Sucursal .....

Cuenta n.º .....

Población .....

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Cuenta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población ..... día ..... mes ..... año .....

Firma: