

PRIMAVERA
2000

AMSM (AEN)

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

LA INACCIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN

La editorial del Boletín de esta Asociación de la primavera del 97, llevaba por título "Hechos más que palabras" y en él se insistía, a propósito de la firma del Convenio entre las tres administraciones, en la ineludible necesidad de pasar de las declaraciones de intenciones a compromisos explícitos para la resolución de los múltiples problemas existentes.

Tres años después, seguimos reiterando la validez del principio "por los hechos los conoceréis", que es lo único que en general da el contrapunto de lo que tan a menudo las palabras dicen sin apenas compromiso que las sustente.

Si a esto nos atenemos, no cabe duda de que la actual administración encargada de la atención a los problemas de la salud mental, apenas si ha hecho hasta la fecha nada, y eso que en palabras del actual consejero (véase entrevista en Diario Médico) la salud mental iba a ser una de sus prioridades (de nuevo lo fácil de las palabras).

Evidentemente, o hay falta de voluntad política o hay falta de poder político, porque si no se entiende qué es lo que ha sucedido con el que debía ser verdadero primer paso importante en una auténtica política de hechos, el Plan de salud mental, que parece haber entrado en una vía muerta.

Quizá no estén equivocados aquellos que piensan que la dejación en la mejora de la asistencia pública en nuestro ámbito mediante la elaboración y puesta en marcha de un plan que posibilite un único órgano de dirección, un organigrama que evite la acumulación de poder y por el contrario comprometa a los responsables a dar cuenta periódica de los resultados de sus obligaciones, una defini-

(Continúa en página 2)

EDITORIAL.	LA INACCIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN	1
INFORMES.	LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS ES LO PRIMERO	4
	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	5
COLABORACIONES.	INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.....	7
DEBATE.	SOBRE LA CARRERA PROFESIONAL	17
	SOBRE LAS FUNDACIONES	23
OPINIÓN.	CINCO PROPUESTAS PARA MADRID	32
ACTIVIDADES.	CAMBIO DE MILENIO. ENCRUCIJADA PARA LA SALUD MENTAL	36
	CONCLUSIONES DEL I ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA	39
	MESA-DEBATE "BASES PARA UN PROYECTO DE ASISTENCIA A LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID	42
PROFESIONALES.	MESA MIR DE MADRID	43
	ANPIR	47
NOTICIAS.	48
NECROLÓGICAS.	61

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Junta de la Asociación
Madrileña de Salud Mental

Presidenta:

M^º Fe Bravo Ortiz

Vicepresidentes:

Pedro Cuadrado Callejo

M^º 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 los de la Redacción de este Boletín.

(Viene de página 1)

ción clara de un modelo asistencial público, universal y equitativo, financieramente garantizado, que defina unas líneas estratégicas con objetivos prioritarios, un modelo de organización, definición, catalogación y prioridad de prestaciones asistenciales, etc., no responde a otra cosa que a un intento de que la situación se vaya "pudriendo", desincentivando a los profesionales que en el día a día deben afrontar la realidad de la organización, gestión, y práctica asistencial, incapaces de lograr establecer perfiles diferenciales de atención a nivel primario o especializado, debiendo asumir demandas cada vez más indiscriminadas y no solo por parte de los pacientes, sino también de las administraciones, las cuales son incapaces de establecer objetivos comunes y vierten los suyos sin ningún empacho en los dispositivos asistenciales, incluso aunque sean claramente contradictorios (primacía de actividades preventivas frente a asistenciales, interdisciplinares frente a corporativas, grupales frente a individuales, consultas frente a programas, etc.).

Además, está garantizado el que cada administración, pese a la existencia de un denominado Comité de enlace, encontrará "razones objetivas" para hacerlo: "sus" propios presupuestos, "sus" propias prioridades, la identidad de "sus" objetivos, etc., y cada vez más "su" necesidad de alcanzar los objetivos económicos pactados, "primun movens" de su existencia y supervivencia.

Frente a ésto, qué respuesta pueden dar los dispositivos de salud mental, cuando carecen de directrices suficientemente elaboradas y consensuadas entre las administraciones de las que dependen, de órganos rectores capaces de establecer objetivos y prioridades asistenciales y de negociar con el resto en términos de mayor igualdad.

Cada vez se hecha más en falta la existencia de una dirección con la suficiente capacidad ejecutiva. Mientras tanto y como se suele decir vulgarmente, "los unos por los otros, la casa sin barrer" o lo que podría ser (si acaso no lo está siendo ya), "entre todos la mataron y ella sola se murió". ¿Qué quien es ella?, pues esa llamada reforma psiquiátrica, atascada por los conflictos que entre distintos poderes se han venido produciendo en diferentes etapas de su devenir y que en la actualidad parece que ya no interesa proseguir, cuestionándose algunos de sus pilares fundamentales (demarcaciones de poblaciones circunscritas que permitan un mejor conocimiento de sus necesidades, así como una mayor accesibilidad a la atención, trabajo interdisciplinar, continuidad de cuidados, integración de niveles de atención, etc.), evidenciándose un palmario desinterés por parte de muchos de los que paradójicamente con sus coordinadores, cuando no, de nuevo, abiertas contradicciones entre lo que dicen y lo que hacen.

Parece que no son tiempos para la lírica. Los llamados nuevos modelos de gestión propios de una política neoliberal que propugnan una abierta competencia entre servicios pueden chocar frontalmente con principios que hasta ahora se consideraban como fundamentales en la práctica de una atención comunitaria (territorialización, continuidad de cuidados, coordinación entre dispositivos, etc.), pero también justificar la creación indiscriminada de Unidades "especializadas", muy posiblemente hospitalarias, con la consiguiente fragmentación de los Servicios de Salud Men-

(Continúa en página 3)



tal de Distrito, otrora considerados como el eje vertebral de una práctica psiquiátrica comunitaria, o en todo caso duplicar y solapar programas, que cuestionaría la pretendida Red integrada de Salud Mental y reproduciría situaciones que la Reforma, intentó y, en gran medida, consiguió corregir.

Por otra parte, y con la pretendida excusa de la falta de indicadores de calidad, los mismos modelos sobrevaloran los indicadores de actividad, como los únicos importantes y negociables, a la vez que lo justifican en la necesidad de no establecer diferencias entre la salud mental y el resto de las espe-

cialidades médicas, cuando en la realidad responden a modelos de gestión hospitalaria, para los que la reforma psiquiátrica y la atención comunitaria son desconocidas, cuando no menospreciadas.

¿Qué podemos hacer frente a esto?

Son diversos los factores que han contribuido a que se tienda a una cierta bunkerización en los profesionales (intereses quizá más orientados a lo clínico que a lo asistencial, primacía de modelos epistemológicos de orientación más biologista y en ocasiones con el riesgo de posturas reduccionistas, expectativas frustradas en el devenir de la propia reforma, y de la práctica comunitaria, cansancio y desincentivación, etc.), quizá en una actitud autoprotectora, pero que desgraciadamente dificulta una práctica asistencial en la que entienda que sólo una tarea de conjunto puede permitir el logro de objetivos más comunitarios.

No obstante, propongo que recuperemos competencias. Al menos las que como técnicos nos corresponden.

La administración tiene sus responsabilidades y nosotros la de denunciar su incumplimiento cuando se produce, pero también las de definirnos en todas y cada una de aquellas cuestiones que conforman nuestro quehacer profesional, con propuestas de actuación concretas, analizadas con el mayor rigor técnico posible.

La junta de gobierno de esta Asociación ha elaborado y se propone seguir haciéndolo, documentos técnicos al respecto. También ha planteado su deseo de huir de dogmatismos y hacerse eco de opiniones diversas e igualmente ha manifestado su interés en desarrollar debates e incorporar a todas aquellas personas que lo deseen a grupos de trabajo de los que puedan salir análisis rigurosos y propuestas concretas de actuación. Esta es nuestra propuesta frente a la inacción administrativa.

Miguel A. Moré Herrero

LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS ES LO PRIMERO

Los niños tienen el derecho de ser protegidos y ayudados en su desarrollo hacia el bienestar y un estilo de vida mentalmente saludable¹, incluyendo habilidades para la superación, sin distinción de raza, religión, género, o discapacidades físicas y psíquicas². La promoción de la salud mental en los primeros años de vida promueve una amplia gama de resultados positivos, incluyendo el incremento de la salud mental, menos riesgo de trastornos mentales y de conducta, mejor calidad de vida y una diversidad de resultados positivos tanto sociales como económicos.

La Red Europea de Promoción de la Salud Mental recomienda incrementar la conciencia de la importancia de la salud mental de los niños y desarrollar políticas para promover la salud mental y el bienestar de los niños y sus familias mediante:

- Una paternidad acogedora, responsable y sensible que facilite el desarrollo de las relaciones padres-niño.
- Prestando particular atención a los niños vulnerables, tales como: niños en riesgo psicosocial o con salud vulnerable (prematurados, discapacitados o niños con enfermedades crónicas, niños con problemas precoces de desarrollo y de conducta); niños con un entorno familiar vulnerable (niños víctimas de abusos o negligencias; hijos de familias monoparentales o de padres adolescentes; niños adoptados o en acogimiento; familias conflictivas; hijos de padres con trastornos de salud mental o toxicómanos); niños en riesgo por sus condiciones socioculturales (refugiados, inmigrantes, padres en paro).
- Apoyando un entorno de seguridad, la amistad entre iguales, una vecindad no violenta y acogedora que promueva y proteja la salud mental en la infancia³.

INCREMENTANDO EL RECONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS EN LOS SERVICIOS COMUNITARIOS Y DE SALUD

- Desarrollando guarderías y centros de día que enfoquen y promuevan la salud mental en la infancia.
- Facilitando escuelas que proporcionen salud mental promoviendo entornos adecuados, currículos y programas⁴.
- Incrementando el reconocimiento de las necesidades de los niños en los Servicios Comunitarios y de Salud (atención primaria, médicos de familia, hospitales y otros servicios de salud, bibliotecas, campos de deportes, etc.) contemplando la intervención preventiva y precoz, así como el apoyo educativo y social de los niños y las familias.
- Desarrollando puestos de trabajo para proporcionar un contexto que promueva la salud mental de los padres y apoye la vida familiar⁵.
- Realzando y monitorizando el cuidado del niño y un marco de protección legal para facilitar y asegurar la promoción de la salud mental y la protección de los niños.
- Para implementar y consolidar estas recomendaciones, es vital proporcionar fondos especiales que apoyen el desarrollo, implementación y mantenimiento de iniciativas efectivas y eficaces económicamente, para promover la salud mental y el bienestar de los niños y las familias en diferentes encuadres, y apoyar la investigación, la formación, y el desarrollo de líneas de actuación e intercambio de conocimientos.

Estas recomendaciones se han adoptado, por Salud Mental Europa y los Coordinadores Nacionales del Proyecto de Promoción de la Salud Mental de niños menores de 6 años en la última reunión del Proyecto, en Bruselas el 27 de noviembre de 1999.

¹ Naciones Unidas Convención de los Derechos del Niño (20 de noviembre de 1989).

² Artículo 13 del Tratado sobre las Comunidades Europeas, Amsterdam (junio 1997).

³ Megaciudades. Red de Salud Pública para capitales, ciudades y regiones.

⁴ Red Europea de Promoción de la Salud en las Escuelas.

⁵ Red Europea de Promoción de la Salud Laboral.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

El proyecto de promoción de la salud mental de niños de 0 a 6 ha formado parte de un plan de acción general de promoción de la salud mental, puesto en marcha por Salud Mental Europa (Federación Mundial de la S.M.) y financiado por la Comunidad Europea.

El proyecto ha tenido una duración de dos años. Comenzó en junio de 1997 y ha terminado en noviembre 1999. Han participado 16 países miembros de la Unión Europea y Noruega. Cada país ha esta representado por un coordinador nacional. La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha asumido la representación española con la colaboración del Ministerio de Sanidad.

Sus objetivos han sido:

- Desarrollar un concepto de promoción en salud mental en la edad preescolar.
- Identificar, recoger y categorizar programas de promoción/prevención en todos los países europeos.
- Organizar el intercambio de información entre todos los países europeos
- Desarrollar indicadores de actividades efectivas en la promoción de la salud mental de los niños
- Asesorar a la Comisión Europea sobre promoción en salud mental

La primera parte del proyecto (hasta febrero de 1998) ha consistido en la recogida y selección de programas de promoción/prevención de la S.M., de niños menores de 6 años, que se están realizando en Europa. Los criterios de calidad que han tenido que cumplir los proyectos son:

- Evidencia positiva sobre niveles de información cualitativa y cuantitativa.
- Posibilidad de dirigirse a una amplia proporción de población con costes moderados.

- Tener definidas claramente las metas a corto y medio plazo, y tener definidos los grupos a los que va dirigido.
- Tener suficiente duración e intensidad para realizar los cambios oportunos en la salud mental, y en sus condiciones individuales y sociales.
- Ser desarrollado en periodos específicos.
- Estar basado en el conocimiento científico sobre la temprana infancia y los determinantes sociales, psicológicos y neurobiológicos, más relevantes de la salud mental de los niños.
- Haber realizado un proceso de evaluación.
- Facilidad para que pueda ser repetido en cualquier contexto.

Algunos de los problemas señalados por el grupo de expertos encargados de seleccionar los programas han sido: información insuficiente para valorar si algunos de los programas cumplían o no los criterios de calidad, otros tenían como objetivo secundario la prevención, siendo en realidad programas de intervención asistencial o bien de investigación, algunos iban dirigidos a niños mayores de 6 años, ausencia de un proceso de evaluación que ratificara la efectividad del programa, finalmente otros estaban todavía en periodo de prueba.

Se han seleccionado 195 programas llevados a la practica en diferentes contextos, sanitario, educativo, servicios sociales, etc., y realizados por diferentes organizaciones tanto estatales como privadas. Los proyectos españoles seleccionados han sido los siguientes:

DETECCIÓN PRECOZ EN SITUACIÓN DE RIESGO

Departamento de Servicios Sociales de Alcázar de San Juan; *Ángel Parreño*.

PROTOCOLOS DE MEDICINA PREVENTIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. PROGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO SANO. SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Atención Psiquiátrica y Salud Mental del Servicio Catalán de la Salud; *Josep Ballester*.

PROGRAMA DE APOYO ESCOLAR PARA LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Servicio de Renovación Pedagógica. Dirección General de Educación.

Consejería de Educación y Cultura. Comunidad de Madrid; *Blanca Varona*.



PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS AL EMBARAZO Y PARTO
Instituto Nacional de la Salud. Área Sanitaria
10, Getafe; *Elva Landeo*.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS PROFUNDOS DEL
DESARROLLO

Unidad de Salud Mental de Niños y Adolescen-
tes de Pamplona; *M^a Josefa Iribarren*.

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN
PRIMARIA

Ayuntamiento-Instituto Nacional de la Salud de
Baleares; *Margarita Mullet*.

UNIDAD FUNCIONAL PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD
MENTAL DE LA PRIMERA INFANCIA (UFAPI)

Unidad de Salud Mental Sant Martí Nort. Institu-
to Catalán de la Salud; *Jorge Tizón*.

PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD INFANTIL

Dirección General de Salud Pública. Consejería
de Sanidad de la Comunidad Valenciana; *Fran-
cisco Bueno*.

ESCUELA DE PADRES Y MADRES "BEN SURATS" PARA
FAMILIAS EN SITUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL

Asociación Instituto SPORA para la promoción
comunitaria y la calidad de vi-
da; *Xisco Roman*.

PREVENCIÓN EN LA PRIMERA IN-
FANCIA

Asociación de Psicoterapia y
Prevención Infantil; *Yolanda
González*.

A lo largo de estos dos años se
han realizado numerosas confe-
rencias, reuniones y jornadas so-
bre promoción/prevención, a ni-
vel europeo, para difundir los ob-
jetivos del proyecto, así como para sensibilizar a las
Administraciones y Gobiernos sobre la necesidad de
desarrollar programas preventivos en la primera in-
fancia.

Desde la AEN hemos informado a todos los socios
del inicio del proyecto, solicitando su colaboración.
Todos los participantes han recibido los programas
españoles, así como el Ministerio de Sanidad que ha
colaborado en el desarrollo del proyecto. Hemos pre-
sentado el proyecto europeo en las XVI Jornadas
Nacionales de la Asociación que se han celebrado
en Palma de Mallorca del 18 al 20 de noviembre.

A finales de enero esta prevista la publicación de
un directorio, con todos los programas selecciona-
dos, y las recomendaciones sobre promoción de la
salud mental en niños menores de 6 años, adopta-
das por la red europea de promoción de la S.M.

El objetivo final del proyecto es difundir los pro-
gramas seleccionados y promover la necesidad de
realizar actividades de promoción en S.M. de ni-
ños, tanto en los medios profesionales, como ante
las Administraciones competentes.

A lo largo de estos dos años hemos comproba-
do que los problemas para llevar a cabo programas
de promoción, son generales en la mayor parte de
los países europeos, a excepción de los países nór-
dicos, que son los que más actividades desarrollan
en este campo en la actualidad.

El problema mas generalizado ha sido la falta
de una evaluación cuantitativa y cualitativa de los
programas, lo que dificulta la comprobación de la
eficacia real en la promoción de S.M. y los cambios
necesarios a medio y largo plazo para promover
efectos saludables en la población.

En nuestro país se ha producido un abandono
progresivo de las actividades de promoción, funda-
mentalmente en el ámbito sanitario, debido a la
presión asistencial, por lo que sería necesario tra-
bajar con las diferentes Administraciones para po-
ner de relieve la necesidad de in-
crementar programas de preven-
ción/promoción en S.M.

Para ello, desde la AEN, nos
pondremos en contacto con el Mi-
nisterio de Sanidad para presentar
oficialmente el directorio y las re-
comendaciones finales; así como
con otras Administraciones de la
red educativa, de servicios socia-
les, etc. Nos mantendremos tam-
bién en contacto con las institucio-

nes y organizaciones, que han enviado los proyectos
españoles, para seguir el desarrollo de los programas.

Tenemos previsto informar a otras asociaciones
profesionales que podrían estar interesadas en el
trabajo de promoción en S.M.

Salud Mental Europa tiene previsto continuar el
trabajo sobre promoción en S.M. y ha solicitado
nuestro apoyo para desarrollar otro proyecto "Pro-
moción de la S.M. de niños, adolescentes y jóvenes
adultos", financiado por la Comisión Europea. En
principio hemos contestado afirmativamente a la es-
pera de que sea aprobado

Hay una página web con toda la información
disponible hasta el momento:

www.mhe-sme.org/enmhp

**EN NUESTRO PAÍS SE HA
PRODUCIDO UN ABANDONO
PROGRESIVO DE LAS
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN,
FUNDAMENTALMENTE EN EL
ÁMBITO SANITARIO, DEBIDO
A LA PRESIÓN ASISTENCIAL**

INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Introducción

La eficacia del tratamiento farmacológico y psicosocial en la prevención terciaria de la esquizofrenia ha sido ampliamente demostrada. La hipótesis sobre la que se fundamentan los estudios actuales de intervención precoz en el tratamiento de la esquizofrenia es sencilla: cuanto antes se trate la enfermedad en su comienzo mejor será el pronóstico (prevención secundaria). En un terreno más optimista, y sobre todo más especulativo, se desea comprobar el posible efecto del tratamiento precoz en la prevención primaria de la enfermedad. Esto es, evitar que personas que presentan síntomas prodromales o "prepsicóticos" acaben manifestando la enfermedad gracias a la intervención terapéutica precoz.

Los estudios con primeros brotes parecen demostrar como la intervención precoz mejora el pronóstico, por lo menos mientras dure la misma. Sin embargo, esa mejoría puede ser un epifenómeno (deberse por ejemplo a que un inicio insidioso se relacione con peor pronóstico, independientemente del tiempo que tarde el paciente en recibir tratamiento antipsicótico). La única manera de comprobar la hipótesis de que el tratamiento precoz es eficaz como prevención primaria o secundaria (evitar que aparezca la enfermedad o que su pronóstico sea mejor, respectivamente) es la realización de estudios controlados, randomizados y longitudinales en los que un grupo reciba tratamiento y otro grupo no. Estos estudios, por razones éticas, no son posibles en la actualidad en pacientes con primeros brotes a los que no se les puede negar la administración de fármacos que ya han demostrado su eficacia. Sin embargo, la línea ética en personas con primer brote en los que se desconoce si van a desarrollar la enfermedad se nos presenta más difusa. Ello hace que se puedan tener grupos experimentales a los que no se les administre tratamiento y sean comparados con otros a los que sí se les proporciona tratamiento.

**LOS ESTUDIOS CON PRIMEROS
BROTOS PARECEN DEMOSTRAR
COMO LA INTERVENCIÓN
PRECOZ MEJORA EL
PRONÓSTICO, POR LO MENOS
MIENTRAS DURE LA MISMA**

Las hipótesis son claras, la forma de comprobar si dichas hipótesis son ciertas, también. La finalidad de estos estudios no es demostrar la etiología de la enfermedad; esto es, si se comprueba que el tratamiento precoz se relaciona con un mejor pronóstico y aún incluso con una menor prevalencia de la enfermedad, no se despejará con estos estudios el mecanismo responsable que haga de puente entre la intervención y el resultado. En el siguiente artículo revisaremos el estado actual de los estudios de intervención que en la esquizofrenia se están realizando en distintos lugares del mundo y realizaremos una lectura crítica de la importancia que estos estudios pueden tener para el futuro de la enfermedad. Distinguiremos dos tipos principales de estudios: los realizados con primeros brotes psicóticos y los más actuales y ambiciosos encaminados a evaluar el tratamiento precoz como medida para evitar que personas con síntomas prodrómicos desarrollen la enfermedad. No abordaremos en el presente artículo la extensa bibliografía sobre intervención precoz de los síntomas prodromales en pacientes crónicos.

1. Estudios con síntomas prodrómicos:

En los últimos años, y en relación con la aparición de fármacos antipsicóticos con menos efectos secundarios, hemos presenciado un interés creciente sobre la intervención terapéutica precoz en la psicosis.

Varios grupos en distintos lugares del mundo (Australia, Reino Unido, Finlandia, EEUU) están realizando ensayos clínicos comparando el pronóstico de personas que son tratadas con estos fármacos y otras intervenciones terapéuticas cuando aparecen síntomas prodromales (cambios prepsicóticos en pensamiento, afecto y cognición) antes de que aparezca la sintomatología psicótica franca.

Hasta la fecha, existen dos estudios principales que han evaluado de forma más o menos sistemática la adecuación de los modelos de intervención precoz en la prevención o retraso de la aparición

de la esquizofrenia. El primero, y quizá más importante es el de Falloon (1992), y el otro es el realizado por el grupo de Melbourne (Yung et al., 1996). Otros estudios están en proceso y se comienzan a tener datos preliminares sobre sus resultados (McGorry et al 2000, Salokangas et al 2000, Hambrecht and Klosterkoterr, 2000). El estudio de Falloon (1992) representa un paradigma experimental clásico de los estudios que tratan de demostrar que la intervención precoz de la esquizofrenia desemboca en una menor prevalencia de la enfermedad. Este estudio, llevado a cabo en un área semirural de Inglaterra, abarca una población de 35.000 personas, de las cuales 20.000 tienen una edad comprendida entre los 17 y 65 años, y comenzó en 1984, prolongándose durante cuatro años más. El diseño de Falloon incluye tres grandes puntos o "momentos". El primero consiste en técnicas de detección temprana, el segundo en técnicas de intervención temprana y el tercero en un seguimiento y cuidado continuado. Cada uno de estos puntos incluye el empleo de una serie de técnicas, así como la intervención de diferentes profesionales y distintas personas a las que se dirige la intervención.

2.1. *Técnicas de Detección Temprana*

Obviamente, el primer paso de la intervención temprana es definir e identificar la población sobre la que se va a actuar. Puesto que el objetivo de estos diseños de intervención precoz es actuar con anterioridad a la aparición de los síntomas psicóticos activos, se pretende la identificación de sujetos que en un futuro a corto plazo vayan a desarrollar la esquizofrenia, pero que aún no presentan los síntomas que permitirían el diagnóstico de dicha patología. Así pues, tal y como señala Falloon (1992) la detección temprana de potenciales episodios esquizofrénicos se ha basado en el reconocimiento de los cambios en el estado mental de una persona, que se consideren prodrómicos para dicha patología. Los signos prodrómicos empleados para el estudio de Falloon (1992), ver Tabla 1, se derivan de aquéllos que se enumeran en el DSM-III-R (APA, 1984).

Tabla 1: Signos prodrómicos empleados en el estudio de Falloon (1992) frente aquellos empleados por el grupo de Melbourne.

Falloon 1992

- Conducta extraña
- Pérdida de afecto, o afecto inapropiado
- Discurso desorganizado, vago
- Marcada pobreza del habla y del pensamiento
- Preocupación sobre ideas extrañas
- Ideas de referencia
- Despersonalización o desrealización
- Alteraciones de la percepción

Yung et al 1992

- Conducta extraña
- Embotamiento afectivo
- Lenguaje vago
- Pobreza marcada en la higiene
- Pensamiento mágico
- Pérdida de habilidades sociales
- Aislamiento social
- Alteraciones de la percepción
- Abulia marcada

Los sujetos que presentaran un número significativo de estos signos (no se especifica cuántos) eran inmediatamente referidos a una evaluación psiquiátrica más exhaustiva, la cual incluía la versión modificada del Early Signs Questionnaire (ESQ, Herz y Melville, 1980), el Present State Examination (PSE, Wing et al., 1974), así como la recogida de información referente a la historia psiquiátrica, médica, familiar y de uso de sustancias.

Estos diseños de intervención temprana plantean un enfoque desglosado en dos fases, a saber: 1) el entrenamiento de los médicos de familia y otros servicios de salud mental de la comunidad en el reconocimiento y derivación de pacientes con posibles síntomas prodrómicos, y 2) procurar un sistema de acceso para la evaluación e intervención inmediatas por parte de profesionales especializados en salud mental. Este doble enfoque implica una rees-

**SE PRETENDE
LA IDENTIFICACIÓN
DE SUJETOS QUE EN UN
FUTURO A CORTO PLAZO
VAYAN A DESARROLLAR
LA ESQUIZOFRENIA,
PERO QUE AÚN NO
PRESENTAN LOS SÍNTOMAS
QUE PERMITIRÍAN
EL DIAGNÓSTICO**

tructuración compleja de los sistemas de salud y requiere la coordinación de varios servicios, así como una comunicación constante entre los mismos. La detección temprana de los signos que sugieren una fase prodrómica corre a cargo del médico de familia, u otra identidad de contacto frecuente con el paciente, previamente entrenado en el reconocimiento de los síntomas prodrómicos. Esto supone, tal y como se describe en los estudios de Falloon (1992) y el grupo de Melbourne (Yung et al., 1996), el adiestramiento de los médicos de familia en la detección y exploración de dichos signos. El grupo australiano (Yung et al., 1996) extendió el entrenamiento de los médicos de familia a otros servicios caracterizados por un contacto frecuente con los jóvenes, tales como consejeros escolares, profesores y trabajadores sociales para jóvenes, ya que no toda la población tiene un contacto regular con los médicos de familia. En algunos casos, era incluso el propio paciente o su familia quien se ponía en contacto con los miembros del programa gracias a la propaganda que se había hecho del mismo en los medios de comunicación. Tanto los médicos de familia como estos colectivos recibieron por correo la literatura preparada por los autores en la cual se exponían los principios del proyecto, a la vez que se describían en un lenguaje claro los posibles síntomas prepsicóticos. En el caso de Falloon esto se llevó a cabo mediante seminarios o consultas individuales, empleo de la técnica de "role-playing", así como la disponibilidad continua e inmediata de un profesional de salud mental para realizar cualquier consulta. En ambos casos, es el médico de familia o la persona que realiza el primer contacto quien, tras la exploración inicial, refiere inmediatamente al potencial paciente a un equipo multidisciplinar del servicio de salud mental, quienes realizan una evaluación más exhaustiva. Por otro lado, estos paradigmas de intervención temprana enfatizan la facilitación de la atención psicosocial y médica en el entorno natural del sujeto y sus cuidadores (p.ej., el propio hogar en el caso de Fallon, una clínica ambulatoria no psiquiátrica en el caso del grupo australiano), para evitar un mayor incremento del estrés, minimizar la estigmatización y que la evaluación y educación psicosocial tengan una mayor validez ecológica.

**ESTOS PARADIGMAS
DE INTERVENCIÓN TEMPRANA
ENFATIZAN LA FACILITACIÓN
DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL
Y MÉDICA EN EL ENTORNO
NATURAL DEL SUJETO
Y SUS CUIDADORES**

2.2. *Técnicas de Intervención Temprana*

En el estudio de Falloon (1992) las técnicas de intervención para aquellos sujetos que se consideraba estaban experimentando la fase prodrómica de la esquizofrenia incluyeron 1) Educación sobre la naturaleza de la esquizofrenia, 2) Técnicas de manejo del estrés y 3) Medicación neuroléptica. En la fase de educación, se instruía tanto al sujeto como a los familiares en la naturaleza y desarrollo de la esquizofrenia. Dicha tarea se llevaba a cabo en el propio hogar del sujeto, y se insistía en varios aspectos tales como que el estado actual del sujeto sugería una posible aparición de un episodio psicótico y que una intervención temprana resultaba eficaz para la prevención de dicho episodio. Así mismo, se señalaba el hecho de que podría tratarse de una "falsa alarma", si bien se enfatizaba la conveniencia de una intervención temprana que incluyera tratamiento neuroléptico y psicosocial. Estas sesiones de educación se realizaron de manera abierta, facilitando la discusión de aspectos relevantes para la familia y el propio sujeto, siendo su objetivo principal fomentar la colaboración entre los agentes involucrados, así como minimizar los temores sobre la esquizofrenia. Las técnicas de manejo de estrés, también eran llevadas a cabo primordialmente en el hogar, tras una evaluación de los agentes estresores más significativos. Se realizaban varias sesiones destinadas a la identificación de estresores así como un adiestramiento en técnicas de afrontamiento de los mismos. El nivel y el tipo de soporte proporcionado se realizaba en base a las necesidades expresadas por el paciente y sus cuidadores. En cuanto a la administración de antipsicóticos, se administraban dosis pequeñas de estos fármacos de baja potencia, siguiendo la premisa de prescribir la dosis mínima efectiva. La prescripción de antipsicóticos iba dirigida a una disfunción determinada y claramente especificada. La medicación se interrumpía tan pronto desaparecían los signos prodrómicos, con una duración aproximada de dos semanas.

El estudio piloto del grupo australiano (Yung et al., 1996) realizó una intervención no tan estructurada, siguiendo un enfoque de intervención, principalmente psicosocial, no específico y centrado en

las necesidades individuales de cada paciente. El tratamiento con neurolépticos fue llevado a cabo, en este estudio piloto (no así en estudios posteriores del mismo grupo), como último recurso, con el objeto de evitar en la medida de lo posible la aparición innecesaria de los efectos secundarios en posibles casos de falsos positivos. El criterio para la administración de estos fármacos no se redujo tan sólo a la presencia o ausencia de síntomas positivos, sino que además se consideraron otros factores, como el nivel de discapacidad y la propensión a presentar conductas de suicidio. El tratamiento psicosocial, al igual que el propuesto por Falloon, perseguía una reducción del estrés así como la adquisición de habilidades de afrontamiento, interviniendo tanto en el paciente como en el sistema familiar.

2.3. Seguimiento y Cuidado Continuo

El seguimiento e intervención a largo plazo presenta una triple vertiente orientada al mantenimiento del manejo del estrés y la prevención de potenciales episodios psicóticos en el futuro. Las tres áreas de intervención son las siguientes:

- Manejo del estrés y tratamiento neuroléptico: Ambas estrategias son continuadas hasta la remisión de los signos prodrómicos. La evaluación continua de estresores, así como el entrenamiento en técnicas de afrontamiento y solución de problemas, se continuó hasta que la unidad familiar fue capaz de poner en juego las destrezas necesarias para afrontar tanto la situación presente, como situaciones que con toda probabilidad se presentarían en un futuro cercano.
- Monitorización de la recurrencia de los signos prodrómicos: Se instruyó a los sujetos y sus cuidadores en la identificación de signos prodrómicos específicos, previamente presentados por el sujeto, para facilitar la futura detección temprana de otra fase prodrómica.
- Monitorización de la salud mental: Se realizó un seguimiento continuado, en el que se evaluaba el estatus clínico y social del sujeto y su entorno a los 3, 6, 12, y 24 meses de la remisión completa de la fase prodrómica. Después de los 24 meses, el seguimiento se derivaba a las consultas del médico de familia.

Por su parte, el grupo de Melbourne (Yung et al., 1996) realiza un seguimiento no estandarizado, en función del funcionamiento y sintomatología del paciente, de tal manera que su duración resulta variable.

2.4. Resultados

En el estudio de Falloon (1992), comparando el número de casos nuevos de esquizofrenia a lo largo de los cuatro años que duró el estudio con un estudio epidemiológico anterior realizado en el mismo área (Shepherd et al., 1989), se observó que la incidencia por año en esa área fue de 0.75 por 100.000 en el periodo de estudio, frente a una incidencia de 7.4 por 100.000 en el periodo de 1974-1975. Esto significa, que en el periodo de 1984 a 1988 hubo una única persona, cuyo médico de familia participaba en el estudio, que fue diagnosticada de presentar un episodio inicial de esquizofrenia, de acuerdo con los criterios diagnósticos del PSE/CATEGO. Durante ese mismo periodo, otros 15 casos fueron identificados como "sugerentes de estados prodrómicos", en ausencia de episodios previos de psicosis funcional. Los 15, de los cuales 13 evolucionaron rápida y favorablemente, fueron tratados de acuerdo con el protocolo anteriormente descrito. De los dos restantes, uno desarrolló un trastorno bipolar y el otro sufrió tres episodios de síntomas prodrómicos, permaneciendo bajo supervisión psiquiátrica durante 5 años.

El grupo australiano (McGorry et al 2000) ha randomizado 60 jóvenes con signos prodrómicos en dos grupos: el primero recibe bajas dosis de risperidona y terapia cognitiva y el segundo terapia de apoyo. El 12,5% del primer grupo y el 37,5% del segundo presentan síntomas psicóticos al cabo de 6 meses, diferencias estadísticamente significativas a favor del primer grupo.

A tenor de estos resultados, se han escrito varias consideraciones metodológicas y éticas, que inducen a adoptar cierto conservadurismo a la hora de interpretar los resultados señalados. Por un lado la muestra y la población de la que proviene la misma son demasiado pequeñas como para permitir una extrapolación de los resultados, (Falloon

**EL SEGUIMIENTO E
INTERVENCIÓN A LARGO PLAZO
PRESENTA UNA TRIPLE
VERTIENTE ORIENTADA AL
MANTENIMIENTO DEL MANEJO
DEL ESTRÉS Y LA PREVENCIÓN
DE POTENCIALES EPISODIOS
PSICÓTICOS EN EL FUTURO**

on, 1992; McGlashan, 1996). Así mismo, la ausencia de un grupo control randomizado, en el caso del estudio de Fallon, y puntuaciones ciegas para la detección de casos suponen otras limitaciones metodológicas. Otra limitación metodológica planteada es la de que posibles candidatos a desarrollar la enfermedad abandonarían el área de estudio, ya que el momento vital de máxima vulnerabilidad coincide cronológicamente con movimientos migratorios a las grandes urbes en busca de trabajo o prolongación de los estudios (Fallon, 1992). Es más, las personas con alta vulnerabilidad que hubieran emigrado a grandes ciudades, posiblemente habrían alcanzado grandes niveles de estrés a causa de las circunstancias inherentes a un traslado (distanciamiento de las fuentes habituales de soporte social, entorno poco familiar, etc.), pudiendo aparecer entonces los síntomas prodrómicos. La posible incidencia de esquizofrenia en estas personas no habría sido registrada, a pesar de pertenecer al área de estudio. Otro error metodológico es el que concierne a los criterios diagnósticos empleados a la hora de emitir un diagnóstico de esquizofrenia. Tal y como señalan Fallon (1992) y McGorry et al. (1996) entre otros, los recientes cambios en los criterios de diagnóstico, en los que se ha producido un giro hacia criterios más estrictos, pueden estar influyendo los resultados que sugieren una menor incidencia de esquizofrenia. Los recientes resultados del grupo australiano son más esperanzadores, por el mayor rigor metodológico de su estudio (McGorry et al 2000). Este grupo pronto dispondrá de los resultados en el seguimiento a 5 años (McGorry, comunicación personal).

La literatura ofrece datos suficientes como para rechazar la especificidad de los síntomas prodrómicos, y la necesidad de incluir otros criterios que permitan una mejor predicción de la aparición de la esquizofrenia. Así, McGorry et al. (1995) concluyen que los síntomas prodrómicos enumerados en el

**LA MUESTRA Y LA POBLACIÓN
DE LA QUE PROVIENE LA MISMA
SON DEMASIADO PEQUEÑAS
COMO PARA PERMITIR
UNA EXTRAPOLACIÓN
DE LOS RESULTADOS**

**LA LITERATURA OFRECE
DATOS SUFICIENTES COMO
PARA RECHAZAR
LA ESPECIFICIDAD
DE LOS SÍNTOMAS
PRODRÓMICOS,
Y LA NECESIDAD DE INCLUIR
OTROS CRITERIOS QUE
PERMITAN UNA MEJOR
PREDICCIÓN DE LA APARICIÓN
DE LA ESQUIZOFRENIA**

DSM-III-R (APA, 1984) tienen una prevalencia excesiva entre los adolescentes como para ser marcadores específicos de la aparición de la esquizofrenia. Este grupo apunta la necesidad de poner un mayor énfasis en el conocimiento de los fenómenos experienciales, así como profundizar en la comprensión de los

sustratos neurobiológicos que acompañan al inicio de la enfermedad (Yung y McGorry, 1996). En esa línea de pensamiento Jackson et al (1995) rechazan el valor patognomónico de los síntomas prodrómicos.

Con el objeto de resolver el problema de los falsos positivos se han planteado una serie de variantes en los criterios de inclusión, de tal manera que éstos sean ampliados e incluyan otros factores además de la presentación de síntomas prodrómicos. En este sentido, el propio estudio del grupo de Melbourne (Yung et al., 1996), siguiendo la estrategia de Bell (1992), propone la presentación simultánea de factores de riesgo de rasgo (estables) (como rasgos de personalidad esquizotípica, o presencia de familiares con historia de trastorno psicótico) y factores de riesgo de estado (transitorios) (que consistiría en la aparición de un estado mental de riesgo previamente no existente, como sería la aparición de rasgos psicopatológicos moderados). Así, los sujetos incluidos en su muestra han de presentar ambos factores de riesgo, aumentando de esta manera el poder predictivo. Estos

mismos autores (Yung et al, 1998) realizaron un estudio prospectivo y longitudinal para identificar las características de aquellos sujetos con síntomas prodrómicos más proclives a desarrollar una psicosis activa. Los resultados apuntan a que las personas con más probabilidad de desarrollar un episodio psicótico, son aquéllas que además de presentar una mayor sintomatología de tipo positivo, tienen un bajo nivel de funcionamiento, definido como una menor calidad de vida, peor funcionamiento del individuo, y una mayor puntuación en una escala de depresión. De todas formas, conviene señalar

que el tamaño de la muestra es demasiado pequeño ($n=20$) como para extrapolar los resultados.

2. Estudios con primeros brotes:

En estudios con pacientes con primeros brotes se ha observado una relación entre la duración de la psicosis antes de recibir tratamiento antipsicótico y el pronóstico (Wyatt 1991, Johnstone 1991, Loebel et al 1992, Szymanski et al 1996, Edwards et al 1998, Robinson et al 1999). En estos trabajos se ha comprobado como un programa intensivo al comienzo de la sintomatología psicótica es beneficioso, resultando en menor número de recaídas y gravedad de la sintomatología positiva. En algunos trabajos se ha podido comprobar como el tiempo sin recibir tratamiento después de los primeros síntomas psicóticos predice un peor pronóstico independientemente de otros factores tales como ajuste premórbido (Harrigan et al 2000).

Otros grupos han demostrado como la intervención temprana con terapia cognitivo-conductual en pacientes con primer o segundo episodio psicótico disminuye desde 5 hasta 3 semanas la remisión sintomatológica cuando se compara con la terapia de apoyo (Lewis et al 2000).

Sin embargo, el efecto de la intervención parece desaparecer una vez que los pacientes acaban su programa terapéutico. En el estudio de Linszen et al (1998) se suspendió la intervención terapéutica a los 15 meses del inicio de los primeros síntomas. Mientras 15% de los pacientes tuvieron una recaída psicótica en el tiempo que duraba la intervención un 64% recayeron en el seguimiento posterior. Estos resultados han sido confirmados por el mismo grupo tras una intervención de cinco años de evolución, tras la cual el riesgo de recaída se asemejaba al grupo control (Linszen et al 2000). Estos resultados junto con los de otros autores (Tarrier et al, 1994) ponen en duda que el tratamiento produzca mejorías que se prolonguen más allá de lo que dure éste y que una intervención temprana "enlentice" la enfermedad o su curso en el futuro.

Consideraciones éticas

Estos estudios no están exentos de dilemas éticos: ¿Cuándo se debe tratar a alguien que no tiene sín-

tomas psicóticos con fármacos que tienen efectos secundarios como la discinesia tardía? ¿El coste de falsos positivos, personas que no hubiesen desarrollado la enfermedad aunque no hubiesen sido tratados con antipsicóticos, es asumible cuando conseguimos qué número de personas que no desarrollen la enfermedad gracias al tratamiento?, ¿se debería tratar a un hijo de padres esquizofrénicos en el momento de presentar un mínimo trastorno cognitivo?, etc. De todos modos estas preguntas deberían ser formuladas una vez se demuestre la eficacia de los antipsicóticos para prevenir el desarrollo de la enfermedad, algo aún por demostrar. Será entonces cuando debamos sopesar minuciosamente la relación riesgos/beneficios en los estudios con personas con síntomas prodrómicos. Los beneficios de estos fármacos en pacientes con primeros brotes y en la intervención al inicio de la reagudización han sido suficientemente demostrados.

Las críticas más serias a este tipo de estudios en los que se emplea la presencia de síntomas prodrómicos como criterio de inclusión, es precisamente la inespecificidad de éstos. Si bien ha quedado demostrada la aparición de una serie de síntomas que preceden el inicio de la esquizofrenia, y en general se conocen estos síntomas, la aparición de los mismos no implica necesariamente la subsiguiente aparición de un estado psicótico activo, llámese esquizofrenia. Este hecho da lugar a un error estadístico de Tipo I, caracterizado por la inclusión en la muestra de falsos positivos, esto es, sujetos que aún presentando unas características propias de un estadio prodrómico, nunca desarrollarán una psicosis activa. Esto supone no sólo un error metodológico, sino que además acarrea graves consideraciones éticas, ya que estaríamos tratando innecesariamente un número indeterminado de personas, lo

cual significa exponerlos de forma innecesaria a los diversos efectos secundarios del tratamiento. Estos efectos secundarios no sólo se reducen a la posible aparición de la discinesia tardía (y otros efectos secundarios como el síndrome neuroléptico maligno, etc.) por la toma de neurolépticos, sino que el conjunto del tratamiento puede traer consigo otras consecuencias perjudiciales.

Los falsos positivos podrían sufrir estigmatización, el diagnóstico podría suponer un catalizador

EN ESTUDIOS CON PACIENTES CON PRIMEROS BROTES SE HA OBSERVADO UNA RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LA PSICOSIS ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO Y EL PRONÓSTICO

de procesos de desmoralización y auto-estigmatización, y por otro lado la intervención psicosocial, al reducir el nivel de estrés ambiental, podría provocar la evitación de retos necesarios para un crecimiento y desarrollo adaptativo. Así mismo, la familia también estaría expuesta a un aumento del estrés y temor debidos a la inminente aparición de una enfermedad mental en el entorno familiar (Falloon, 1992; Falloon et al., 1996; McGlashan, 1996; McGlashan y Johannesen, 1996; Yung et al., 1996).

Al igual que se ha postulado que la introducción de nuevos antipsicóticos es la razón por la que ya no se ven tantos cuadros de esquizofrenias "fulminantes" o "malignas" y casi han desaparecido las formas catatónicas, no se puede descartar que la utilización más agresiva de los nuevos antipsicóticos en fases iniciales de la enfermedad disminuya el deterioro y cronicidad de la enfermedad.

Por otro lado, la no intervención en la fase prodrómica también puede llevar a plantear un dilema ético; los riesgos de una intervención temprana en casos ambiguos se han de sopesar a la luz de los peligros y los costes potenciales de no intervenir de forma temprana. McGlashan (1996) pone de manifiesto el hecho de que una vez identificados casos con síntomas prodrómicos, no informar a los pacientes y sus familias del peligro potencial, para proteger así los casos de falsos positivos, es ocultar a los verdaderos positivos información relevante, que si bien puede resultar inquietante, es real y puede ser facilitadora de una intervención asociada a un mejor pronóstico. El grupo de Melbourne (Yung et al., 1996) resolvió esta cuestión de la información facilitada a los participantes no enfatizando el riesgo de una transición a la esquizofrenia, ya que se desconocía la proporción exacta de la transición a una psicosis. Así, la necesidad de tratamiento se explicaba en relación a los problemas que el paciente presentaba en la actualidad.

Posibles mecanismos fisiopatológicos para la acción de los antipsicóticos:

**ESTARÍAMOS TRATANDO
INNECESARIAMENTE UN
NÚMERO INDETERMINADO DE
PERSONAS, LO CUAL SIGNIFICA
EXPONERLOS DE FORMA
INNECESARIA A LOS DIVERSOS
EFECTOS SECUNDARIOS
DEL TRATAMIENTO**

**CAPÍTULO APARTE
MERECE EL MECANISMO
POR EL QUE LOS
ANTIPSIKÓTICOS PUEDEN
MEDIAR SOBRE
EL MEJOR PRONÓSTICO
EN LA ESQUIZOFRENIA**

Hasta ahora hemos discutido la importancia del tratamiento precoz en el curso o prevalencia de la enfermedad, capítulo aparte merece el mecanismo por el que los antipsicóticos pueden mediar sobre el mejor pronóstico en la esquizofrenia. Para que el tratamiento produzca un mejor pronóstico a largo plazo, independiente de la mejoría de la sintomatología psicótica mientras se

tome el tratamiento, debería cumplirse la premisa de que la esquizofrenia sea una enfermedad progresiva. Hasta recientemente se había postulado que esta enfermedad era una encefalopatía estática en la que, una vez se manifiesta, no se produciría un deterioro progresivo, permaneciendo la lesión estática. Este supuesto está apoyado por los estudios de neuroimagen en los que las alteraciones estructurales no evolucionan con el tiempo (Vita et al 1988), los estudios cognitivos que no encuentran un mayor deterioro que el que se experimenta después del primer episodio (Gur et al 1998) o la falta de gliosis (indicador de muerte neuronal) en pacientes con esquizofrenia. Estudios más recientes contradicen la creencia sobre la estacionaridad de la enfermedad una vez que se manifiestan los primeros síntomas psicóticos. En estudios con RMN se ha visto como se produce una reducción del volumen de áreas como el lóbulo frontal y temporal mayor del esperado para la población normal (DeLisi et al 1997, Jacobsen et al 1998, Gur et al 1998).

Algunos autores defienden la idea de que la psicosis es neuropatológica "per se" y que cuanto menos sea el tiempo que se esté psicótico, menor será el daño cerebral que se cause (Wyatt 1998, Waddington y Scully, 1998). Estos autores sostienen que los antipsicóticos no sólo son efectivos

en el control de la sintomatología psicótica sino que enlentecen o detienen la fisiopatología que subyace a la enfermedad. El mecanismo a través del cual los antipsicóticos reducen la muerte neuronal estaría mediado por los efectos que estos tendrían sobre la neurotoxicidad del cortisol, los radicales libres o el metabolismo fosfolípido (Wyatt 1995, Coyle y Puttfarcken, 1993).

En el lado contrario otros autores defienden que si la psicosis tuviese una acción patogénica "per se" la morbilidad de la enfermedad dependerían en gran manera del tiempo de evolución de la misma, lo que no concuerda con la literatura previa (Carpenter, 1998). Por el contrario el pronóstico/morbilidad de la enfermedad se relaciona más con aquellas dimensiones que no responden a los fármacos antipsicóticos como la sintomatología negativa primaria y el deterioro cognitivo. Además, la teoría de que la psicosis es patogénica no puede explicar dos hechos comprobados: 1) el "plateau" experimentado en pacientes después de los primeros años de evolución en lugar de la progresión esperada de ser cierta dicha teoría, y 2): el mejor pronóstico

de los cuadros más floridos y con mayor sintomatología positiva inicial, incluso en ausencia de tratamiento antipsicótico. Sería también difícil explicar el hecho de que en algunos estudios el mejor pronóstico dura el tiempo que dure la intervención y no se mantenga tras ésta (Linszen et al 1998, Linszen et al 2000). Carpenter (1998) propone que hay dos hipótesis alternativas que explicarían las razones del mejor pronóstico asociado a la intervención precoz. La primera es que cuanto más tiempo se esté psicótico mayor es la gravedad de la enfermedad, por lo que el pronóstico es secundario a la mayor gravedad de la enfermedad. La segunda es que la psicosis no es "mala" para el cerebro pero sí para la persona. Esto es, el estar psicótico disminuye las oportunidades en la vida del paciente. Sus relaciones sociales se afectan, su competitividad laboral disminuye y como consecuencia de estar psicótico se produce una erosión en el funcionamiento social, laboral y familiar que está en relación con el tiempo que dure la psicosis. Así pues para este autor el hecho de que cuanto antes se trate la psicosis mejor sea el pronóstico se basa en la práctica médica y sentido común y no en el hecho de que

los antipsicóticos funcionen a modo de neuroprotectores.

Conclusiones

La intervención precoz ante síntomas prodrómicos ha demostrado su eficacia para evitar recaídas en pacientes esquizofrénicos crónicos (Herz et al 2000). Existen también estudios que muestran un mejor pronóstico en primeros brotes de esquizofrenia cuanto antes se instaure el tratamiento. Estamos ahora ante una tercera generación de estudios que intentan disminuir la prevalencia de la enfermedad interviniendo antes de que aparezca la sintomatología psicótica franca. Estos estudios de los que esta-

mos conociendo resultados preliminares, identifican personas que presentan signos prodrómicos detectados por médicos de cabecera y/o personas que tienen un riesgo incrementado para desarrollar la enfermedad. Uno de los principales problemas con los que se enfrentan estos estudios es la posibilidad de tratar a falsos positivos, con las repercusiones éticas asociadas. Si se demuestra que la intervención precoz es capaz de disminuir la prevalencia de la enfermedad sin la necesidad de tratar a personas que no hubiesen desarrollado la misma nos encontraremos en una nueva dimen-

sión del tratamiento de la esquizofrenia: la prevención primaria. Aunque tan "sólo" se consiguiese el retraso en la aparición de la enfermedad o el mejor pronóstico en el curso de la misma se abrirían puertas de esperanza para las personas directa e indirectamente afectadas por la discapacidad inherente a la esquizofrenia. El camino será largo pero las rutas que nos han de llevar a la solución del problema planteado están ya trazadas.

EL MECANISMO A TRAVÉS DEL CUAL LOS ANTIPSICÓTICOS REDUCEN LA MUERTE NEURONAL ESTARÍA MEDIADO POR LOS EFECTOS QUE ESTOS TENDRÍAN SOBRE LA NEUROTÓXICIDAD DEL CORTISOL, LOS RADICALES LIBRES O EL METABOLISMO FOSFOLÍPIDO

AUNQUE TAN "SÓLO" SE CONSIGUIESE EL RETRASO EN LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD O EL MEJOR PRONÓSTICO EN EL CURSO DE LA MISMA SE ABRIRÍAN PUERTAS DE ESPERANZA PARA LAS PERSONAS DIRECTA E INDIRECTAMENTE AFECTADAS

**Celso Arango López
Igor Bombín González**

Referencias

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, 1980. 3rd Edition Revised, 1984.
- Bell RQ. Multiple-risk cohorts and segmenting risk as solutions to the problem of false positives in risk for the major psychosis. *Psychiatry* 1992; 55: 370-381.
- Carpenter WT Jr. New views on the course and treatment of schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research* 1998; 32: 191-195.
- Coyle JT, Puttfarcken P. Oxidative stress, glutamate, and neurodegenerative disorders. *Science* 1993; 262:689-95.
- Delisi LE, Sakuma M, Tew W, Kushner M, Hoff AL and Grimson R. Schizophrenia as a chronic active brain process: a study of progressive brain structural change subsequent to the onset of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 74:129-140, 1997.
- Edwards J, Maude D, McGorry PD, Harrigan SM, Cocks JT. Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry Supplement*. 1998; 172: 107-116.
- Falloon IRH. Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry* 1992, 55: 4-15.
- Falloon IRH, Kydd RR, Coverdale JH y Ladlaw TM. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22: 271-282.
- Gur RE, Cowell P, Turetsky BI, Gallacher F, Cannon T, Bilker W and Gur RC. A follow-up magnetic resonance imaging study of schizophrenia. Relationship of neuroanatomical changes to clinical and neurobehavioral measures. *Archives of General Psychiatry* 55:145-152, 1998.
- Hambrecht M. Klosterkoterr. FEZT: The first German early intervention centre for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2000, 41:181.
- Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does early treatment delay in first episode psychosis really matter? *Schizophrenia Research* 2000, 41:9.
- Herz MI y Melville C. Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 801-805.
- Herz MI, Lambert J, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57: 277-283.
- Jackson HJ, McGorry PD y Dudgeon P. Prodromal symptoms of schizophrenia in a first-episode psychosis: Prevalence and specificity. *Comprehensive Psychiatry* 1995; 36: 241-250.
- Jacobsen LK, Giedd JN, Castellanos FX, Vaituzis AC, Hamburger SD, Kumra S, Lenane MC and Rapoport JL. Progressive reduction of temporal lobe structures in childhood-onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 155:678-85, 1998.
- Johnstone EC. Defining characteristic of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry Suppl.* 1991; (13):5-6.
- Lewis SW, Tarrier N, Haddock G, Bental R, Kinderman P. et al The socrates trial: a multicentre, randomised, controlled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2000, 41:9.
- Linszen D, Lenior M, De Haan L, Dingemans P, Gersons B. Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry Suppl* 1998;172(33):84-89.
- Linszen D, Lenior M, Dingemans P. The duration of intervention in early recognized schizophrenia and other psychoses. *Schizophrenia Research* 2000, 41:9.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH y Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1992; 149:1183-1188.
- McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: Research. *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22: 327-345.
- McGlashan TH y Johannessen JA. Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale. *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22: 201-222.

- McGorry PD, McFarlane CA, Patton GC, Bell R, Hibbert ME, Jackson HJ y Bowes G. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: A preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 92: 241-249.
- McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM y Jackson HJ. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22: 305-326.
- McGorry PD, Phillips LJ, Yung AR, Francey S, Germano D. et al A randomised controlled trial of interventions in the pre-psychotic phase of psychotic disorders. *Schizophrenia Research* 2000, 41:9.
- Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Lieberman JA. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56: 241-247.
- Salokangas RKR, Heinimaa M, Ilonen T, Suomela T. et al . Characterization of prodromes to psychosis. *Schizophrenia Research* 2000, 41:178.
- Shepherd M, Watt D, Falloon IRH y Smeeton N. The Natural History of Schizophrenia. Psychological Medicine Monograph 16. *Cambridge University Press*, 1989.
- Szymanski SR, Cannon TD, Gallacher F, Erwin RJ, Gur RE. Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153: 519-525.
- Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Fitzpatrick E. The Salford Family Intervention Project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *British Journal of Psychiatry*. 1994; 165: 829-832.
- Vita A, Sacchetti E, Valvassori G, Cazzullo CL Brain morphology in schizophrenia: a 2- to 5-year CT scan follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 78(5):618-21.
- Waddington JL, Scully PJ Untreated psychosis and long-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1998;24(1):34-5
- Wing JK, Cooper JE y Sartorius N. The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. *Cambridge University Press*, 1974.
- Wyatt RJ. Early intervention with neuroleptics may decrease the long-term morbidity of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1991; 5: 201-202.
- Wyatt RJ. Early intervention for schizophrenia: can the course of the illness be altered? *Biological Psychiatry*. 1995;38(1):1-3.
- Wyatt RJ, Henter ID. The effects of early and sustained intervention on the long-term morbidity of schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research* 1998; 32: 169-177.
- Yung AR y McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996; 30: 587-599.
- Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Jackson HJ, Patton GC y Rakkar A. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 1996, 22: 283-303.
- Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, Patton GC y Jackson HJ. Prediction of psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, Supplement* 1998; 172: 14-20.

...SOBRE LA CARRERA PROFESIONAL

1. Debates de "La Madrileña"

El pasado 30 de noviembre de 1999, tuvo lugar en el salón de actos del Ministerio de Sanidad, un debate abierto sobre el tema LA CARRERA PROFESIONAL, ¿QUÉ CARRERA, PARA QUIÉN, PARA QUÉ?

Contamos con la presencia de Doña Blanca Reneses, Jefa del Departamento de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, Doña Marifé Bravo, presidenta de nuestra Asociación y Doña Pilar Nieto, psiquiatra de los S.S.M. de Tetuán, D. Aurelio García, jefe de los S.S.M. de San Blas, y D. José A. Soto, psiquiatra de los S.S.M. de Alcalá de Henares. Invitamos también a la mesa a algún representante de los grupos de trabajo sobre la carrera profesional de trabajadores sociales y A.T.S., pero declinaron la invitación por no poder asumir en ese momento la representatividad de sus respectivos colectivos sobre el tema a tratar.

La asistencia de público al acto, no fue demasiado numerosa, lo que todos lamentamos, y se atribuyó, en parte, a que la carrera profesional se consideraba un hecho consumado y cuando ya está en juego un incremento retributivo hay poco que decir.

Doña Blanca Reneses se manifestó satisfecha con el proyecto, aunque reconoció que tiene aspectos mejorables y que trasplantar a toda la red el modelo que nació por y para el Gregorio Marañón generará algún desajuste. No dio respuesta clara a alguno de los interrogantes más candentes, cómo cuales son las razones de su departamento para admitir que el nivel I de la carrera sitúe a los facultativos en un nivel retributivo mucho menor que el actual, y dijo que el tema de los interinos y compañeros que se han incorporado a nuevas plazas y han dejado de cobrar el complemento de exclusivi-

dad, estaba en manos del departamento de Personal y nos recordó que en nuestra práctica profesional siempre hemos tenido que convivir con diferencias retributivas debidas, por ejemplo, a la pertenencia a distintas Administraciones. Por otro lado, estimamos como muy positivo el hecho de expresar públicamente su voluntad de que el resto de los profesionales sanitarios que componen los equipos tengan también su propia carrera profesional.

Los demás participantes en la mesa fueron exponiendo sus puntos de vista coincidiendo en general en valorar que el proyecto de carrera recoge la necesidad de implantar un sistema de incentivación y motivación de los profesionales, pero expresando muchas reservas en cuanto a la concreción del sistema.

Se señaló que está muy apoyado en la "antigüedad" y en criterios en general poco objetivables; que de nuevo se proponen modos de considerar a los profesionales que en lugar de favorecer el trabajo en equipo, lo dificulta; que se "cuida" a los facultativos más establecidos a costa de maltratar a los más jóvenes que empiezan a formar parte de la "res publica".

Desde el público, las intervenciones marcaron la desmovilización que ha habido por parte de los profesionales con respecto al tema, y el reclamo de mayor grado de participación. Hubo muchas referencias a que toda incentivación posterior tenía que partir de una retribución suficiente en los niveles iniciales, y se reclamó la revisión de la situación

de los compañeros que han visto reducido su salario gracias a la implantación de este sistema motivador.

Quedó en el ánimo de todos los que allí estuvimos, la necesidad de seguir trabajando en este tema, y hacer oír nuestras opiniones, para que puedan ser tenidas en cuenta en las futuras "mejoras" que nos anunció la Dra. Reneses.

LA ASISTENCIA DE PÚBLICO AL ACTO, NO FUE DEMASIADO NUMEROSA, LO QUE TODOS LAMENTAMOS, Y SE ATRIBUYÓ, EN PARTE, A QUE LA CARRERA PROFESIONAL SE CONSIDERABA UN HECHO CONSUMADO

LAS INTERVENCIONES MARCARON LA DESMOVILIZACIÓN QUE HA HABIDO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES CON RESPECTO AL TEMA. HUBO MUCHAS REFERENCIAS A QUE TODA INCENTIVACIÓN POSTERIOR TENÍA QUE PARTIR DE UNA RETRIBUCIÓN SUFICIENTE EN LOS NIVELES INICIALES

2. La carrera profesional

Aunque cuando nos invitaron a participar en esta mesa, el objetivo no era hablar de los problemas administrativos y salariales que supone la implantación de la Carrera Profesional, antes de abordar otros aspectos nos parece imprescindible señalar que, ya previamente a la puesta en marcha de la misma, se han generado entre los profesionales de Salud Mental situaciones que consideramos claramente injustas como la supresión del complemento de dedicación exclusiva a algunos de los médicos especialistas que aprobaron la última oposición y que procedían de administraciones diferentes a la CAM y la existencia de interinos que perciben el complemento de dedicación exclusiva y otros que no, en base exclusivamente a la fecha en que han sido contratados. Estas diferencias salariales pueden generar desmotivación y agravios comparativos entre los miembros de los S.S.M.

Un proyecto teóricamente motivador que intenta potenciar la participación en labores no solo asistenciales, sino también docentes, investigadoras y de gestión, no debería empezar con una reducción salarial de aquellos profesionales que no hayan trabajado un suficiente número de años, y menos aún, sin valorar otros méritos curriculares. En la fase de implantación no se van a tener en cuenta méritos distintos al tiempo trabajado –méritos ya incentivados con los trienios–. Se dará el caso que profesionales que lleven trabajando un determinado número de años sin haberse preocupado por continuar formándose, ni haber asumido ninguna responsabilidad en coordinación de programas, docencia, participación en sesiones clínicas etc, queden en el mismo nivel que aquéllos con los mismos años trabajados pero que hayan realizado estas funciones. Estos últimos verán que el esfuerzo hasta ahora realizado queda en nada, pues, según esta diseñada la Carrera Profesional, todos estos méritos no se tendrán en cuenta, siendo los nuevos méritos que se hagan a partir de la nivelación los que se baremen. Por tanto creemos que no pueden dejar de ser considerados

**SE HAN GENERADO
ENTRE LOS PROFESIONALES
DE SALUD MENTAL
SITUACIONES
QUE CONSIDERAMOS
CLARAMENTE INJUSTAS**

**EL BAREMO PROPUESTO
EN EL PROYECTO DE CARRERA
PROFESIONAL HA SIDO
DISEÑADO PARA LOS
PROFESIONALES QUE TRABAJAN
EN CENTROS HOSPITALARIOS.
PENSAMOS QUE ES URGENTE
ADECUARLO AL TRABAJO
AMBULATORIO**

para futuros cambios de nivel los méritos curriculares realizados hasta ahora.

De título de la mesa redonda retomamos la pregunta ¿para que una Carrera Profesional?. Aunque la motivación salarial sea importante, también lo es la posibilidad de mejorar la calidad del trabajo que realizamos. Un punto fundamental será pues que esta Carrera Profesional sirva para organizar mejor el trabajo en los Centros de Salud Mental.

Se debería especificar tras todos estos años de experiencia la dedicación en tiempo que los profesionales de los SSM deben emplear en las diversas actividades de las que consta el trabajo en Salud Mental y, por supuesto, también revisar el contenido de las mismas: asistencia, reuniones, formación, docencia e investigación. Teniendo en cuenta que todas estas actividades son importantes y repercuten directa o indirectamente en la calidad asistencial. En la actualidad el tiempo

dedicado a las tareas no asistenciales dependen de la motivación de cada profesional y cuando se realizan es siempre a costa de un sobreesfuerzo. El porcentaje de dedicación asistencial debería ser homogéneo en toda la red de atención ambulatoria.

El proyecto de Carrera Profesional tampoco contempla el distinto grado de responsabilidad de los profesionales. La realidad legal supone que la responsabilidad civil y penal no recae uniformemente en los distintos profesionales y ciertas decisiones tan importantes como las incapacidades laborales son asumidas solo por psiquiatras. Estas diferentes responsabilidades debería ser también tenida en cuenta mientras que esta situación, discutible pero en el momento actual vigente, no cambie.

El baremo propuesto en el Proyecto de Carrera Profesional ha sido diseñado para los profesionales que trabajan en centros hospitalarios. Pensamos que es urgente adecuarlo al trabajo ambulatorio.

En la actividad asistencial debería valorarse no sólo el tiempo dedicado a la misma sino también su calidad. Ésta podría ser evaluada por parámetros tales como calidad de la historia clínica, índice de abandonos e índice de altas comparativas a la media

del centro, número de revisiones según patologías, utilización de recursos óptimos para cada paciente etc...

Las actividades de coordinación, que comprenden todos los contactos, reuniones y gestiones con Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales, Centros de Rehabilitación, Centros de Día, Instituciones relacionadas con la Infancia y adolescencia, Servicios Sociales etc.

La investigación más valorada tendrías que ser aquella directamente aplicable en los Servicios de Salud Mental ambulatorios.

La motivación de los profesionales podría baremarse a través de criterios lo más objetivos posibles en función de la calidad asistencial, interés por la formación, docencia e investigación, participación en sesiones y grupos de trabajo, derivación a los diversos dispositivos optimizando la utilización de los mismos, etc.

En conclusión pensamos que un Proyecto de Carrera Profesional verdaderamente motivador debería valorar, además del tiempo trabajado, otros méritos previos y no debería suponer en ningún caso una pérdida salarial. También sería necesario que se consideraran otros incentivos a parte de los salarios, como puede ser la valoración de la experiencia, formación e interés en determinadas áreas específicas de la práctica asistencial (grupos, familias, parejas, ancianos, alcohólicos, psicóticos, niños y adolescentes, etc.), facilitando la actividad en dichas áreas y posibilitando el intercambio de experiencias dentro de toda la red de Salud Mental. Así mismo podría contemplarse como un incentivo la posibilidad de licencias con sueldo para formación o investigación y la facilitación de actividades de supervisión de trabajo asistencial.

Aunque sea repetitivo, queremos que quede claro que la motivación fundamental es la satisfacción de un trabajo bien realizado, propósito que, dadas las actuales circunstancias en que se encuentran los Servicios de Salud Mental, no es posible. Pensamos que el proyecto de carrera profesional debería contribuir a la consecución de dicho propósito.

Pilar Nieto Degregori
M^a Luisa Catalina Zamora
Paloma Ortiz Soto
Inmaculada Palanca Maresca

**LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
 DE SALUD MENTAL APUESTA
 POR UNA ATENCIÓN PÚBLICA
 A LA SALUD MENTAL DE
 CALIDAD, PORQUE SÓLO
 ENTENDEMOS QUE ASÍ UNA
 ATENCIÓN PÚBLICA
 ESPECIALIZADA PERMITE EL
 ACCESO A SUS PROFESIONALES
 DE UNA FORMA UNIVERSAL**

3. A propósito de la carrera profesional... ¿un Mundo Feliz?

Estimado/a compañero/a:

El texto que aquí presentamos, intenta definir la toma de posición de la actual Junta de la AMSM. Ello es resultado de la unión de diversos encuentros y debates internos, junto a la toma de contacto con aquellas personas, pertenezcan o no a la asociación, en el Debate abierto que celebramos en el salón de actos del Ministerio de Sanidad, el pasado 30 de Noviembre.

Consideramos, que una de las manifestaciones de nuestro programa era hacer oír nuestras conclusiones, tomar posición respecto a ellas y confrontarlas con todo aquel que se hiciese eco de las mismas, al tiempo que suscitar nuevas opiniones en quien por un motivo u otro no hubiese

advertido lo que aquí proponemos.

Como sugiere el enunciado, esta carta se centra en la actual Carrera Profesional (CP) puesta en marcha para los facultativos especialistas de la Comunidad de Madrid (CM) que a ella han querido o se planteen acogerse en el futuro.

La carrera profesional, viene a reemplazar en sus principios al concepto de dedicación exclusiva. La Asociación Madrileña de Salud Mental apuesta por una Atención Pública a la Salud Mental de calidad, porque sólo entendemos que así una atención pública especializada permite el acceso a sus profesionales de una forma universal. Aquí es donde pueden surgir algunas inquietudes a debatir. Abolir el concepto de exclusividad, ¿mermará la calidad de los servicios?. Las gratificaciones profesionales, ¿generarán una derrama de profesionales altamente cualificados hacia otros sectores, donde intentarán compensar ese incentivo que en las trincheras de lo público parece cada vez más difícil de obtener? ¿No será esta una de las escasas opciones que les quedará a los profesionales del nivel I (interinos y laborales fijos de menos de cuatro años de ejercicio en la CM) para poder equilibrar lo que nuestra carrera les niega? En todo caso, tanto se pudiera optar por un proyecto de carrera profesional o por un concepto de dedicación exclusiva, hemos de

partir de un punto de inicio fundado desde y sobre la equidad: *un salario base justo para todo aquel que trabaje para un mismo fin*. A partir de aquí, se pueden abrir diversas fórmulas de incentivar a aquellos que, desde una reflexión personal, opten por dar aun más de sí, pero que partan de unos presupuestos ya dados de calidad en el trabajo.

Aconsejan muchos: es mejor estar en el sistema para cambiarlo dentro de él. Ciertamente es difícil saber si este aforismo es la respuesta correcta, pero parece que no exista una alternativa en este momento. Esta carta es tal vez ya un intento de cambiar algo introducidos en su sistema, al tiempo que intento también de prevenir sobre reiteraciones futuras en errores para colectivos aún al margen de este proyecto. Nuestras propuestas son las siguientes:

1. *Modificación profunda del contenido de la Carrera Profesional en su aplicación al ámbito de los profesionales de Salud Mental.*

2. *Ampliación de un proyecto de Carrera Profesional a todos los niveles de profesionales que integran Salud Mental.*

3. *Resolución inmediata de la situación de agravio comparativo generada en los facultativos interinos y aquellos que obtuvieron una plaza laboral fija en la última convocatoria.*

¿Por qué una modificación del contenido del texto de la Carrera Profesional?

En la parte introductoria del Acuerdo de Gobierno del 4 de junio de 1998 encontramos una referencia, según la cual, la aplicación de la Carrera Profesional se realizará sobre el personal "facultativo asistencial especialista... que reúna la condición de funcionario de carrera o laboral fijo de la Comunidad de Madrid". De aquí se concluye por tanto, la existencia de personal facultativo especialista, representado por los profesionales interinos con funciones idénticas al personal laboral fijo, que queda excluido de la carrera. Puesto que existe el nivel I, ¿podríamos hablar eufemísticamente por consiguiente de la existencia de un nivel "0", los epsilon de este nuevo Mundo Feliz?. Se trataría por tanto de profesionales que están cumpliendo funciones asistenciales "completas", en beneficio del desempeño de la función sanitaria, pero externalizados del "imaginario" del grupo profesional.

A modo de resumen, la filosofía de los niveles se refleja en el siguiente párrafo: "en los niveles iniciales de la carrera profesional primarán los aspectos asistenciales, mientras que para la promoción a los niveles superiores se priorizará la actividad docente e investigadora...".

Según esta premisa, el perfil de un facultativo que perteneciese al nivel I en el cuarto año del mismo, sería el de un profesional de 32 a 33 años como mínimo, y que habría de responder a los siguientes rasgos: «un máximo rendimiento asistencial individual; una "escasa" experiencia práctica, con "bajo" rendimiento en técnicas especiales; un extenso conocimiento teórico global de su especialidad, "sin profundizar" en áreas de conocimiento de mayor complejidad; una optima actitud

hacia el trabajo y máximo grado de interés y motivación dirigida hacia una mayor capacitación profesional (que no le ha permitido por otra parte adquirir experiencia práctica, investigar o desarrollar técnicas especiales o profundizar en materias complejas); y una experiencia docente ocasional y... "escasa" producción científica o actividad investigadora.» (Los comillados nos pertenecen).

No obstante, según se van conformando los siguientes niveles se configura una teoría, según la cual, la edad cronológica del individuo es su único factor de aprendizaje y desarrollo.

En lo que respecta al apartado sobre la composición y funcionamiento de la comisión de evaluación, destaca la indefinición de su composición. Por otra parte, cuando existan varias asociaciones científicas, ¿bajo qué criterios es el Colegio de Médicos de Madrid, quien designa cuál de ellas es la "representativa"?

El anexo III, que establece el baremo para la valoración de méritos, está en consonancia con todo el proyecto. Múltiples preguntas nos surgen: ¿Cómo pueden medirse o cuantificarse en la actividad asistencial: el rendimiento, la productividad o la atención continuada?. ¿Qué determina que se adscriban 11 ó 27 puntos a cada apartado?. ¿Cómo se puede medir el "cumplimiento del horario laboral?". ¿Es que no se supone, que dicho cumplimiento forma parte inherente al propio trabajo?

Pero igual podríamos decir de los anteriores

**PODRÍAMOS HABLAR
EUFEMÍSTICAMENTE
POR CONSIGUIENTE
DE LA EXISTENCIA DE UN NIVEL
"0", LOS EPSILONES DE ESTE
NUEVO MUNDO FELIZ**

apartados: rendimiento asistencial, productividad o atención continuada.

Otro aspecto de importancia crucial, y que continua con la línea de quién valora a quién, es el hecho de que los anteriores puntos parten del juicio del informe del jefe inmediato superior jerárquico. ¿Por qué no se explicita directamente que uno de los aspectos a valorar es la buena relación que se desarrolle con el jefe correspondiente?

¿Por qué la carrera ha de hacerse extensiva al resto de los niveles profesionales?

Un principio básico de los Equipos de Salud Mental, se encierra precisamente en su definición: Equipo. Un equipo no es un conglomerado de profesionales de distintos niveles retributivos. De igual forma, que la suma de las partes no constituye un todo, para que exista un equipo se necesita algo más. Se necesita una interrelación de profesionales en los que cada cual aporte su especial capacitación. Todos somos conscientes de la dificultad que esto encierra, pero no por difícil se invalida el concepto. No es precisamente una carrera profesional desarrollada bajo un criterio fundamentalmente corporativo, la mejor forma de fomentar un equipo. Un equipo es un sistema; lo que aplicamos en un punto repercute en el resto de nudos de la red, y la forma del conjunto cambia. El silencio más o menos soterrado de colectivos distintos a los titulados superiores o de los propios sindicatos, nos llega a parecer extraño. ¿Está en el aire una estrategia, como ya mencionamos al principio, según la cual es mejor esperar que se consolide un modelo o el proyecto de otros, no importa su calidad, para acto seguido exigir su aplicación en otros colectivos particulares?. Quizá estrategia eficaz y legítima, pero que ¿no encierra el riesgo de obtener algo a costa de no atender a su contenido?. ¿No es perder la oportunidad de desarrollar un proyecto mejor, de estudiarlo y consolidarlo?. ¿O es que siempre será mejor la estrategia de cambiar desde dentro, como ahora al nivel de titulados superiores parece que les queda ya como única opción?

**¿POR QUÉ LA CARRERA
HA DE HACERSE EXTENSIVA
AL RESTO DE LOS NIVELES
PROFESIONALES?**

El trabajo en equipo, permite la asistencia conjunta, y la investigación. ¿Es disparatada una investigación conjunta en la que intervengan un TSE, un trabajador social, un auxiliar de clínica, un residente...?. Quizá para algunos esto pueda ser efectivamente disparatado, para nosotros, la AMSM es algo más que una filosofía. Es lo que realmente más se aproxima al hecho clínico, al hecho social, en definitiva a la realidad.

¿Por qué consideramos injusta socialmente la forma en que se ha desarrollado el proyecto de carrera profesional?

Existe un principio básico que prácticamente todos admitimos: A igual trabajo, igual remuneración. Este principio ha sido conculcado en el desarrollo de la carrera. Es más se ha realizado con premeditación. Uno de los párrafos del citado Acuerdo de 20 de mayo de 1999 alude de nuevo a que "la puesta en marcha de esta Carrera Profesional...

sustituye para los profesionales que se acojan a la misma, a los complementos actuales" en referencia a los complementos de Dedicación Exclusiva y Atención Continuada. No menciona en absoluto que dicho complemento sea suprimido (de hecho, le ha sido y le está siendo retribuido a los trabajadores fijos o interinos de la Comunidad de Madrid que lo venían percibiendo); ni que haya de ser denegado a quien lo solicite (de hecho, le ha sido y le está siendo retirado a algunos de los profesionales a los que por

**EL TRABAJO EN EQUIPO,
PERMITE LA ASISTENCIA
CONJUNTA, Y LA
INVESTIGACIÓN.
¿ES DISPARATADA UNA
INVESTIGACIÓN CONJUNTA EN
LA QUE INTERVENGAN UN TSE,
UN TRABAJADOR SOCIAL,
UN AUXILIAR DE CLÍNICA,
UN RESIDENTE**

motivos de cambio de puesto de trabajo han tenido que firmar nuevos contratos y volver a solicitarlo durante 1999); ni mucho menos se refiere a la situación en que quedan los "profesionales que no se acojan a la misma", dado que es "voluntaria" (por cierto, ¿dejan otra opción?), ni tampoco incluye a los profesionales que no sean funcionarios de carrera o laborales fijos.

Y no obstante, desde enero de 1999, a *algunos* de los T.S.E. que han firmado contratos de interinidad y a *algunos* de los contratos laborales indefinidos tras la resolución de la última convocatoria de

oposiciones, no les ha sido concedido el complemento de exclusividad pese a solicitarlo, en una situación de desinformación e indefensión mantenida. Ahora sabemos en gran medida de donde se ha financiado el proyecto. No es algo oculto, es algo expresado por muchos de sus artífices y quienes aprobaron su iniciativa desde un principio. ¿La razón?, la vida es así de dura. Los que empiecen, tendrán que ganarse su lugar dentro del mundo feliz.

Paradójicamente, se nos habló también de este principio de realidad en el debate mencionado que abrimos una tarde-noche de Noviembre en el Ministerio de Sanidad, cuando se nos dijo, que en muchos sitios coexistían profesionales del mismo nivel técnico con distintas condiciones retributivas: funcionarios, trabajadores del Ayuntamiento, la Comunidad, el Insalud. Lo que nos puede parecer absurdo, próximos en apariencia, a la integración de competencias entre administraciones, que hayan de sumarse previamente aún más niveles de desigualdad y "desintegración": el titulado superior interino de la Comunidad que no percibe ningún complemento, el que percibe el de exclusividad, el TS laboral fijo de nivel I con menos de 4 años de antigüedad, el TS laboral fijo de mayor antigüedad pero procedente de otra administración en espera de la aplicación de la carrera...

¿Qué consecuencias puede tener que un trabajador "excluido" en dichos niveles, gane cerca de cien mil pesetas menos que el compañero que, pared con pared realiza la misma función?. Así se pretende alcanzar el objetivo que promulgaba el Acuerdo de Gobierno del 4 de junio de 1998 de conformar "una auténtica carrera profesional que sirva tanto de acicate a los profesionales con ella

comprometidos, como a la mejora y competitividad de los servicios públicos sanitarios". La situación llega a ser tan absurda como considerar que es mejor no tener ningún complemento a tener uno deficiente, ineficaz y obsoleto. Si mal "acicate" era dicho complemento, se espera que aumente el máximo grado de interés y motivación con cien mil pesetas menos de salario.

A finales del año pasado, algunos de los afectados (con el apoyo de más de 100 firmas de los profesionales de los equipos de los SSM, a la mayoría de los cuales no les afectaba directamente esta situación, y con el apoyo escrito de nuestra Asociación), mantuvieron una entrevista con el Gerente del Servicio Regional de Salud. Se les dijo que el complemento de exclusividad volvería a ser concedido a todos aquellos que lo solicitaran a partir de Enero de 2000, aunque en ningún caso con carácter retroactivo dado que ello había servido como un importante "instrumento de gestión". Nos adentramos en otra estación y aún no se ha cumplido aquel compromiso verbal. Evidentemente, no solucionaría lo que ya desde sus cimientos mal empezó volviendo a cumplir dicho complemento una función de parche. Pero por el momento, si se mantuviera —como se supone que permite la "independiente" carrera—, paliaría una situación injusta.

Esta carta se reproducirá en el próximo Boletín de la Asociación. Se pretende con ella dejar abierto un debate que desafíe la inmovilidad que el discurso de hechos consumados ha tenido siempre la capacidad de generar. Confiamos que nuestra sección de CARTAS del Boletín recoja opiniones e ideas al respecto de lo aquí expresado.

Junta Directiva de la A.M.S.M.

**LA VIDA ES ASÍ DE DURA.
LOS QUE EMPIECEN, TENDRÁN
QUE GANARSE SU LUGAR
DENTRO DEL MUNDO FELIZ**

...SOBRE LAS FUNDACIONES

(Publicamos en este número las colaboraciones recibidas hasta el momento de salir)

Comentario sobre las Fundaciones Públicas Sanitarias

1. ¿En qué forma consideraría afectaría la introducción de las fundaciones públicas sanitarias (FPS) a la atención a la salud mental en nuestra Comunidad autónoma?

La introducción de las nuevas formas de gestión (NFG) (fundaciones, consorcios, empresas públicas sanitarias, etc) es un elemento más de la estrategia sanitaria conservadora, que no se puede analizar de forma aislada sin tener en cuenta que son la aplicación práctica en el terreno de la salud de las actuales de políticas económicas y las "nuevas" referencias ideológicas (el estado del bienestar como causante de las crisis financieras y el mercantilismo y desregularización de la economía como soluciones). No es el lugar para poder analizar estos temas, pero al menos contextualizar brevemente la introducción de estas NFG en el conjunto de propuestas sanitarias del PP y sus aliados conservadores nacionalistas, que se apuntan, a pesar de vaguedades y cautelas terminológicas, en el acuerdo parlamentario de 1997 sobre Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y que suponen una transformación profunda del sistema sanitario tal como lo conocemos hasta ahora. Estas propuestas, algunas de cuyas implicaciones prácticas comentaré con algo más de detalle posteriormente, abren la posibilidad de la ruptura de aseguramiento único (impulsado por el nuevo modelo de IRPF que favorece la contratación de seguros sanitarios privados por parte de las empresas mediante desgravaciones fiscales); pueden aumentar las desigualdades entre las diferentes Comunidades Autónomas; plantean incertidumbres en la asistencia sociosanitaria (fundamental en la atención a la cronicidad en Salud Mental) al sugerir establecimientos de copagos por los usuarios y familias y favorecer la iniciativa privada; promueven la separación de la financiación y la provisión con la creación de un mercado sanitario

**ES UN ELEMENTO
MÁS DE LA ESTRATEGIA
SANITARIA CONSERVADORA,
QUE NO SE PUEDE
ANALIZAR DE FORMA AISLADA**

regulado que fragmenta la red en múltiples empresas en aras de una teórica mayor autonomía y eficiencia, convirtiendo este último termino en un fin en si mismo y no en un instrumento más de gestión; pueden provocar un empeoramiento notable de las condiciones de trabajo de los profesionales al precarizarse el empleo, articular incentivos perversos basados en el control individual del gasto y centrados en los médicos, lo que dinamita la cohesión de los equipos, y condicionando la práctica asistencial a la lógica económico-gerencial, a pesar del discurso sobre la mayor toma de decisiones por parte de los profesionales.

Este modelo sanitario, que ha contado con una maniobra previa de *marketing* en los medios de comunicación generales y sanitarios basada en decalaciones genéricas con terminos de moda ("modernización del SNS", "protagonismo de los profesionales", "organizaciones centradas en el paciente", etc) no es sin embargo tan nuevo. Tras dieciocho años de gobiernos conservadores en Gran Bretaña el desarrollo de este modelo (fuente de inspiración de los ideólogos sanitarios del PP y CiU) ha erosionado gravemente el SNS de ese país sin resolver ninguno de los problemas que presentaba¹. En nuestro entorno más cercano, contamos con el ejemplo de Cataluña (al que ya me referí en otro lugar de manera más extensa²), donde la aplicación práctica de este modelo no solo no ha solucionado los problemas que se presentan en las redes de salud mental sino que ha repercutido negativamente en la planificación, coordinación y continuidad de cuidados, con un aumento de la burocratización, precarizando las condiciones laborales, dificultando el trabajo en equipo, la participación democrática de los profesionales y la formación en el ámbito público. Con la salvedad de las características particulares de cada país, son en estas experiencias generalizadas en las

¹ A este respecto se puede leer la valoración sobre las consecuencias de este modelo que hacía la Asociación de Médicos Consultores del NHS en 1995 en NHSCA: *In practice: the NHS market in the United Kingdom*. *J of Public Health Policy*, 1995, 16:452-491.

² Mata Ruiz I. El mito de la gestión privada: el modelo catalán de salud mental. *Psiquiatría pública* 1999; 3:94-101.

que debemos fijarnos y no en las breves experiencias piloto de las FPS creadas (Manacor, Alcorcón) cuyos resultados ya son considerados de manera prematura y con escaso rigor técnico por la propaganda de la Administración como excelentes.

No tiene, en resumen, ningún sentido centrar el debate exclusivamente en el tema de las FPS, aislándolo de la estrategia global de la política sanitaria. Si las experiencias existentes no han resuelto los problemas de los SNS, cabe preguntarse qué se persigue con todo esto. Se calcula que el sistema sanitario español mueve más de tres billones de pesetas, un capital demasiado jugoso para que los intereses económicos privados queden fuera de él. Conscientes de que el coste social y político de una privatización inmediata es demasiado alto, se trataría por tanto de una estrategia a largo plazo, cuyo primer paso es la fragmentación asistencial en múltiples empresas, para posteriormente seleccionar los segmentos económicos más rentables de la asistencia que en un futuro se podrían privatizar, rompiendo el aseguramiento y estimulando la cobertura de un sector de la población cada vez mayor por parte de seguros y centros privados, con los problemas que ello traerá a la población con menores recursos económicos.

2. ¿En qué forma consideraría afectar la introducción de las FPS a la atención a la salud mental no hospitalaria?

El proyecto de las NFG no representa exclusivamente un proyecto para dotar de mayor autonomía a los centros sanitarios (que de una forma planificada y coordinada en el contexto del área de salud podría ser deseable), sino que es el paso previo para configurar los proveedores autónomos e independientes que exige el guión del mercado interno que se pretende poner en marcha (vease el Plan Estratégico del INSALUD). En este sentido, y cuando todavía no sabemos nada de como se van a realizar las esperadas transferencias, la forma en que se articulan y coordinan las FPS con los recursos dependientes de la Comunidad de Madrid está llena de incógnitas y probablemente dependa mucho de las relaciones actuales en cada área entre los dispositivos extrahospitalarios y los hospitales. La experiencia nos da cuenta de como el funcionamiento y la calidad asistencial

de cada centro individualmente depende necesariamente de como funcionen el resto de los dispositivos. Nada se dice de como se va impedir la fragmentación de la red y la descoordinación entre niveles asistenciales (atención primaria, CSM, recursos rehabilitadores y sociosanitarios, unidades de agudos de hospitales) cuando se instaure la lógica mercantil y cada centro tenga que cuadrar sus resultados.

Mientras que el INSALUD ha iniciado una estrategia activa para intentar transformar sus hospitales y centros de atención primaria en algunas de las nuevas formas de gestión (hasta ahora solo se había hecho con los hospitales de nueva creación), poco conocemos de las intenciones de la C. de M. respecto a los dispositivos que gestiona. No obstante si se analiza de forma comprehensiva y con perspectiva cuál ha sido la política de salud mental de la C. de M. en los últimos años se puede entender cómo aspectos concretos, aparentemente sin relación forman parte de la misma estrategia sanitaria. Como ejemplos se pueden señalar los siguientes:

- Paralización de las inversiones públicas y potenciación de las iniciativas privadas: la política de conciertos ha dejado de ser algo puntual convirtiéndose en el eje de desarrollo de los servicios, siendo el caso más llamativo el de los dispositivos rehabilitadores, residenciales y sociosanitarios donde la concertación con empresas privadas es generalizada. El mismo panorama parece amenazar a la salud mental infanto-juvenil.
- Transferencia por pasiva de un mayor peso asistencial a las familias. Las Asociaciones de Familiares, hartas de la falta de inversiones, empiezan a gestionar recursos sociosanitarios, cuya responsabilidad corresponde a la administración (pisos protegidos, atención domiciliaria, centros ocupacionales, rehabilitación laboral, tutelas, etc). Otra consecuencia de esto es la pérdida del papel reivindicativo de estas asociaciones, cuya viabilidad depende en gran medida de las subvenciones que recibe de las administraciones.
- Red de drogodependencias fragmentada³. Este es

**EL INSALUD HA INICIADO
UNA ESTRATEGIA ACTIVA PARA
INTENTAR TRANSFORMAR
SUS HOSPITALES Y CENTROS
DE ATENCIÓN PRIMARIA
EN ALGUNAS DE LAS NUEVAS
FORMAS DE GESTIÓN**

³ Ortiz Lobo A. La fragmentación asistencial de las drogodependencias. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. 1999;Invierno:9-13.

un buen ejemplo de cómo la gestión privada no supone una mayor eficiencia, de la precarización de las condiciones laborales de los profesionales y de la tendencia a una "ONeGeización" de la asistencia que recuerda a las políticas de beneficencia.

- Iniciativas sobre los profesionales. En conjunto la estrategia global a largo plazo es la flexibilización y desregulación de las condiciones laborales, pero que aparece lo suficientemente disfrazada como para que resulte atractiva para un sector importante de profesionales. Esto significa dificultar más el trabajo en equipo, dividiendo a los profesionales a la hora de reivindicar mejores condiciones laborales. Esta estrategia se puede ver ya en el diseño de la carrera profesional, que margina a las categorías no médicas, que precariza las retribuciones de los nuevos fijos (que tardarán varios años en conseguir el sueldo que tenían previamente) y de los interinos (que no pueden acceder al complemento de exclusividad ni a la carrera profesional). Además las políticas de incentivos cambian radicalmente, eliminándose el concepto de dedicación exclusiva (en contra de toda lógica empresarial) y prometiéndose incentivos económicos individuales muchas veces de tipo perverso al ligarse a objetivos gerenciales de control de gasto. No hay que olvidar además que las condiciones laborales de los profesionales que trabajan en los centros ya concertados son peores que la de los centros de gestión pública, y que si la tendencia sigue como hasta ahora, el número de estos profesionales aumentará.

- Incremento indirecto de la sanidad privada. La paralización de las inversiones públicas, la precarización de las condiciones laborales de los profesionales y los incentivos fiscales a las empresas son algunas de las claves que explican el desarrollo que están teniendo los seguros médicos privados, que cada vez se hacen cargo de segmentos mayores de la población.

3. ¿En qué forma cree que afectaría la introducción de las FPS al sistema de atención territorializada en salud mental?

Uno de los objetivos de la autonomía hospitala-

ria y de su conversión en sociedades estatales sometidas a derecho privado en el marco de un mercado regulado es la captación de clientes (dinero), adecuando los servicios a la demanda. Un sistema en que la comunidad y el área de salud pierden su lugar teórico de referente en favor de un individuo convertido en un consumidor que participa de la ilusión de poder elegir aquel servicio que más le interese según la información (marketing, publicidad) de la que dispone. Esta posibilidad y motivación para la captación de ingresos adicionales por parte de los hospitales y la filosofía de que "el dinero sigue al paciente" supone una grave amenaza a la integración y planificación de los servicios sanitarios en el ámbito territorial del área de salud. Implica además un serio riesgo de volver a establecer el hospitalocentrismo en la red de salud mental al favorecer el desarrollo de programas específicos en el hospital, seleccionando los pacientes más rentables con una aplicación flexible y a la carta de la territorialidad.

No es casual que esto suceda a la vez que la estrategia de concertación de servicios de la C. de M. se realice sin ningún criterio territorial y volviendo a promocionar instituciones de tipo manicomial, lejos del entorno del individuo. Unidades estrellas en hospitales generales, reflorecimiento de los antiguos psiquiátricos, devaluación de la atención primaria, despreocupación de los servicios sociales de distrito por los enfermos mentales, y fragmentación de la red, ¿es esto realmente novedoso? ¿no fue esto lo que se intentó reformar?

EN CONJUNTO LA ESTRATEGIA GLOBAL A LARGO PLAZO ES LA FLEXIBILIZACIÓN Y DESREGULACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES, PERO QUE APARECE LO SUFICIENTEMENTE DISFRAZADA COMO PARA QUE RESULTE ATRACTIVA PARA UN SECTOR IMPORTANTE DE PROFESIONALES

4. ¿En qué medida cree puede afectar al actual ideal de coordinación entre dispositivos la idea de competencia entre servicios?

Como he dicho antes la idea de la competencia entre servicios en el marco de un mercado sanitario y la separación de las funciones de financiación y provisión son los elementos claves de la política sanitaria conservadora. La introducción en Gran Bretaña de este sistema (en unas condiciones comparativamente mejores) ha evidenciado su fracaso. Se producen altos costes administrativos al aumentar la burocracia, no ha demostrado mayor eficiencia, distorsiona las prioridades sanitarias y se intro-

duce la lógica mercantil en sustitución de los valores de cooperación, coordinación y solidaridad de los servicios públicos. En la red de salud mental ya tenemos experiencia de lo difícil que puede resultar la planificación y la coordinación de los dispositivos y diferentes niveles asistenciales, cuando estos pertenecen a administraciones diferentes. Si a esto añadimos una hipotética competencia por las asignaciones presupuestarias entre distintas empresas y un sistema más interesado en las cuentas que en los indicadores de salud es inevitable que la coordinación se deteriore aun más y los profesionales vean cada vez más condicionado su trabajo a los objetivos gerenciales. No hay que olvidar que una cuestión que plantea más incertidumbre en este modelo es cómo se va a garantizar el control social de las nuevas empresas y de los servicios que se externalizan a través de conciertos privados. Sin esta garantía, la independencia de las evaluaciones sobre la calidad asistencial se convierte en puro humo, ya que la financiación depende de los objetivos y es sabido como se pueden "maquillar" los resultados con los actuales sistemas de evaluación centrados en indicadores cuantitativos de actividad que no reflejan la calidad de la asistencia.

Iván de la Mata Ruiz

Sobre el efecto de las Fundaciones Sanitarias sobre la salud mental

A modo de introducción:

Es difícil avanzar una opinión solvente sobre el efecto que pueda tener sobre la atención a la salud mental la implantación de **nuevas formas de gestión** en los centros sanitarios públicos (las llamadas Fundaciones), al no conocerse de forma precisa el papel que van a jugar en el conjunto del Sistema y no ser públicos, hasta la fecha, los resultados habidos en aquellos centros donde ya han sido implantadas¹. La discusión sobre "las Fundaciones" sigue enmarcada en un discurso político-

LA DISCUSIÓN SOBRE
"LAS FUNDACIONES" SIGUE
ENMARCADA EN UN DISCURSO
POLÍTICO-MEDIÁTICO
INTERESADO, DONDE
SE MEZCLAN DATOS
CON OPINIONES

mediático interesado, donde se mezclan datos con opiniones y donde se calienta "el debate" con afirmaciones muchas veces huecas, suposiciones, descalificaciones, reticencias y publicidad suficiente para confundir a las personas interesadas en estos temas².

Me parece necesario, por tanto y antes de responder a las preguntas, intentar explicar, al menos, dos cuestiones: la primera, qué es eso de la "privatización" de la sanidad; la segunda, qué papel juega "la gestión" en el conjunto del funcionamiento del SNS, por qué se plantea como una necesidad de mejora de la misma la introducción de "entes autónomos de gestión" y qué riesgos puede llevar consigo dicha actuación.

- Un sistema sanitario privado es aquél donde **la financiación** de los servicios sanitarios (salvo en determinados casos) es de la responsabilidad del usuario, quien habitualmente protege su salud contratando pólizas (directamente o a través de la empresa en la que trabaja) con compañías de seguros que le cubren de determinados riesgos sanitarios y le ofertan una serie de prestaciones según el tipo de póliza. Este es el caso de Estados Unidos, que no se corresponde con ningún país europeo, no siendo previsible que exista intención ni, sobre todo, posibilidad real de ser implantado en España. Referirse en este sentido al riesgo de

privatización de la sanidad española es hacer demagogia. Entre nosotros, la tradición de muchas familias de clase media de contratar una póliza con una aseguradora privada (Sanitas, Adeslas, etc), se viene realizando con carácter *complementario* a su derecho a la Sanidad pública, no como sustitución de la misma.

Ahora bien, con la frase *la "privatización" de la Sanidad* se quiere señalar un proceso de carácter político e ideológico en el que desde el poder y de forma

¹ No hay análisis de resultados ni datos fiables de los centros sanitarios gestionados de acuerdo a las nuevas formas de gestión (Verín, Manacor, Alcorcón). Hoy por hoy estos centros siguen siendo objeto de la propaganda política partidaria, a favor o en contra. Y esta situación no parece que vaya a cambiar a corto plazo.

² Vivimos de slogans: "lo público es ineficaz", dice la derecha española, y también "el usuario que puede prefiere ir a la medicina privada, porque se siente mejor atendido"; a lo que la izquierda contesta que "lo privado, en sanidad, se convierte siempre en negocio a costa de la salud del usuario". La motivación de los pacientes suele ser, sin embargo, más compleja: cuando constatamos el alto índice de usuarios de la sanidad pública que prefieren seguir en lista de espera a operarse en un centro privado, podemos afirmar sin miedo a equivocarnos que "los mismos que van a la privada pensando que les van a atender antes y con un trato más personalizado, quieren ir a un hospital público si piensan que su enfermedad es grave".

más o menos velada se facilita *un papel cada vez más relevante* del sector privado en la atención a la salud de la población. A partir del establecimiento de medidas de *liberalización de la provisión* de la atención sanitaria, la administración prioriza la contratación de servicios privados para atender la salud del contribuyente. Por tanto, para considerar el nivel de privatización de un Sistema sanitario debemos valorar tanto *“la **proporcionalidad** provisión pública-privada”* como *“las **tendencias** existentes en cuanto a la participación y presencia del sector privado en el conjunto del gasto sanitario”* (que sobrepasa, en la actualidad, los 4 billones de pesetas). Sabiendo que en el ámbito de la salud, ayudar al sector privado desde la administración pública lleva como corolario el debilitamiento del sector público y pone en riesgo el equilibrio público-privado existente, logrado no sin dificultades.

- La gestión de los centros y servicios sanitarios públicos responde a un aspecto concreto del conjunto del proceso de atención a la salud en su doble dimensión clínica y del gasto sanitario. La Ley de Sanidad (1986), que promovió formas de descentralización política (Comunidades Autónomas) y de gestión (Áreas de salud, distritos sanitarios) no entró, sin embargo, en la administración concreta de cada centro.

Pues bien, la insatisfacción creciente de profesionales y usuarios con el anquilosamiento de determinadas formas de gestionar los centros sanitarios públicos dio lugar, por acuerdo unánime del Parlamento español, a un pormenorizado análisis de la Sanidad española que concluyó en el Informe Abril (1991), objeto de polémicas en su momento. Proponía varias medidas para modernizar la organización y gestión interna del sistema sanitario español: la primera, introducir instrumentos y métodos de gestión **de carácter empresarial** en el sistema público. La segunda, dar una **mayor autonomía de gestión** a los centros sanitarios públicos y una **mayor responsabilidad** a sus gestores. A esta búsqueda de eficacia en la gestión de los centros públicos responde la aparición en años siguientes de diferentes *“entes autónomos de gestión”* (Fundaciones Sanitarias, Empresas públicas, consorcios, sociedades anónimas de capital públi-

co, entes públicos de derecho privado, etc, etc) que trataban de introducir medidas propias del sector empresarial en servicios públicos esenciales, “no privatizables”, como es el caso de la sanidad. Frente a la vieja figura del “médico-funcionario” proponía avanzar en un nuevo tipo de profesional sanitario más vinculado con el producto de su trabajo y su dedicación real al servicio público. Otra de las recomendaciones, por último, del Informe Abril, clave para entender algunas de las medidas tomadas con posterioridad, consistía en agilizar el conjunto del Sistema mediante la separación de las funciones de autoridad sanitaria (financiación), compra de servicios (aseguramiento) y provisión de los mismos (prestación de la atención sanitaria).

A mi juicio, han sido la falta de un amplio debate público y el uso indiscriminado de estos conceptos, metiendo en un mismo saco medidas de muy diferente significación y efectos sobre el Sistema, los responsables de la confusión creada entre los profesionales sanitarios y las reticencias existentes hacia una administración sanitaria poco interesada, hasta el momento, en aclarar las cosas. El “proceso de privatización” que preocupa a colectivos ciudadanos, sindicatos y partidos de izquierda alerta sobre la injustificada participa-

ción creciente de capital privado en el sector sanitario y su efecto debilitador sobre el conjunto del sistema público³. Las Fundaciones sanitarias serían una pieza, según la oposición, de esta estrategia favorecedora del desembarco del capital privado en la atención sanitaria pública. Para ello, primero se **flexibilizan** las normas de funcionamiento y posibilidades de actuación de los centros sanitarios y después se estimula la provisión mixta del sistema con la contratación y participación creciente de servicios y prestaciones al margen del desarrollo de la red sanitaria pública. Este proceso nos lleva inevitablemente a la descapitalización del sistema público. El modelo de las Fundaciones sanitarias podría actuar también como un factor desmembrador de aquellas normas de carácter más general que regulan y favorecen el **funcionamiento integrado**

LAS FUNDACIONES SANITARIAS
SERÍAN UNA PIEZA, SEGÚN
LA OPOSICIÓN, DE ESTA
ESTRATEGIA FAVORECEDORA
DEL DESEMBARCO DEL CAPITAL
PRIVADO EN LA ATENCIÓN
SANITARIA PÚBLICA

³ Actualmente el seguro sanitario ocupa en España el tercer lugar dentro del sector asegurador, detrás de los seguros de vida y el seguro de automóviles, y con clara tendencia a crecer.

del sistema sanitario, en franca contradicción con la filosofía de la Ley de Sanidad, lo que acabará produciendo efectos negativos sobre el nivel de protección de la salud del conjunto de la población⁴.

Mejorar la organización de la sanidad en sus distintos niveles no pasa, a mi juicio, por mitigar los controles sobre la gestión sino por establecer unas normas de planificación y funcionamiento del conjunto de las piezas del Sistema **muy precisas**, lo que está en las antípodas de los sistemas burocráticos. Sólo en el marco de un funcionamiento transparente e integrado del SNS se pueden esperar resultados positivos de la descentralización de decisiones, la autonomía de los centros y la mayor responsabilización de gestores y profesionales sanitarios. Porque mientras en el sector privado el riesgo a las pérdidas (y la amenaza de cierre) actúa per se como “un buen **regulador**” de las decisiones, en el ámbito público o las normas son estrictas o las responsabilidades se diluyen “en lo político”. Una de las razones de la ruptura del consenso parlamentario en este aspecto, según la oposición, fue precisamente la negativa del gobierno a regular un marco de referencia común a todos los centros y servicios sanitarios y un sistema adecuado de control público y democrático de los mismos. ¿Qué puede ocurrir con la solidez del edificio de la sanidad pública si la provisión de los servicios de salud va quedando en una proporción cada vez mayor en manos privadas y concluye el ciclo expansivo actual de la economía? ¿En qué condiciones de negociación se encontraría entonces el SNS –y el gobierno de turno– si una parte significativa del patrimonio sanitario no estuviera ya en sus manos?

1ª PREGUNTA:

¿En qué forma considera que puede afectar la introducción de las Fundaciones sanitarias sobre la atención a la salud mental en nuestra Comunidad?

La propuesta de las Fundaciones Sanitarias Públicas se refiere, según creo, al territorio Insalud, un organismo a extinguir dentro del Sistema Nacional

de Salud una vez concluya el proceso de transferencias. En última instancia, será la Comunidad de Madrid la encargada de aplicar esta u otra forma de gestión para sus centros sanitarios públicos.

En cuanto a la red de salud mental de Madrid, sus centros necesitan mejoras evidentes en su gestión.

- Un problema general es la falta de transferencias sanitarias, lo que mantiene recursos de la Comunidad de Madrid y de Insalud con normas de funcionamiento diferenciadas en lo relativo a personal, formación continuada, retribuciones, permisos, responsabilidades asistenciales, etc, etc. La estructura de coordinación existente para la salud mental (Comité de enlace) no ha resuelto satisfactoriamente estos problemas, centrando sus actuaciones en el capítulo de nombramientos, sustituciones y ceses de puestos de carácter funcional dentro de la red y pocas cosas más. En todo este tiempo no se han unificado criterios de funcionamiento de la red, mediante acuerdos que implicaran a todos los profesionales y sus representantes sindicales.

- A mi juicio, un aspecto importante de la mejora del funcionamiento de la red de salud mental de Madrid pasa por **afrontar** una mayor autonomía de gestión, la homologación y descentralización de procedimientos, la definición estricta de responsabilidades en cada territorio asistencial y una política de retribuciones del personal que incentive la calidad del trabajo, los resultados y la dedicación.

Hoy por hoy un Centro de Salud Mental de Distrito ni tiene presupuesto asignado (real o estimado) ni capacidad de gasto o información sobre el mismo; no puede realizar contrataciones ni incidir de forma significativa sobre el capítulo de inversiones e infraestructuras, a pesar de las graves carencias existentes (¡el caso de la ofimática de los Centros de salud mental!)⁵. Carece de normas de funcionamiento claras y precisas, la organización interna del trabajo sigue viciada por un sesgo funcionarial, con rigideces en todo lo que afecta a recursos, turnos, horarios, permisos, sustituciones, etc, lo que lleva a continuos incumplimientos y hace muy difícil reasignar recursos y pro-

**HOY POR HOY UN CENTRO
DE SALUD MENTAL DE
DISTRITO NI TIENE
PRESUPUESTO ASIGNADO (REAL
O ESTIMADO) NI CAPACIDAD
DE GASTO O INFORMACIÓN
SOBRE EL MISMO**

⁴La calidad de la atención a la salud en un sistema público depende en gran medida del nivel de coordinación y colaboración existente entre los distintos recursos sanitarios del territorio donde vive el paciente.

⁵La falta de responsabilidad sobre el gasto sanitario, junto a las carencias existentes, ha llevado a los Centros a formar parte del “conjunto que presiona sobre el crecimiento del gasto”. Léanse, si no, las memorias anuales de los Distritos.

gramas en función de las necesidades asistenciales cambiantes. Se carece, por último, de una política de personal que tenga en cuenta las necesidades del usuario a la hora de organizar la formación continuada de los profesionales y que incentive a los mejores y más dedicados al servicio público.

Si dejamos estas cuestiones más relacionadas con la gestión administrativa y del gasto y nos centramos en aspectos de la GESTIÓN CLÍNICA, veremos que este tipo de problemas no se resuelven sólo con más autonomía, más descentralización o más responsabilidad, siendo necesarias, al menos, otras dos medidas:

1ª. Una filosofía cooperativa en las actuaciones asistenciales de los Distritos, el Área (coordinador de S.M., gerentes de primaria y hospitalario) y el Dpto de Salud Mental, donde primen criterios profesionales frente a cualquier forma de discrecionalidad.

2ª. La implantación de criterios de funcionamiento y procedimientos bien definidos, claros y específicos para cada actuación, bien conocidos y aceptados por el colectivo profesional.

Y es que el principal problema de GESTIÓN CLÍNICA de nuestros Centros en la actualidad se centra en contar con unas plantillas muy justas, sin posibilidades reales de actualizarse frente a los nuevos problemas clínico-asistenciales (con lo que su capacidad clínica y terapéutica no puede crecer) y que se quedan insuficientes para las tareas habituales en cuanto hay una baja que no hay forma de cubrir con celeridad.

¿Qué soluciones pueden aportar los nuevos entes de gestión a estos problemas? Si damos por bueno lo aparecido en los medios en relación con la Fundaciones, traen más *autonomía de gestión, descentralización en los procedimientos, disponibilidad de presupuestos y tesorería y una nueva política de retribuciones, con incentivos vinculados a resultados*. Estos cuatro aspectos podrían favorecer una mayor eficiencia de la **red de salud mental** siempre que se establezcan criterios de actuación clínico-administrativos claros y transparentes, algo que hasta la fecha no se está haciendo.

En cualquier caso habría que concretar mucho más estas nuevas medidas de gestión y su ámbito

Y ES QUE EL PRINCIPAL PROBLEMA DE GESTIÓN CLÍNICA DE NUESTROS CENTROS EN LA ACTUALIDAD SE CENTRA EN CONTAR CON UNAS PLANTILLAS MUY JUSTAS, SIN POSIBILIDADES REALES DE ACTUALIZARSE FRENTE A LOS NUEVOS PROBLEMAS CLÍNICO-ASISTENCIALES

de actuación: el **nivel** de descentralización de la gestión, el **grado** de autonomía y responsabilidad de los centros sanitarios y sus responsables, el **ámbito** de las normas de funcionamiento y coordinación y la determinación del **régimen de incentivos** vinculado a la dedicación y resultados. Lo que supone responder de forma clara a estas y

otras preguntas. ¿Hasta qué nivel la *descentralización*? ¿Área de salud, distrito sanitario, centro sanitario, red de servicios, servicio sanitario? ¿Qué grado de *autonomía*? ¿Presupuesto propio para la RED o para cada Centro? ¿Mejor un presupuesto parcial o estimativo? ¿Qué *gastos* en el nivel periférico y con qué *controles* desde el nivel central? ¿Posibilidad de *contratación* de personal? ¿En qué situaciones y con qué límites? ¿Posibilidad de concertar determinadas prestaciones eligiendo entre varios Centros?

¿Qué responsabilidad sobre el gasto sanitario? Pasar, pues, de las palabras a los hechos.

2ª PREGUNTA:

¿En qué forma considera que puede afectar la introducción de las Fundaciones sanitarias sobre la atención a la salud mental no hospitalaria?

En términos asistenciales, la **Red de Salud Mental** no hospitalaria de la Comunidad de Madrid estaría en condiciones de poder funcionar organizativamente con un nivel de autonomía similar a la **Red de Centros de Salud**, con algunas ventajas, al estar constituida por menos centros. Para ello, deberían dotarse de condiciones materiales y de personal suficientes, contar con presupuesto propio y definir el ámbito de autonomía de gestión de cada Centro de Distrito junto a las normas de funcionamiento y coordinación de la Red y sus relaciones con otros dispositivos de área (principalmente, los relativos a hospitalización, rehabilitación y reinserción social).

En la práctica, los **Contratos Programa/Contratos de Gestión**, vienen desarrollando una experiencia innovadora de gestión. A partir de la separación funcional de las competencias de financiación, compra y provisión, los centros de atención 1ª han establecido una nueva relación con la entidad financiadora (Gerencia de Área) vincu-

lando la actividad asistencial de los Centros con el presupuesto asignado y pactado. Esta forma de gestionar los Centros aporta al menos, tres aspectos favorables:

- Mayor descentralización de las decisiones en cada Centro asistencial, que puede organizar su trabajo en el marco de los acuerdos de objetivos establecidos entre las partes implicadas
- Mayor clarificación de las responsabilidades de cada Centro e introducción de un procedimiento de dirección por objetivos, más participativa
- Introducción de incentivos dentro del modelo retributivo, aumentando su relación con el rendimiento asistencial

Esta experiencia de la red de atención primaria parece estar dando frutos en materia de eficiencia, calidad asistencial y satisfacción del usuario, pero sobre todo ha introducido entre los profesionales sanitarios una nueva cultura, caracterizada por una mayor conciencia de pertenencia a la empresa sanitaria pública y un compromiso mayor con sus resultados.

Desgraciadamente, este tipo de experiencias no han sido exploradas en la red de Centros de salud mental de la Comunidad de Madrid, donde los objetivos anuales continúan teniendo un carácter más voluntarista que real.

3ª PREGUNTA:

¿En qué forma considera que puede afectar la introducción de las Fundaciones sanitarias sobre la organización territorial –Áreas, Distritos– de la atención a la salud mental?

Es este un aspecto crucial en la organización de la atención a la salud (mental) sobre el que, sin embargo, no han aclarado nada los promotores de los nuevos entes de gestión, a pesar de parecer tan obvio que, junto a medidas de autonomía de gestión de los centros deben establecerse normas de coordinación y cooperación entre los mismos. Sin embargo los objetivos relativos a crear “un mercado interno” como parte de “la filosofía de las Fundaciones sanitarias” podrían entrar en seria contradicción con nuestra ya vieja Ley de Sanidad, que está viendo como la van cambiando a jirones, con mucho sigilo y desde la trastienda de la Ley de Presupuestos.

La Ley de Sanidad promovió formas de descentralización política (Comunidades autónomas) y de gestión (Área de salud, distrito sanitario), pero no entró en aspectos concretos de la gestión de cada centro.

La propuesta actual sobre autonomía de gestión de los Centros es un aspecto de la liberalización del Sistema de salud. ¿Cómo quedarán los aspectos de coordinación y planificación del SNS cuando estén funcionando los entes de gestión autónoma? ¿Dónde van a quedar los mecanismos de participación territorial con este nuevo modelo de gestión?

Es difícil prever igualmente dónde queda la capacidad integradora del Área de salud si se generaliza la conversión de los hospitales y centros sanitarios públicos en Fundaciones con autonomía presupuestaria y de gestión. Y no digamos cuando los Centros tengan capacidad de comprar servicios sanitarios para la atención de sus pacientes y el usuario libertad de circulación por los distintos Centros y servicios asistenciales.

En este caso ¿qué va a pasar con la planificación? ¿qué con los compromisos de compartir información entre territorios? ¿Qué van a poder concretar en este supuesto los Planes de Salud de las Comunidades autónomas más allá de criterios de planificación estimativa o del establecimiento de algunos Programas finalistas incentivados con financiación central?

Estos aspectos deberían haber sido aclarados A PRIORI por los responsables sanitarios. Pero todavía estamos esperando.

4ª PREGUNTA:

¿En qué medida cree que puede afectar al actual ideal de coordinación entre dispositivos la idea de la competencia (interna) entre Servicios?

La existencia de “un mercado interno” caracteriza a los sistemas de provisión mayoritariamente privada frente a los públicos. La *competencia interna* entre centros de provisión privada (donde el usuario regula el mercado sanitario al elegir un centro o un servicio frente a otro en función, teóricamente, de su mayor calidad o menor precio) se corresponde en los sistemas de provisión mayoritariamente pública con la existencia de *información* asequible y fiable y con la implantación de medidas de **eva-**

**ES DIFÍCIL PREVER IGUALMENTE
DÓNDE QUEDA LA CAPACIDAD
INTEGRADORA DEL ÁREA
DE SALUD SI SE GENERALIZA
LA CONVERSIÓN DE LOS
HOSPITALES Y CENTROS
SANITARIOS PÚBLICOS
EN FUNDACIONES CON
AUTONOMÍA PRESUPUESTARIA
Y DE GESTIÓN**

luación de resultados, de la calidad asistencial y de la satisfacción del usuario, lo que necesita para su desarrollo de una actuación *leal y cooperativa* de todo el Sistema de salud. En la práctica, en el primer caso es esencial una oferta atractiva por parte de cada clínica (veanse, por ejemplo, los anuncios en Televisión de las aseguradoras privadas); en el 2º, la exigencia ha de ser la transparencia en la información al usuario sobre los resultados del Sistema de salud en todos sus niveles, **cosa que, hasta la fecha, no se ha hecho**. Dada esta situación de desinformación en nuestro país, en uno y otro caso, la **capacidad de elección real del usuario** es, a mi juicio, pura entelequia⁶.

En nuestro país ha existido tradicionalmente una cierta competencia entre la sanidad pública (básicamente universal) y los seguros privados (más de 6 millones de pólizas) en relación a la atención sanitaria: en aquellos aspectos donde el sistema público funciona peor o de forma más insuficiente, florece de manera natural la oferta de las aseguradoras privadas. Sin embargo, proponer la competencia interna dentro del sector público **como una manera de mejorar la atención sanitaria** es una insensatez: *la calidad de la atención a la salud en el sistema público depende muy principalmente del nivel de coordinación y colaboración existente entre los distintos recursos sanitarios del territorio donde vive el paciente*.

Hay que tener en cuenta, además, que el llamado mercado sanitario no se corresponde, en términos de eficiencia, con el concepto de mercado. La eficiencia del mercado sanitario ("los beneficios") se mide en términos de producción de SALUD. El mercado mide su eficiencia, sin embargo, en términos de *beneficio económico*, lo que puede resultar con-

tradictorio, precisamente, con la obtención de una mejor salud⁷. El objetivo del mercado no consiste en resolver los problemas de salud de los ciudadanos, sino en asegurar la rentabilidad de sus inversiones. Y el sistema sanitario público español tiene ya un presupuesto de más de 4 billones de pesetas...

La conocida experiencia de los NHS-Trust del Reino Unido no parece haber producido ni más eficiencia ni mejor calidad de los servicios asistenciales. Hay evidencia suficiente, sin embargo, en estos años, del debilitamiento y empobrecimiento del Sistema de Salud inglés, así como de las dificultades que vive en la actualidad, **bastantes años des-**

pués de cuando se tomaron aquellas medidas. La realidad es que los analistas consideran hoy, mayoritariamente, un fracaso el desarrollo de la competencia interna y de la autonomía de gestión de los Centros *tal como se llevó a cabo en el Reino Unido*. Dicha experiencia dio lugar a un crecimiento de los costes administrativos, debilitó la planificación sanitaria, introdujo pugnas entre profesionales, centros y niveles asistenciales, desaparición de la participación ciudadana, falta de equidad en la provisión de la atención sanitaria, aumento de los fenómenos de selección de riesgos, y, en suma, un mayor descontento ciudadano con la sanidad. El gobierno de Blair ha terminado con este experimento.

Para terminar, bueno será recordar el Informe de la OMS de 1999 sobre la salud en el mundo, que señala de forma tajante que **"la introducción de estrategias de mercado en la atención sanitaria no sólo provoca intolerables desigualdades sino que resulta, además, muy ineficiente"**. Tengámoslo en cuenta.

Antonio Espino

HAY QUE TENER EN CUENTA, ADÉMÁS, QUE EL LLAMADO MERCADO SANITARIO NO SE CORRESPONDE, EN TÉRMINOS DE EFICIENCIA, CON EL CONCEPTO DE MERCADO

⁶La sustitución de información veraz por publicidad cuestiona la capacidad real de elección por parte del usuario y, por tanto, los argumentos a favor de la competencia entre Centros y Servicios como mecanismo para aumentar la eficiencia en la asignación de recursos.

⁷Las pólizas con las Compañías de Seguros son siempre garantistas de sus beneficios económicos: edad, patología previa y actual, riesgos laborales, etc,etc.

CINCO PROPUESTAS PARA MADRID

Lo que se ha dado en llamar "Reforma Psiquiátrica" tiene una ya larga historia en Madrid. A lo largo de la misma la AEN primero y la AMSM después, ha realizado diversos balances y yo no voy a intentar repetirlos ni actualizarlos. Como voy a intentar no enunciar características o requerimientos que –a mi juicio– debería reunir un hipotético *plan* que pretendiera organizar posibles desarrollos de la atención a la salud y a los trastornos mentales en nuestra comunidad.

Lo que pretende este escrito es llamar la atención sobre cinco grandes tareas pendientes que las administraciones que se han ido sucediendo han soslayado sistemáticamente y de las que –ocupados en discutir los detalles con los que nuestros gestores nos entretienen– creo hablamos cada vez menos.

1. Definir la red y las prestaciones

La administración tiene la obligación de explicar que es lo que va a atender y a que recursos va a dar acceso a los ciudadanos para lograr esa atención. Se ha cuidado de no aclarar lo primero. Sabemos, por ejemplo, que el sistema público no se hace cargo de las endodencias o de la cirugía para corregir la vista cansada. Pero no sabemos si se puede solicitar algún tipo de intervención para resolver la inhibición del deseo sexual, facilitar o afrontar un conflicto familiar o un proceso de duelo. A la vista de los recursos con que se cuenta parecería obvio que la respuesta es "no". Pero en ese caso es la administración (y no el clínico que se encuentra con la demanda delante de la mesa) quien deberá decirlo. O quien debería discutir con los clínicos sobre lo que supondría decir que "sí".

La administración (que no pretende que se atiendan apendicitis sin habilitar quirófanos) debería esclarecer también cuáles son los recursos y dispositivos desde los que pretende cumplir con su obligación de atender a los problemas de salud mental que se comprometa a atender. La Ley General de Sanidad establece que el área sanitaria es la demarcación geográfica básica de la organización del sistema. Pero ¿de qué recursos básicos deben

disponer los servicios de salud mental de un área sanitaria?. Hasta ahora nadie lo ha dicho.

Parece claro que, si pensamos en el polo más sanitario de la red de servicios, hoy poca gente dudará que en él deben situarse, al menos, los que en Madrid se llaman *servicios de salud mental de distrito* (y en otras comunidades *centros de salud mental*) y los servicios de hospitalización, urgencias de 24 horas e interconsulta. Aunque a veces parezca lo contrario, probablemente nadie negará explícitamente 1) que los primeros deban concebirse como equipos interprofesionales en los que participen, al menos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos, 2) que deben cumplir funciones de prevención, atención directa, rehabilitación, cuidados y apoyo, y 3) que deben trabajar en estrecha coordinación con la atención primaria de salud (respecto a la cual trabajan en segunda línea) y los servicios sociales locales.



Respecto a los segundos nadie negará (explícitamente) que deban situarse en el hospital general (volveremos sobre ello).

Lo que ya no está claro es si debemos esperar que, en este mismo polo sanitario existía un tercer dispositivo: el hospital de día. Tampoco esta claro, si esto es así, si se trataría de un recurso pensado para intervenciones muy puntuales, que actuarían en momentos diferentes sobre los trastornos mas prevalentes en la

hospitalización completa (descargando a ésta y proveyendo de determinadas intervenciones, como el TEC, que pueden dispensarse hoy sin necesidad de ingreso) o se centraría en trastornos inmanejables.

**ES LA ADMINISTRACIÓN
(Y NO EL CLÍNICO QUE SE
ENCUENTRA CON LA DEMANDA
DELANTE DE LA MESA)
QUIEN DEBERÁ DECIRLO**

bles ambulatoriamente y que no se benefician de la hospitalización total (como los trastornos de la personalidad). En Madrid funcionan los dos modelos. Esto no es malo. Pero ¿los pacientes con trastornos de personalidad de las áreas que han optado por el primero no tienen derecho a la hospitalización parcial? ¿los psicóticos de los que ha optado por el segundo deben prolongar sus ingresos...? ¿qué pasa con quien necesita esta prestación en un área que no la tiene? ¿quién se lo dice? (¿la administración, otra vez el clínico?).

Parece que está claro que la red debe incluir dispositivos de rehabilitación. Lo que no está claro es cuáles ni a que nivel. Parece que la tendencia es a que cada área disponga de un Centro de Rehabilitación Psicosocial que se haga cargo de los planes especializados de rehabilitación de los pacientes que los necesiten. Y parece que cada servicio de distrito dispondrá de recursos (*centro de día*) para programas básicos de apoyo y rehabilitación. Pero esto no consta así en ningún lugar. Como no consta si prestaciones tan importantes como la visita domiciliar se cuentan entre las ofertadas (y, si es así, quien debe hacerla y cuando)¹.

No sé si alguien dudará que algunas de las personas que podrían beneficiarse de programas de rehabilitación, necesitarán hacerlo en unidades que ofrezcan *24 horas de cuidados de enfermería y atención médica* que puede llegar a ser diaria. No hay en Madrid mas recursos de este tipo. (de titularidad pública) que la Unidad de Rehabilitación de Leganés. Probablemente esta unidad es demasiado grande para lo que podría pensarse como ideal. Las *camas de media estancia* que se ofertan desde instituciones privadas concertadas, aunque solo sea por su situación geográfica (en Ciempozuelos) no pueden cubrir esta necesidad de modo satisfactorio.

La cantidad de recursos de *apoyo social* (alojamiento, instituciones de ocio, rehabilitación laboral, empleo protegido, camas residenciales) es sencillamente ridícula frente a lo que serían las necesidades. Además su distribución en Madrid es caótica.

**LA CANTIDAD DE RECURSOS
DE APOYO SOCIAL
(ALOJAMIENTO, INSTITUCIONES
DE OCIO, REHABILITACIÓN
LABORAL, EMPLEO PROTEGIDO,
CAMAS RESIDENCIALES)
ES SENCILLAMENTE RIDÍCULA
FRENTE A LO QUE SERIAN
LAS NECESIDADES. ADEMÁS
SU DISTRIBUCIÓN EN MADRID
ES CAÓTICA**

La utilización de una red constituida por una variedad de recursos como la que acabamos de enumerar, en la que varios profesionales actúan, desde diferentes dispositivos, sobre un mismo paciente, no es fácil. En algunas áreas de Madrid esta dificultad se ha resuelto asignando a cada paciente un *tutor* (los anglosajones lo llaman *case manager*) que centraliza el plan de uso de esos diferentes recursos, coordina la actuación de los distintos profesionales y garantiza el acceso y la adhe-

rencia a las intervenciones que el paciente requiere. Pero *estos programas de seguimiento y cuidado de pacientes graves y crónicos* (o *case management*) carecen de reconocimiento por parte de administración y existen solo en aquellas áreas en las que algún profesional ha considerado por su cuenta, oportuno ponerlos en marcha.

La red ha crecido en los últimos años. Y no poco. Pero es la organización del crecimiento lo que distingue el propio de los organismos en desarrollo del cáncer que (también es crecimiento). Los "modernos" sistemas de gestión que han fascinado a los responsables que se han sucedido en los distintos niveles de la administración independientemente de su adscripción política, no favorecen la planificación, como no la facilita la existencia de varias administraciones con responsabilidad sobre la red. Pero quienes los proponen con tanto entusiasmo deberían habilitar procedimientos para evitar el caos.

¿Sabremos alguna vez en que consiste la red que la administración propone para cada área sanitaria y cuáles son las prestaciones que los ciudadanos pueden esperar de ellas?

2. Cerrar el Hospital Psiquiátrico de Madrid, abrir camas en el Hospital de Fuenlabrada

En 5 años (1986-1991) el hospital Psiquiátrico de Leganés se transformó en una red de recursos de salud mental de base comunitaria (que hoy se llama Instituto Psiquiátrico José Germain). La administración se gastó en esos años una cantidad de dinero (de los contribuyentes madrileños) incomparable-

¹ Sé que se hacen. También sé que no en todas partes, no por los mismos profesionales y no por los mismos motivos.

mente inferior que en el supuesto proceso de remodelación permanente en el que ha estado desde 1980 el Hospital Psiquiátrico de Madrid. Como resultado de este proceso, ese hospital se ha "transformado" en un hospital psiquiátrico. Desde luego que es un hospital psiquiátrico más moderno, más eficiente que el de 1979. Pero, al menos yo, pensaba que pretendíamos avanzar hacia un sistema de atención *sin* hospital psiquiátrico. Desde luego que no un sistema de atención reducido a prestaciones de hospitalización de agudos y de consulta ambulatoria. Pero sí a un sistema con recursos o dispositivos que hicieran innecesario el hospital psiquiátrico. Creo que algo así es lo que ha sucedido en Leganés (en un proceso que se completará cuando la *Unidad de Hospitalización Breve*, se traslade al hospital general (pero aquí tenemos un problema de localización, no de concepto). Por cierto que ha sucedido sin que se pierdan puestos de trabajo ni la titularidad pública de los servicios. Debe ser posible que pasen cosas así.

Yo no sé si en los planes de la administración persiste un papel para el Hospital Psiquiátrico de Madrid *como tal*. A mí me gustaría que no fuera así. En cualquier caso me gustaría saberlo. Y de lo que estoy seguro es que si no es así será preciso su complicadísimo plan de transformación porque la inercia hace que las instituciones tiendan a permanecer.

3. Garantizar la equidad, redistribuir los recursos

Las distintas áreas de Madrid cuentan con una cantidad de recursos por habitante muy diferente, en una y otra. La administración ha adoptado actitudes variables ante esta disparidad. En algún momento ha "resuelto" el problema ocultando los datos. Hoy, abatida por la mano invisible de los nuevos sistemas de gestión, se encoge de hombros ante ella. Las diferencias, que son notables si se comparan dispositivos de la misma especie (servicios de distrito con servicios de distrito u hospitales con hospitales), son aún mayores si se consideran cifras globales ya que fre-

cuentemente son las mismas áreas las que disponen de mas recursos en cada uno de los dispositivos y, además, la que cuentan con dispositivos de las que las demás carecen. Y todavía se incrementan mas si se considera el número de residentes (que como todo el mundo sabe, desempeñan un importante papel asistencial). La realidad es que la cantidad de recursos que la administración oferta a un ciudadano es diferente dependiendo del lugar en el que viva. Y esto es exactamente lo contrario de lo que el principio de equidad en el que debiera basarse el sistema requeriría.

¿Nos dirá algún día la administración cuál es la cantidad de recursos que piensa dedicar por habitante al cuidado de la salud y los trastornos mentales?. ¿Preparará algún plan para confesar las diferencias históricas? ¿o permitirá que la lógica de los mágicos sistemas de gestión siga incrementando las diferencias?.

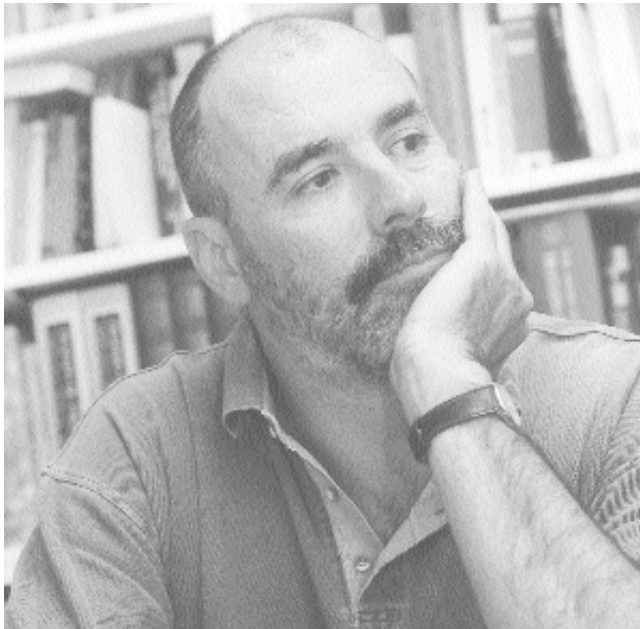
4. Integrar la atención a los drogodependientes en el sistema sanitario general

La articulación de un sistema paralelo al sanitario para atender a los drogodependientes no es una peculiaridad española. De hecho, cuando en Madrid se decidió iniciar tal dispositivo ya existían cantidades ingentes de literatura documentando que, allí donde se había llevado a cabo, no habría producido mas que inconvenientes. No conozco un solo argumento técnico sostenible que avale el mantenimiento de esta separación, que está creando graves problemas a una población que es, por sus características, necesariamente una utilizadora masiva de los servicios sanitarios.

¿Tiene la administración la intención de seguir anteponiendo criterios de concesión a presiones de grupos sociales o de disputas entre departamentos por la gestión de fondos a la consideración de todo criterio técnico y de la misma lógica? Y si no ¿cómo piensa integrar las redes?.

**DESDE LUEGO QUE ES UN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MÁS
MODERNO, MÁS EFICIENTE
QUE EL DE 1979.
PERO, AL MENOS YO,
PENSABA QUE PRETENDÍAMOS
AVANZAR HACIA UN SISTEMA
DE ATENCIÓN SIN HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

**NO CONOZCO UN SOLO
ARGUMENTO TÉCNICO
SOSTENIBLE QUE AVALE
EL MANTENIMIENTO DE ESTA
SEPARACIÓN, QUE ESTÁ
CREANDO GRAVES PROBLEMAS**



5. Hacer verdaderamente única y pública la red “pública” y “única”

Las esperadísimas trasferencias sanitarias a la comunidad de Madrid ya no supondrán la concentración en manos de un gestor único de todos los recursos de la red. Buena parte de los recursos de la red, incluso de los que parecen inequívocamente sanitarios como los Centros de Rehabilitación Psicosocial, el Hospital de Día infanto-juvenil o las unidades de hospitalización de media estancia son recursos privados (aunque funcionen financiados con fondos públicos, sean gratuitos en el momento del uso y puedan estar perfectamente integrados en la red). Además buena parte de ellos, alguno de los cuales son de naturaleza inequívocamente sanitaria, como los CRPS, se financian con fondos de Servicios Sociales mientras que paradójicamente el Servicio Regional de Salud es propietario de viviendas.

Aún entre los partidarios de un sistema sanitario financiado con fondos públicos y gratuito en el momento del uso, se ha discutido mucho sobre la necesidad o no de que los recursos desde los que se proveen los servicios sean de titularidad pública. Probablemente es cierto que los mecanismos de

gestión de que se ha dotado a sí misma la administración hasta la fecha no son los idóneos para manejar un sector como el sanitario. Pero lo que ha sucedido en los últimos años a partir de esta constatación se parece mucho a tirar el niño junto con el agua sucia de bañarlo. No sólo nadie ha demostrado las supuestas ventajas de los sistemas mixtos, sino que cada vez disponemos de mas ejemplos propios de lo que ya existía una abrumadora evidencia proveniente de los Estados Unidos y de Inglaterra: que tales sistemas no sólo no resuelven los problemas antiguos sino que generan otros nuevos. No son mas baratos (todo lo contrario), no proporcionan servicios de mejor calidad, no permiten garantizar la equidad, discriminan los trastornos *rentables* de los que, como los problemas crónicos, enturbian la presentación de resultados, generan bolsas de desatención no generan mas satisfacción en los profesionales (al revés)...

Es probable que no esté de moda decir cosas así y que no haya, por el momento, ninguna fuerza política con posibilidades de gobernar que esté a favor de esta alternativa, pero me parece que de momento nadie ha propuesto una alternativa de atención sanitaria mejor que la que puede ofertarse desde un sistema universal, financiado con fondos públicos y en el que las prestaciones se provean con recursos de titularidad pública.

Algunos de los recursos montados de este modo (los CRPS de nuevo) están teniendo un funcionamiento sumamente satisfactorio (mas para los usuarios

que para los profesionales, que disfrutan de una posición menos cómoda que los empleados públicos). Pero eso sería un argumento para buscar un procedimiento que permitiera integrarlos en el sistema público (que el sistema público los hiciera suyos, los absorbiera), no para generalizar la fórmula. La reunión de la totalidad de los recursos sanitarios actualmente dispersos entre las tres administra-

ciones sanitarias, las de servicios sociales que disponen de servicios de rehabilitación o atención a las toxicodependencias y las empresas privadas concertadas sería un avance al que creo que se debe aspirar.

**ES PROBABLE QUE NO ESTÉ
DE MODA DECIR COSAS ASÍ
Y QUE NO HAYA, POR EL
MOMENTO, NINGUNA FUERZA
POLÍTICA CON POSIBILIDADES
DE GOBERNAR QUE ESTÉ A
FAVOR DE ESTA ALTERNATIVA**

Alberto Fernández Liria

CAMBIO DE MILENIO. ENCRUCIJADA PARA LA SALUD MENTAL

1. Introducción

En la Asamblea de la AEN, realizada durante las Jornadas de Bilbao en octubre de 1998, se decidió que las siguientes jornadas se desarrollasen en Baleares, ya que a lo largo de los setenta y cinco años de vida de la AEN nunca se habían hecho en dicha Comunidad, y que se organizaran conjuntamente con la Associació Balear de Salut Mental lo cual supondría la consolidación de la asociación autonómica.

2. Preparación

Para la programación de estas Jornadas de Salud Mental se establecieron varios principios:

- Que fuesen multidisciplinarios, como elemento fundamental de las asociaciones convocantes, en cuanto a los temas, los ponentes y los asistentes.
 - Que abordaran temas actuales y atractivos conectados con la realidad de los profesionales y de la asistencia a los problemas de salud mental.
 - Que enlazasen con la realidad de la atención a la Salud Mental en Baleares y que incidieran en su actualización.
 - Que consiguiesen una participación significativa tanto de procedencia autonómica como estatal.
 - Que coincidan con el 75 aniversario de la AEN lo cual obligaba a conseguir un mayor nivel de calidad y trascendencia.
- En base a todo ello se decidió:
- Realizarlas en Palma de Mallorca, en noviembre y bajo el lema: "Cambio de milenio. Encrucijada para la Salud Mental".
 - Constituir a partir de socios de la ABSM un Comité Organizador subdividido en un Comité Técnico y un Comité Científico así como contratar una agencia para la secretaría técnica.
 - Establecer un calendario de actuaciones (programa, publicidad, presentación, colaboraciones...) al tiempo que se fijaban los responsables de cada una de ellas.
 - Determinar un máximo en la cuota de inscripción a fin de garantizar el acceso a todo profesional relacionado con la salud mental. Se previó una asistencia en torno a las 250 personas.

- Programar estrategias dirigidas a las instituciones y a la industria farmacéutica para garantizar la cobertura de gastos

3. Resumen del comité técnico

Las jornadas que fueron declaradas de interés sanitario por la Conselleria de Sanitat i Consum del Govern Balear, se desarrollaron con toda normalidad y superándose positivamente las expectativas que se tenían. Como aspectos principales cabe resaltar:

- Las Jornadas contaron con la colaboración de Consellerías de Sanitat i Consum y Benestar Social del Govern Balear, Consell Insular de Mallorca, Universitat de les Illes Balears, Servei Balear de la Salut, INSALUD y los Colegios Oficiales de Médicos, Psicólogos, Enfermería y de Diplomados en Trabajo Social de Baleares. Se contó también con la colaboración y la presencia, en forma de stand, de la industria farmacéutica.
- Se desarrollaron 21 actos, entre Mesas Redondas, Conferencias, Talleres y Reuniones, en los que participaron como ponentes y moderadores 68 personas. El número inscrito fue de 318.
- En sus actos inaugural y de clausura los representantes institucionales político-sanitarios manifestaron su interés por las cuestiones relacionadas con la Salud Mental y su compromiso para facilitar la Reforma Psiquiátrica en Baleares.
- En el seno de las Jornadas se desarrollaron dos reuniones previas:
 - 1^{er} Encuentro Nacional de Tutores de formación MIR de Psiquiatría y PIR. Fue promovido por la AEN para poner en común numerosos aspectos de sus funciones.
 - Encuentro sobre la especialidad de Enfermería en Salud Mental. Fue organizado por la ABSM para promocionar el desarrollo de esta especialidad en la Comunitat Balear. Contó con la participación de representantes de diferentes instituciones (Universitat, INSALUD, Servicio Balear de la Salud y Colegio de Enfermería) y de numerosos profesionales de enfermería.
- Durante las Jornadas se efectuaron las respectivas asambleas de la AEN y de la ABSM y se

desarrolló un acto de celebración del 75 aniversario de la AEN que contó con la participación de ex-presidente de la asociación.

- Fueron frecuentes las referencias a la atención y a la organización de la Salud Mental en Baleares ya que buena parte de los participantes en las Jornadas procedían de esta comunidad. Se resaltó el escaso desarrollo de la reforma psiquiátrica y del modelo comunitario de Salud Mental en estas islas.

Las jornadas tuvieron un seguimiento por los medios de comunicación y trascendiendo a la opinión pública la importancia de los temas relacionados con la Salud Mental y la precariedad de la organización asistencial en Baleares.

- La asociación de usuarios, profesionales y voluntarios "Es Garrover" presentó un montaje teatral seguido por un coloquio.
- En todo momento, tanto en el seno de las sesiones como en los espacios informales, se contó con un clima favorable para la comunicación y el intercambio de experiencias.

4. Resumen del comité científico

Bajo el lema: "Cambio de milenio. Encrucijada para la Salud Mental" se configuró el programa científico incluyendo una revisión de la situación actual de los diversos aspectos de la Salud Mental, los cuales fueron tratados a través de Mesas Redondas, Conferencias, Talleres y trabajos libres presentados en forma de pósters y vídeos.

Las Mesas Redondas versaron sobre las siguientes temáticas:

- El gran reto que supone el abordaje de la Psicosis. Mesa: "Psicopatología de la Psicosis". Esta mesa estuvo dedicada al análisis de diversos aspectos teóricos y clínicos relacionados con las psicosis, haciendo especial referencia a la esquizofrenia como prototipo de las mismas.
- La Prevención en la Salud Mental Infanto-Juvenil. Mesa: "Promoción/Prevención en Salud Mental Infanto-Juvenil". Se expuso el Proyecto Europeo de Promoción/Prevención en Salud Mental para niños hasta 6 años, así

como los Programas preseleccionados de nuestra Comunidad Autónoma: "Programa del Niño Sano", "Escuela de Padres y Madres "Ben Surats" para familias en situación de riesgo emocional" y "Psicología Pediátrica en Atención Primaria".

- La relación de la Salud Mental desde el punto de vista de Género. Mesa: "Género y Salud Mental", analizando el impacto del concepto de género en las Universidades, las Clasificaciones Diagnósticas tendenciosas, la problemática del adolescente actual y la compleja causalización de factores de género en los trastornos masculinos.
- El análisis de la situación actual de la Reforma Psiquiátrica. Mesa: "La Reforma Psiquiátrica. ¿Cambio 1 o Cambio 2?", donde se analizaron las reformas de diferentes países de la Comunidad Europea, comparándola con la española y la futura reforma en las Illes Balears.
- Las nuevas enfermedades consecuencia de los cambios sociales. Mesa: "Cambios sociales: Nuevas enfermedades y tratamientos". Ofreció una visión global de la enfermedad mental, concretamente en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. El análisis partió de la ubicación del individuo inmerso en la sociedad actual, los nuevos factores culturales y la función que éstos ejercen.
- Las teorías actuales para comprender, desde un Modelo Transdisciplinar, la enfermedad mental. Mesa: "La teoría de sistemas complejos. ¿Un nuevo instrumento para la comprensión transdisciplinar de la salud y la enfermedad mental?". Se reflexionó sobre el impacto que los nuevos marcos teóricos de la Física y las Matemáticas están teniendo en las Ciencias de la Salud.
- Exposición de aspectos fundamentales de la asistencia como es la calidad de las prestaciones de los Servicios de Salud Mental. Mesa: "Calidad de las Prestaciones en Salud Mental". La información se centró en la evaluación e indicadores de atención comunitaria, sistemas de información en Salud Mental y la calidad de los Servicios.

**LAS JORNADAS TUVIERON
UN SEGUIMIENTO POR LOS
MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Y TRASCENDIENDO
A LA OPINIÓN PÚBLICA
LA IMPORTANCIA
DE LOS TEMAS RELACIONADOS
CON LA SALUD MENTAL
Y LA PRECARIEDAD
DE LA ORGANIZACIÓN
ASISTENCIAL EN BALEARES**

- La formación especializada en Salud Mental de M.I.R. de Psiquiatría, P.I.R. y la nueva especialidad de Enfermería en Salud Mental. Mesa: "Formación Especializada en Salud Mental".

Simultáneamente los asistentes a las jornadas tuvieron la opción de participar en Talleres específicos que abordaron también las áreas más importantes en Salud Mental:

- "Curso de la OMS: Esquizofrenia. Información a las Familias".
- "Intervención práctica sobre Rehabilitación Psiquiátrica".
- "Equipo de Salud Mental y dinámica interdisciplinar".
- "La Salud Mental y los Medios de Comunicación: la Mente es Noticia".

Tres Conferencias Magistrales aportaron un análisis profundo de las diversas temáticas de las Jornadas:

- "Esquizofrenia: Crónica de un concepto errante" a cargo del Dr. Antonio Colodrón Álvarez
- "Encrucijadas de la Salud Mental" por el Dr. Guillermo Rendueles Olmedo
- "El redescubrimiento por la Psiquiatría de los Disminuidos Psíquicos" por la Dra. G.H.M.M. Ten Horn.

Se presentaron treinta y cinco trabajos (pósters y vídeos) se concedieron dos Premios: Uno seleccionado por los asistentes: "Previsión y Planificación de Servicios Psiquiatría Infantil en la España actual. Contexto y propuestas". (Autores: Perellada, M y Rodado, MJ) y otro seleccionado por el Comité Científico: "Cardiopatía Isquémica y prestaciones en Salud Mental" (autores: Iglesias Gil de Bernabé, S y Castro Dono, C); además se dió una mención especial al vídeo: "Psicología Pediátrica en Atención Primaria para el año 2000" (autores Multet Homs. M y Perelló. J).

Cabe resaltar la numerosa participación interdisciplinar: Trabajadores Sociales, Enfermeras, Psiquiatras, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, etc... y la gran calidad científica en los trabajos presentados.

5. Conclusiones

Los organizadores evalúan satisfactoriamente las jornadas por el alto índice de participación, por la repercusión en los medios profesionales y sociales y por aspectos significativos como:

- Haber conseguido un espacio propicio para la comunicación, la actualización y el intercambio científico e interdisciplinar.
- La repercusión positiva que el evento ha tenido para la Asociación Española de Neuropsiquiatría como institución.
- El punto de partida que supone el encuentro de tutores de formación MIR de Psiquiatría y PIR.

• La posibilidades abiertas respecto a la especialidad de Enfermería de Salud Mental tanto a nivel local como en el seno de la AEN.

• Las propuestas de colaboración que en materia de Salud Mental han surgido entre el Govern Balear y la AEN/AABSM

• A nivel de la Comunitat de les Illes Balears hay que señalar:

- Que las jornadas han confirmado el importante retraso que padece esta Comunitat en materia de Salud mental y en el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en relación a las restantes Comunidades Autonómicas.
- El fortalecimiento interno que ha supuesto para la Associació Balear de Salut Mental la preparación y la realización de las jornadas y su proyección en la sociedad balear.
- El impulso que las jornadas han proporcionado para el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en Baleares en un momento políticamente importante.

Resta por último reiterar el agradecimiento a todos los que han participado, colaborado o ayudado desde distintos lugares y áreas en el desarrollo de las XVI Jornadas Nacionales de la AEN.

Comité Organizador de las XVI Jornadas de la AEN

LAS JORNADAS HAN CONFIRMADO EL IMPORTANTE RETRASO QUE PADECE ESTA COMUNITAT EN MATERIA DE SALUD MENTAL Y EN EL DESARROLLO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN RELACIÓN A LAS RESTANTES COMUNIDADES AUTONÓMICAS

CONCLUSIONES DEL I ENCUENTRO NACIONAL DE TUTORES DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA

El pasado 17 de Noviembre de 1999 se celebró el I Encuentro Nacional de Tutores de Formación Especializada: MIR de Psiquiatría y PIR, en el marco de las XVI Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en Palma de Mallorca.

La jornada de trabajo tenía el objetivo de analizar, desde la práctica cotidiana, las confluencias y diferencias en el desarrollo de los programas de especialización MIR-PIR, dificultades y problemas, y la elaboración de conclusiones y propuesta de soluciones.

El encuentro reunió a unos 75 tutores MIR y PIR de todo el Estado que debatieron ampliamente sobre los programas teóricos, los circuitos de rotación, las comisiones de docencia y las comisiones asesoras, las tareas y figura del tutor y el sistema de evaluación. Al finalizar la jornada se pasó una pequeña encuesta para completar la información aportada en los debates.

Las principales conclusiones a las que se llegaron fueron:

Los programas de formación en psiquiatría y psicología clínica y circuitos de rotación

En este ámbito hay aspectos comunes a ambas Especialidades y específicos de cada una de ellas.

1. Se constata la existencia de importantes lagunas en diversas áreas de la formación teórica, tanto de MIR como de PIR, y la necesidad de articularlas en la formación:

1.1. Psicoterapias. Independientemente del proyecto de creación de un área de capacitación específica, sería necesario definir un bloque teórico de técnicas psicoterapéuticas en la formación general.

1.2. Otras áreas también deficitarias son, rehabilitación, salud mental de niños y adolescentes, conductas adictivas, psicogeriatría y metodología de la investigación.

1.3. Una laguna específica del Programa MIR es la Psiquiatría Forense y en el Programa PIR la Neuropsicología Clínica y la Psicología Forense.

2. Se considera necesario mantener en los programas teóricos los bloques comunes entre MIR y PIR, potenciando al mismo tiempo su especificidad, teniendo como referencia los programas de formación de cada Especialidad.

3. Para el correcto cumplimiento de los programas de formación, tienen que existir un equilibrio entre las actividades clínico-asistenciales y la docencia, evitando que los residentes sean utilizados como mano de obra. Un nivel de asistencia adecuado facilita la formación de los residentes. Es prioritario articular el programa teórico con la práctica clínico-asistencial, que se desarrolla en cada dispositivo específico; así como las particularidades del área sanitaria.

4. Existen importantes diferencias, tanto en los programas docentes como en la práctica asistencial, entre los hospitales monográficos y los hospitales generales y entre estos y los servicios comunitarios. Esto supone una falta de homogeneidad en la formación de los residentes.

4.1. En ocasiones los MIR tienen una formación excesivamente hospitalaria perdiendo de vista la dimensión sociocomunitaria.

4.2. Los PIR por el contrario tienen dificultades para desarrollar sus rotaciones en el ámbito hospitalario, careciendo de la necesidad de formación en las Unidades de Hospitalización y los programas de interconsulta.

5. Es necesario vigilar el cumplimiento de los objetivos de los programas de especialización, exi-

PARA EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN, TIENEN QUE EXISTIR UN EQUILIBRIO ENTRE LAS ACTIVIDADES CLÍNICO-ASISTENCIALES Y LA DOCENCIA, EVITANDO QUE LOS RESIDENTES SEAN UTILIZADOS COMO MANO DE OBRA

giendo la realización de auditorias de las Unidades Docentes acreditadas. En ocasiones se constata la ausencia de dispositivos y/o programas específicos en unidades acreditadas, lo que obliga a rotaciones externas (por ejemplo programas de s.m. de niños y adolescentes).

6. Se señala la necesidad de establecer medidas que garanticen la buena formación del residente como son, el diseño de indicadores asistenciales (por ejemplo el tiempo de dedicación a cada paciente), la organización progresiva de las responsabilidades asistenciales, en función de las rotaciones por los dispositivos y programas y los años de residencia, el diseño de supervisiones regladas, la garantía de la disponibilidad y autonomía de los tutores, y la utilización adecuada del libro del residente.

7. Se señalan las dificultades para desarrollar un programa teórico homogéneo, dada la presencia simultánea de residentes de dos Especialidades y de distintos años. Una forma de solventar estos problemas sería la centralización de la formación teórica a nivel de las Comunidades Autónomas.

8. Se señala como un déficit importante la ausencia de investigaciones clínicas en salud mental y la inexistencia de ayudas.

9. En consonancia con lo que se está debatiendo en la Unión Europea, se plantea la necesidad de prolongar la duración de ambas Especialidades en un año, ya que se consideran insuficientes los 4 actuales en Psiquiatría y los 3 en Psicología Clínica.

La estructura docente, comisiones de docencia, comisiones asesoras y tutorías

1. Se señala como problema generalizado el poco desarrollo de la estructura docente. Las Comisiones de Docencia tienen un funcionamiento irregular y las Comisiones Asesoras apenas se han desarrollado. Estas dificultades se derivan fundamentalmente de las características de ambas especialidades, todavía consideradas como hospitalarias, pero que desarrollan gran parte de sus actividades fuera del ámbito hospitalario.

2. Es necesario el cumplimiento de la normativa legal existente (Orden Ministerial de 1995), aunque se ve conveniente trabajar en la línea de crear una Comisión de Docencia del área, específica de salud mental. Hay Comunidades donde ya se ha puesto en marcha esta iniciativa (Canarias, Cataluña, Navarra, Asturias).

3. La existencia del tutor extra e intrahospitalario induce a confusión y no responde a las necesidades y objetivos de la formación. En su lugar se propone un tutor general, responsable de la formación general y tutores de rotación, responsables de los dispositivos específicos. Estos tutores deben ser de la misma Especialidad que el residente (psiquiatras o psicólogos).

4. El tutor debe tener un perfil específico todavía no suficientemente definido, conocimientos generales de la especialidad, determinadas actitudes para el trabajo en equipo y suficiente autonomía. Es necesario diferenciar la figura del tutor de la del supervisor. El tutor ordena y sistematiza el conjunto de tareas de la formación, el supervisor se encarga de un área específica, en la cual debe estar acreditado, siendo indiferente en este sentido que sea psiquiatra o psicólogo. Se señala la importancia del binomio supervisor-tutor para engarzar lo teórico y lo práctico.

5. Se señala como un problema importante la desmotivación de los profesionales para asumir tareas de tutorización y supervisión, dada la falta de reconocimiento y acreditación para las tareas docentes y la sobrecarga asistencial. Es necesario conceder tiempo e incentivos (curriculares, económicos, etc.) al tutor.

6. Se constata la falta de homogeneidad y claridad en los nombramientos de los tutores, a este respecto se debería respetar la normativa vigente.

El sistema de evaluación y el libro del residente

1. La evaluación es un instrumento al servicio de la enseñanza, que proporciona al residente información continuada sobre su posición, en relación con el conjunto de conocimientos que ha de adquirir.

SE SEÑALA COMO UN PROBLEMA IMPORTANTE LA DESMOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES PARA ASUMIR TAREAS DE TUTORIZACIÓN Y SUPERVISIÓN, DADA LA FALTA DE RECONOCIMIENTO Y ACREDITACIÓN PARA LAS TAREAS DOCENTES Y LA SOBRECARGA ASISTENCIAL

rir. Por lo tanto constituye un aspecto central del proceso educativo.

2. Se considera que el examen final, como sistema de evaluación, es ineficaz para evaluar los conocimientos adquiridos, y se considera que la evaluación continuada que propone la Orden Ministerial de 1995 es más adecuada.

3. Si embargo el sistema de evaluación actual, que introduce una escala calificadora (suficiente, destacado y excelente), es arbitrario y por lo tanto injusto e ineficaz.

4. En su lugar se propone una evaluación cuali-

tativa que persiga descubrir el perfil profesional individualizado, logrado por el residente al concluir su formación.

5. La evaluación continuada solamente será posible cuando la figura del tutor tenga un reconocimiento oficial y sus funciones sean definidas y respetadas.

6. El libro del residente ocupa un lugar central en el proceso educativo y especialmente en la evaluación continuada, pero su función debe incluir la evaluación pormenorizada de la enseñanza que recibe el residente.



MESA-DEBATE "BASES PARA UN PROYECTO DE ASISTENCIA A LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID"

El día 28 de Marzo entre las 18 y 21 horas, en el Aula Maga del Hospital Universitario Gregorio Marañón, tuvo lugar una Mesa-Debate, organizada por la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) y Socidrogalcohol Madrid, con el título "Bases para un proyecto de asistencia a la dependencia alcohólica en la Comunidad de Madrid", en la que participaron Pedro Cuadrado, como moderador, Marcos Astasio, José Antonio Espino, Miguel Ángel Jiménez-Arriero, Fernando Mansilla, Alberto Ortiz, José Otero, Pilar Rojano, Gabriel Rubio, Jorge Sánchez, Nestor Szerman y distintos asistentes en la sala. Tras tres horas de debate y de recoger lo expuesto por los distintos participantes se han elaborado una conclusión que serán remitidas a los responsables de la administración y que son las siguientes.

Estado actual

1. Elementos de la atención a la dependencia alcohólica han estado y están presentes en distintos planes de salud y de salud mental y de una manera muy estructurada y desarrollada en el Programa Regional de Acciones Sanitarias contra el Alcoholismo, aprobado por la Asamblea de Madrid en noviembre de 1988.

2. La implantación y desarrollo de este programa en los dispositivos asistenciales ha sido muy escasa y fruto del "voluntarismo" de algunos profesionales interesados.

3. A pesar de que en la Memoria anual se siguen pidiendo datos específicos del Programa de alcoholismo y de que se sigue rellenando este apartado, la atención a los dependientes del alcohol en la Comunidad de Madrid es muy deficiente, con carencias importantes a todos los niveles: planificación, existencia de dispositivos asistenciales, dotación de recursos e implicación de los profesionales.

**LA IMPLANTACIÓN
Y DESARROLLO DE ESTE
PROGRAMA EN LOS
DISPOSITIVOS ASISTENCIALES
HA SIDO MUY ESCASA Y FRUTO
DEL "VOLUNTARISMO"
DE ALGUNOS PROFESIONALES
INTERESADOS**

Propuestas

1. La atención a la dependencia alcohólica debe permanecer en la Red de Atención a Salud Mental.

2. La atención a las otras toxicomanías debe integrarse en la Red de Atención a Salud Mental, aunque se lleve a cabo en dispositivos específicos.

3. El Programa Regional de Acciones Sanitarias contra el Alcoholismo de 1988, y su desarrollo en el Programa de Acciones Sanitarias contra el Alcoholismo de 1989 y los Informes Técnicos de 1990, es un buen punto de partida para un programa de asistencia a la dependencia alcohólica en la Comunidad de Madrid.

4. La actualización y mejora de dicho programa se centraría en la fijación de objetivos concretos, actualización y definición de las intervenciones, desarrollo de dispositivos de rehabilitación específicos y de intervenciones y programas para poblaciones específicas (jóvenes, inmigrantes, sin hogar), y establecimiento de criterios de evaluación tanto del programa en su conjunto como de cada una de sus intervenciones.

5. La puesta en marcha de dicho programa requeriría del nombramiento de un responsable regional, cuyas funciones exclusivas serían la implantación, desarrollo y evaluación del mismo, así como responsables de Área y de Distrito con el adecuado reconocimiento y respaldo administrativo.

Requisitos para su implantación

1. Potenciación del funcionamiento por programas en los dispositivos de Salud Mental y dotación de personal que permita tal funcionamiento.

2. Potenciación de la formación en adicciones de los profesionales sanitarios tanto pregrado, postgrado como formación continuada.

MESA MIR DE MADRID

¿Pueden los residentes firmar altas?

Un pregunta sencilla como ésta no tiene una respuesta fácil. Esta es la crónica de cómo un grupo de residentes hemos tratado de forzar una respuesta clara.

El 19 de enero de este año, el Diario Médico publicaba una sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 13 de diciembre de 1999 en la cual se condenaba a una médico residente por el fallecimiento de una paciente a la que atendió y dio el alta en 1984. En la sentencia, entre otras consideraciones que justificaban la condena de la residente, del adjunto y el Servicio de Salud, se señalaba "... que la Dra. P, médico interno residente, que no tenía por tanto facultades para prestar labores asistenciales sin supervisión directa, diese el "alta médica" a una paciente que presentaba síntomas de apendicitis...". Y también decía que "... dejó a la médico interna residente a cargo de la menor, sin supervisión personal y directa, a tal punto que fue ella y no el médico adjunto quien dio el alta a la menor...". Por lo que concluía que "... la médico residente Dra. P, voluntaria y conscientemente se extralimitó en sus funciones y actuó como si se tratara de un Médico Adjunto a pensar de su inexperiencia en la especialidad en la que era simple "educando".

En la actualidad prácticamente todas las altas en urgencias de los hospitales las firman los residentes, y muchas de las altas en planta o sala de hospitalización. En la **Mesa MIR** del Colegio Oficial de Médicos de Madrid nos reuniremos para analizar la sentencia. De una primera lectura dedujimos que la situación de **hecho** no está reconocida de **derecho**, es un vicio del Sistema que quizás había incurrir en delito a todos los residentes. Probablemente ahora, mientras tú, amable compañero, lees estas reflexiones, un residente está firmando un alta y, por tanto, incurriendo en un delito!. Cualquier paciente, bien diagnosticado y tratado en un servicio de urgencias, puede llevar su informe de alta firmado por el residente de guardia a un buen abogado

para que le saque una indemnización jugosa, sobre todo si el juez sigue la doctrina del Tribunal Supremo condenando sólo por el hecho de firmar.

Esta, que fue nuestra primera interpretación, quizás reduccionista y demasiado extrema, nos hizo movernos. Queríamos saber de verdad si podíamos o no firmar altas.

Recurrimos a la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Madrid, que estudió el tema e hizo público un audaz comunicado de prensa en el que instaba "a todos los médicos internos residentes colegiados en este Colegio a **no firmar altas** médicas sin la firma acompañante de un médico adjunto, mientras no haya cobertura legal suficiente que les ampare". Con esta medida provisional se pretendía amparar a los colegidos en tanto no se aclaraba más el asunto.

La declaración de la Junta Directiva, semejante a la que posteriormente hiciera el Colegio Oficial de Médicos de Valencia (pero no la Organización Médica Colegial), permitió que en varios hospitales de Madrid los residentes optaran por no firmar las altas sin la supervisión y firma de los adjuntos. Así ocurrió al menos en el Hospital Clínico, Getafe, La Paz, Fundación Jiménez Díaz y Hospital de La Princesa, que nosotros sepamos. Estas actitudes fueron severamente criticadas por las direcciones médicas y gerencias, que presionaron a los residentes hasta que fueron abandonando su actitud sin que se les hubiera dado garantías suficientes de cobertura legal.

Los médicos internos residentes conseguimos en algunos centros compromisos y buenas palabras de los directores médicos: "Estáis protegidos por el seguro que da el INSALUD, podéis firmar altas, no hay problema..."; pero nada por escrito que avalase nuestra firma, que es lo que se pedía.

Mientras se buscaban soluciones locales, el Colegio de Médicos de Madrid se dirigió a la Subdirección General de Formación Médica, Dra. Emilia Sánchez Chamorro, y a la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, D. Alberto Núñez Feijóo. Cada cual daba su versión: en Diario Médico se convocó un debate donde juristas, tutores y residentes daban sus opiniones; el prestigioso abogado especializado en derecho sanitario D. Ricardo de

EN LA ACTUALIDAD
PRÁCTICAMENTE TODAS
LAS ALTAS EN URGENCIAS DE
LOS HOSPITALES LAS FIRMAN
LOS RESIDENTES, Y MUCHAS DE
LAS ALTAS EN PLANTA O SALA
DE HOSPITALIZACIÓN

Lorenzo decía que los residentes no podían firmar altas, y la Mesa de Hospitales del Colegio de Médicos de Madrid reconocía la capacidad de los residentes para firmar altas y animaba a que no se perdiera, si bien también detectaba las lagunas jurídicas.

La opinión de la gran mayoría de los residentes en la MESA MIR se podría resumir en cuatro puntos:

1. Clínicamente estamos capacitados para firmar altas, con la supervisión debida de un adjunto, según los casos.
2. En algunos centros y especialidades esta supervisión es insuficiente o nula.
3. No existe una norma que afirme que podemos firmar altas (no existe tampoco una descripción clara de los derechos y deberes de los residentes).
4. Pedimos que las cosas sigan como están de hecho reconociéndolas de derecho, excepto en algunos servicios donde debería aumentar la supervisión; esto es, que se dicte una norma jurídica que reconozca esta situación como legal.

Tras muchas y variadas opiniones, la respuesta por fin vino de mano de la Asesoría Jurídica del INSALUD, requerida por la Presidencia Ejecutiva del mismo, a instancias del Colegio de Madrid. Señala ésta que el informe de alta, según la Orden Ministerial de 6/9/84, corresponde firmarlo al médico responsable de la asistencia, lo que no excluye al MIR. También esgrime como argumento el que los MIR pueden realizar atenciones sanitarias mucho más complejas que la emisión de un alta, conforme a su programa formativo, y quien puede lo más, puede lo menos. Señala que la sentencia a la que nos referimos tiene otra fundamentación para fallar como lo hace, y que algunas de las referencias que hace a la capacidad de los MIR *"resultan discutibles"*. La Asesoría distingue el problema de la firma en planta y en urgencias, donde el problema es menor ya que la inexistencia de la especialidad debe llevar a relativizar su exigencia en dichos Servicios.

Es un magnífico informe del jurista D. Javier Sánchez Caro, que pone las bases de las que podrían ser las conclusiones de este tema:

**CLÍNICAMENTE
ESTAMOS CAPACITADOS
PARA FIRMAR ALTAS,
CON LA SUPERVISIÓN
DEBIDA DE UN ADJUNTO,
SEGÚN LOS CASOS**

- *"... Cabe concluir **que los MIR de Hospitales pueden dar altas**, en función de sus conocimientos y responsabilidad profesional alcanzados, lo que deberá ser objeto de evaluación individual por el tutor o Jefe de la Unidad Asistencial correspondiente, en el marco de los programas de formación de cada especialidad".*
- *"... Para evitar dudas y, en su caso, clarificar la normativa al respecto, se finaliza este informe proponiendo las siguientes medidas en este campo:*
 - *Recoger expresamente en los programas de formación, aprobados por la Resolución de 25/4/96, la competencia para emitir altas médicas a los MIR, en función de su evolución formativa.*
 - *Publicar oficialmente dicha resolución y sus actualizaciones, para que constituya norma jurídica en sentido propio, con efectos "erga omnes".*
 - *Establecer un sistema de comprobación o acreditación de esta facultad de expedir altas de los MIR, que debería constar en su ficha o libro de residente, conforme a lo expuesto, o en cualquier otro documento que se entienda más oportuno o conveniente.*
 - *Por último, cabría pensar (...) en una disposición reglamentaria que les habilite con carácter general para desempeñar las funciones de médico especialista, en función de su evolución formativa, exclusivamente en relación con las actividades profesionales asignadas a su plaza, aún cuando ello parece más dificultoso o complejo en el ámbito hospitalario y de las especialidades que en el caso de la medicina de familia".*

Por tanto, a partir de ahora los residentes sabemos que:

- Podemos firmar altas en urgencias, con la debida supervisión.

Podemos firmar altas en planta o sala de hospitalización, también supervisados, si bien sin este caso se hace más recomendables la firma del médico adjunto.

Desde la Mesa MIR de Madrid instaremos a las autoridades sanitarias a que atiendan las recomendaciones de

su propia Asesoría Jurídica, en el sentido de modificar los programas de cada especialidad e incluir

en ellos la capacidad que se atribuye a los MIR de cada especialidad para firmar altas. Y una vez modificados estos programas deberán ser publicados formalmente en el Boletín Oficial del Estado.

Mientras tanto, si un juez pide cuentas a otro residente de por qué firmó un alta, éste podrá esgri-

mir en su favor el informe jurídico de su contratador, el INSALUD, en el que se le autoriza a hacerlo. Los residentes seguiremos respondiendo de lo que firmamos; pero no del mero hecho de firmar.

Fernando León Vázquez

ANPIR

El programa de formación de especialistas sanitarios en psicología clínica, aprobado por el Ministerio de Sanidad, establece los contenidos teóricos específicos del programa de docencia que debe seguir el psicólogo residente. Se puede leer en dicho programa que "la formación especializada ha de pivotar sobre un eje eminentemente práctico, complementada con una *formación teórica* que en sus contenidos y perspectivas la enmarca y complementa". El contexto donde tiene lugar la especialización del psicólogo residente es la red sanitaria pública de servicios de salud mental. Por tanto, la especialidad se articula en torno a dos ejes imprescindibles y complementarios, lo docente y lo asistencial. Ello tiene su reflejo en el hecho de que en el título de especialista, estén implicados los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Cultura.

Si la formación del Psicólogo especialista en Psicología Clínica tiene su razón de ser dentro de los servicios públicos de asistencia sanitaria, entendemos que debe ser el propio Sistema Público el que cree y desarrolle los mecanismos necesarios para garantizar una adecuada formación teórico-práctica. Pero esto no sucede así, ya que nuestra experiencia como receptores del Programa PIR es que la formación de la especialidad pivota básicamente sobre el eje práctico/asistencial, dejando la formación teórica al voluntarismo de los profesionales que realizan la labor práctica-asistencial. De esta manera se desvirtúa la doble condición de teórico-práctica que lleva aparejado el Sistema de Residencia. Tras varios años de implantación a nivel nacional del programa docente de formación P.I.R., detectamos los siguientes problemas:

- Las **unidades docentes** acreditadas están **diseñadas** fundamentalmente para **desarrollar una labor asistencial**, por lo que no existe un espacio específico dentro del horario de trabajo dedicado exclusivamente para la docencia reglada de los residentes. Si la propia organización interna de los servicios de salud no contempla como una actividad más la formación de sus residentes; éstos se verán abocados, como de hecho ocurre, a tener que recurrir a la buena voluntad y disposición de sus tutores y supervisores, ya de por sí faltos de tiempo por la sobrecarga asistencial.
- La **escasa formación** continuada **que ofrece el Sistema Sanitario Público a sus pro-**

III JORNADAS NACIONALES ANPIR



GRANADA, 26 y 27 de Mayo de 2000
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Hospital Materno-Infantil (Consultas Externas)
1ª Planta- Salón de Actos
C/. Doctor Azpilarte, s/n

ORGANIZA

Asociación Nacional de Psicólogos
Internos Residentes (ANPIR)

COLABORA

Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental
Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)
LABORATORIOS ESTEVE
La Caixa
Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y
Salud (APICSA)
AEPCP (Asociación Española de Psicología Clínica y
Psicopatología)

Asesorados por la Escuela Internacional de
Protocolo de Granada

prios **profesionales** y por extensión a sus futuros especialistas sanitarios, lo cual favorece que sean otras las Instancias que subsanen esa deficiencia. Es común que en la lista de prioridades que los distintos profesionales sanitarios hacen a las Administraciones Públicas, la necesidad de formación continuada sea una de ellas. Igualmente es frecuente que el Sistema Sanitario Público no responda a esa necesidad de sus profesionales. Pues bien, como profesionales sanitarios, asistimos perplejos a la participación, hegemónica en

muchos casos, de la Industria Farmacéutica en la financiación, diseño y desarrollo de Programas de Formación Continuada para los propios profesionales del Sistema Sanitario Público.

- La **ausencia de incentivos para participar en la docencia teórica** del programa de la especialidad. El contenido teórico establecido es muy especializado y exhaustivo, por lo que es necesario que sean distintos profesionales de la red sanitaria los que lo impartan. Si no hay una estructura que organice, prestigie y favorezca la implicación y participación de los docentes en el desarrollo de la docencia, otra vez se deja en manos de la buena voluntad de los profesionales la formación reglada.
- El programa de la especialidad establece que sea el tutor psicólogo quien supervise y/o asesore las actividades del PIR. Igualmente dispone que la labor del **tutor** quede apoyada por un **supervisor** específico del dispositivo de rotación. Otra vez nos encontramos con que **no existe ningún reconocimiento oficial, ninguna acreditación** por parte de los Ministerios implicados en los títulos de especialistas sanitarios **para estas figuras**. Si el tutor y los supervisores no cuentan con ningún tipo de apoyo y reconocimiento oficial por parte de las Administraciones Públicas, se estarán descuidando los elementos esenciales sobre los que descansa el Programa de la especialidad.
- La **realización de la docencia teórica en cada unidad docente acreditada** y centralizada en el hospital al que se adscribe el residente **desaprovecha los recursos** existentes en la red sanitaria pública. Concretamente, si en un área docente hay una promoción de PIR cada año, el escaso número de residentes (al menos tres), o bien relega las necesidades de formación a las de otros colectivos más numerosos o bien las relega definitivamente por su elevado coste.

SI NO HAY UNA ESTRUCTURA QUE ORGANICE, PRESTIGIE Y FAVOREZCA LA IMPLICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS DOCENTES EN EL DESARROLLO DE LA DOCENCIA, OTRA VEZ SE DEJA EN MANOS DE LA BUENA VOLUNTAD DE LOS PROFESIONALES LA FORMACIÓN REGLADA

EL ESTABLECIMIENTO DE CONVENIOS CON LAS FACULTADES DE PSICOLOGÍA PARA DESARROLLAR CONTENIDOS TEÓRICOS Y DE INVESTIGACIÓN SEGÚN EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

Desde ANPIR, queremos hacer las siguientes propuestas que pensamos redundarán en una mejora de nuestra formación:

- La implantación de un tiempo de supervisión obligatorio, como un espacio docente dentro del horario de trabajo, a los psicólogos residentes por parte del tutor y supervisores.
- El reconocimiento oficial por parte de los Ministerios pertinentes de la figura del tutor.
- La organización de la docencia un día a la semana en áreas únicas de formación, que asegurara tanto un número mínimo y suficiente de residentes como el cumplimiento de contenidos propios y específicos de la especialidad de Psicología clínica.
- El establecimiento de convenios con las Facultades de Psicología para desarrollar contenidos teóricos y de investigación según el Programa de la Especialidad.
- La creación de diversos incentivos (económicos, de carrera profesional) para los docentes que participen en el programa de formación teórica de la especialidad.
- El desarrollo y especificación por créditos del Programa de Formación y su reconocimiento oficial por parte de los Ministerios que correspondan.
- La reorganización de los Servicios de Salud Mental de tal forma que permita el hacerse cargo de su propia formación continuada, como medio de ofrecer un mejor servicio a los ciudadanos.

Por último, queremos hacer patente nuestro agradecimiento a todos aquellos profesionales sanitarios que con su dedicación, constancia, esfuerzo y disponibilidad suplen todas las deficiencias del Sistema Sanitario y hacen posible nuestra formación teórico-práctica.

Antonio Javier Palacios Ruiz
Ana Pérez Montero
Maria Santos Goñi

Confiamos en que su gran experiencia y conocimientos en el tema redunde en la mejor evolución de la Salud Mental y de la Psicología Clínica.

BECAS MIGUEL ÁNGEL MARTÍN

IV BECAS DE INVESTIGACIÓN

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Bases

1. Temas: Los proyectos de investigación serán de **libre elección** en contenidos y metodología científica, pero siempre referidos al campo **Asistencial-Público** de **Salud Mental** en el ámbito territorial de la **Comunidad de Madrid**.

2. Aspirantes: Podrá optar **cualquier profesional de la salud mental** que trabaje en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

- Los proyectos tendrán un **Coordinador** en referencia.
- Al menos **1/3** de los firmantes de cada proyecto serán **Especialistas en Formación** (M.I.R./P.I.R.).

3. Jurado:

- **Composición:** el Jurado, que será **designado por la Junta de Gobierno de la A.M.S.M.**, estará compuesto por tres profesionales de la salud mental con relevancia contrastada y que no ejerzan su actividad en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.
- Un **miembro de la Junta de Gobierno de la A.M.S.M.**, designado por ésta, asumirá como **Coordinador Técnico** los aspectos organizativos y de apoyo administrativo al Jurado; **ejerciendo** así mismo **como Secretario sin derecho a voto**.

4. Becas:

- **Número y cuantía:** se convocan **dos becas** de igual valor: **500.000 pts.**, destinadas a financiar/premiar el desarrollo de sendos proyectos de investigación.
- **Forma y condiciones de cobro:** el pago se **fraccionará**, ligado al **desarrollo real del proyecto** becado, ejerciéndose por el jurado el **seguimiento** de dicho desarrollo. Caso de que no se realice, parcial o totalmente, la investigación becada, no se efectuará el pago correspon-

diente. Se establecen en tal sentido **tres fracciones** de percepción de la beca en los siguientes momentos y cuantías:

1ª) **Al fallo** de jurado: **100.000 pts.**

2ª) En un momento **intermedio**, fijado por el jurado según los contenidos del proyecto: **200.000 pts.**

3ª) **Al finalizar** el desarrollo y entrega del Proyecto de Investigación: **200.000 pts.**

5. Plazos:

1ª) **Admisión** de los Proyectos de Investigación: hasta **el 30 de Junio de 2000**

2ª) **Fallo del Jurado:** en acto público a desarrollar durante las **XI Jornadas Anuales de la A.M.S.M.**, a celebrar **en Octubre de 2000**.

3ª) **Finalización y entrega** de los trabajos de investigación: coincidirá con la celebración de las **XII Jornadas Anuales de la A.M.S.M.**, **en Junio de 2001**.

6. Otros requisitos y condiciones:

- Los proyectos se enviarán por **cuatuplicado** a la sede de la A.M.S.M.: C/ Villanueva, 11, 28001 Madrid, bajo el siguiente epígrafe que se hará constar en el sobre: **"Becas de Investigación A.M.S.M."**.
- A la finalización del trabajo, los autores se comprometen a entregarlo **por escrito y en soporte informático**, para su posible publicación.
- Los trabajos de investigación quedarán como material científico de la A.M.S.M. En el uso que la A.M.S.M., pudiere hacer de ellos siempre se referenciará a los autores y su condición de becados. A su vez, los autores también referenciarán dicha condición en el uso particular que hagan de los trabajos.
- Si fuere de interés para los autores, se propiciará la publicación de los trabajos en la **"Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría"**.

IV JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Los próximos días 5 y 6 de Octubre del presente año, se van a celebrar las XI Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental.

El lema este año escogido es **Coordinación: un término a reinventar**. Nos ha parecido crucial, rescatar un concepto, que aun cuando de amplio manejo y encarnado por la figura de muchos profesionales (coordinadores), parece haberse ido vaciando de su sentido más íntimo. Lejos de su idea original, ha quedado en muchas ocasiones como simple sinónimo de traspaso de comunicación (en la mayoría de los casos incluso excesivamente escueta e imprecisa), o delegación de acciones. Con cada vez mayor frecuencia y creciente presión se presentan en los dispositivos asistenciales, no ya lo que simplemente podemos denominar nuevos trastornos clínicos, sino más bien problemas complejos. Frente a ellos, el individualismo, o la fragmentación de la actuación, lejos de resolverlos, los cronifica o enquist, provocando al mis-

mo tiempo en ese proceso, la propia combustión del profesional.

Por ello quizás, el concepto de coordinación haya de reinventarse, o rescatarse, no ya como filosofía o utopía, sino como necesidad.

Las Jornadas, distribuidas en dos días, abarcarán: dos mesas sobre Coordinación Interinstitucional y Coordinación Interdisciplinar y Clínica; un espacio de comunicaciones libres; una mesa debate, en torno a la articulación de una coordinación eficaz; la presentación de los resultados presentes de los trabajos premiados en las III Becas Miguel Angel Martín, y próxima convocatoria de las mismas; así como dos conferencias de Inaguración y Clausura.

En el propósito de la Asociación de estar presente en toda la Comunidad que representa, en esta ocasión el lugar donde se realizarán será el Área 4.

Brevemente se comunicará el preprograma de estas jornadas.

ASISTENCIA NIÑOS

ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

Miembro de la World Psychiatric Association y de la World Federation For Mental Health

Villanueva 11. Tlf. y fax 914314911. 28001 Madrid

SOBRE LA RED ASISTENCIAL A LA S.M. DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Quisiéramos hacer, de nuevo, algunas consideraciones sobre la situación de la atención a la salud mental de niños y adolescentes. En primer lugar señalar que el debate planteado en los medios de comunicación, a raíz de la denuncia de unos padres por el ingreso de su hijo de 9 años en una unidad hospitalaria de adultos, no es de ninguna ma-

nera una situación nueva. Tanto desde nuestra Asociación, como desde diferentes colectivos de profesionales, llevamos al menos cinco años señalando la carencia y precariedad de los recursos asistenciales para niños y adolescentes y la necesidad de desarrollar y completar la red asistencial.

En 1995 la Asociación Madrileña de S.M. elaboró un informe sobre los programas de atención ambulatoria en la Comunidad de Madrid, en el que se señalaba la falta de desarrollo de los programas. Mas adelante en 1998, la Sección Infanto-Juvenil de la AEN realizó un informe sobre la atención a niños y adolescentes en las diferentes Comunidades Autónomas, en el que quedaba patente que la carencia de recursos era una situación general en todo el Estado. En este mismo año un grupo de expertos, por encargo del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, realizó un informe sobre la situación asistencial, analizando los programas

ambulatorios, recursos hospitalarios y dispositivos intermedios, así como la previsión de necesidades.

Desde entonces podemos asegurar que la situación sigue siendo cualitativamente la misma. La red de atención solo esta implantada a nivel de programas ambulatorios y todavía de manera insuficiente. Puede ser que haya aumentado algún psiquiatra y/o psicólogo (también es cierto que alguna plaza se ha reconvertido para la atención a adultos), puede haber algún dispositivo más (un hospital de día concertado, para niños, en Madrid). Pero estructuralmente los programas de atención ambulatoria no están presentes ni en todas las áreas, ni en todas las Comunidades Autónomas. A esto hay que añadir que el número de profesionales clínicos (psiquiatras y psicólogos) es insuficiente y todavía en muchos equipos siguen atendiendo simultáneamente adultos y niños, principalmente en Madrid. Esta situación es insostenible principalmente por dos razones. Una porque el tiempo real que se dedica a los programas infanto-juveniles es mínimo. Dos porque los profesionales de adultos no están especializados en la atención a niños y adolescentes.

En cuanto a las unidades de ingreso hospitalario para adolescentes podemos seguir afirmando que son prácticamente inexistentes. Nos referimos a unidades específicas. Especificidad que viene dada por las características de la psicopatología del adolescente, tan diferente a la de los adultos. Pacientes entre los 13 y los 17 años, que precisarían una unidad de ingreso en hospitales generales (nunca un centro psiquiátrico monográfico, modelo obsoleto y afortunadamente abandonado) con unos objetivos y un tratamiento terapéutico, que naturalmente no tiene nada que ver con el que se realiza en las unidades de adultos. Este programa debe ser realizado por un equipo interdisciplinario (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, educadores, etc.) especializado en la atención a niños y adolescentes. Por lo tanto el problema no se resuelve ingresando a los menores en habitaciones individuales, en las unidades de adultos.

En cuanto a los niños menores de 13 años, el ingreso debería realizarse en los Servicios de Pediatría. Pero sabemos que en la práctica esto es imposible cuando los pacientes presentan conductas agitadas o violentas, o bien depresiones graves con intentos autolíticos. Para que los Servicios de Pediatría pudieran hacerse cargo de estos casos se necesitaría un programa de interconsulta hospitalaria que llevara a cabo los tratamientos y el apoyo necesario, desarrollado por un equipo con formación específica. Los programas de interconsulta hospitalaria no se realizan en muchos hospitales, y en los que se hacen, la mayoría están a cargo de los profesionales de adultos.

En cuanto a los recursos intermedios, hospitales de día, centros de día, hogares alternativos, etc., la situación es lamentable, tercermundista. Como todos sabemos son dispositivos imprescindibles para el tratamiento de casos graves en algunos casos alternativos y en otros complementarios a la hospitalización.

El hecho de que los trastornos graves (que precisan un ingreso) en niños y adolescentes no sean los más frecuentes (por otra parte como ocurre con los adultos, los más frecuentes son los menos graves) no justifica de ninguna manera la escasez y precariedad de recursos y podemos asegurar que cuando se presentan, los programas ambulatorios son totalmente insuficientes.

Esperamos que el debate abierto sirva al menos para que las Administraciones Sanitarias tomen conciencia de la urgente necesidad de atender los trastornos en salud mental de niños y adolescentes, de forma adecuada y garantizando tanto la calidad asistencial como la continuidad de cuidados.

Mariano Hernández
Presidente AEN

Consuelo Escudero
Vicepresidenta AEN

Publicado en D.M. 28 de abril 2000

NOTICIAS SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL

En los últimos días del mes de marzo, comenzó a circular el rumor de que en la nómina de ese mes, se incluirían los complementos económicos correspondientes los niveles de la carrera profesional para aquellos que la hubiesen solicitado. Los psicólogos clínicos quedaban excluidos de la aplicación de la carrera.

Nos pareció inadmisibile esta actuación, después de todos los compromisos y declaraciones públicas y privadas en las que los representantes de la administración habían asegurado que los psicólogos optarían a la carrera profesional en las mismas condiciones que otros facultativos. Por ello, tras confirmar la noticia, nos propusimos dirigir una carta al Sr. Consejero de Sanidad, acompañarla de las firmas de los trabajadores de los Servicios de Salud Mental, y plantear el tema en la entrevista que teníamos concertada, el pasado día 24 de marzo, con el Sr. Viceconsejero en torno al plan de salud mental para la Comunidad de Madrid.

A pesar de que hubo muy poco tiempo, recibimos un número muy importante de firmas y han seguido llegando posteriormente.

En la entrevista, estuvieron presentes el Viceconsejero Sr. Basanta, el entonces Director General y doña Blanca Reneses. A pesar de que no era el tema de la reunión, nos explicaron que el problema radicaba en que la Consejería debía dictar la normativa precisa para resolver circunstancias singula-

res o específicas, según recoge el punto séptimo del acuerdo, y que su propósito era solucionarlo lo antes posible.

Por otro lado, los psicólogos como colectivo, solicitaron una entrevista con el Gerente y doña Blanca Reneses, en la que también se les aseguró que se solucionaría el problema.

Finalmente el día 14 de abril se nos confirmó que, una vez ratificado el acuerdo por el Consejo de Gobierno del S.R.S. y firmada la resolución por el Gerente, se procedía a aplicar a los psicólogos el correspondiente complemento salarial en la nómina de abril.

También hemos querido informarnos de la situación de los compañeros que por cambiar de contrato en esas fechas o acceder a una nueva plaza, perdieron el complemento de exclusividad. A ellos se les aseguró que volverían a cobrar en enero, pero esto no se ha cumplido. No hemos podido conseguir información completa, debido a que cada uno está tomando las iniciativas que cree a su alcance. Tres han denunciado a la Comunidad de Madrid, aunque el juicio aún no ha tenido lugar. Otros están pendientes de una reunión con el Gerente y la Jefe de Recursos Humanos para obtener alguna respuesta. Otros nada... Desde aquí les animamos a que nos den a conocer se situación y les brindamos nuestro apoyo.

Luz Ibáñez Indurria

“SOBRE LA ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA”

La AEN y la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología han elaborado un documento, que también suscribe ANPIR, que pretende señalar el problema de la injusta y disfuncional ubicación de los psicólogos del INSALUD, fuera del Estatuto del Personal Médico de la Seguridad Social, y urge a la Administración para que dé cumplimiento al Real Decreto de creación de la Especialidad de Psicología Clínica, donde se establece la inclusión inmediata de los psicólogos clínicos en el vigente Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social.

Este documento ha sido ya remitido a las correspondientes instancias administrativas y políticas.

Para la adecuada inclusión de los psicólogos clínicos en el vigente estatuto jurídico del personal estatutario del INSALUD

El vigente Estatuto jurídico del personal que presta sus servicios en el INSALUD, resulta ser en la actualidad norma de importante significación por cuanto define los derechos y obligaciones del mismo, regulando a cada colectivo profesional básicamente en función de los distintos grupos profesionales, funciones desempeñadas y ubicación en el sistema.

La ampliamente reconocida obsolescencia de esta norma –preconstitucional– de ya larga existencia, para dar cuenta de las nuevas situaciones existentes, ha impulsado distintos proyectos para una regulación, de la que son frutos los distintos borradores existentes para promulgar en un –esperemos que breve– futuro el nuevo Estatuto-Marco de Personal de los servicios de salud.

La existencia de una específica regulación para el personal de los servicios sanitarios se ha mantenido, incluso tras la Ley 30/1984 de Medidas de

Reforma para la Función Pública, que tuvo como uno de sus principales objetivos la unificación de los distintos regímenes de personal hasta entonces existentes. De hecho, la Disposición Transitoria Cuarta de dicha Ley, abre el compromiso de elaborar una normativa especial para el personal estatutario.

El Estatuto Básico de la Función Pública expone la necesidad de normativa específica para el personal sanitario de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), y en su Disposición Adicional Séptima establece la obligatoriedad de elaborar el Estatuto-Marco que habrá de establecer las bases del régimen de este personal, considerando las características de la práctica de las profesiones sanitarias, de las prestaciones asistenciales y del propio Sistema Nacional de Salud.

Así mismo, la Ley General de Sanidad en su Artículo 84 estableció que un Estatuto-Marco regularía al Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Por tanto, el futuro Estatuto-Marco no sólo dará cuenta de una tradición sostenida históricamente, sino que parece existir un amplio consenso acerca del carácter de su necesidad para este peculiar servicio público, lo que la vigente legislación antes reseñada así mismo recoge.

La organización política, territorial y competencial del Estado en Comunidades Autónomas, establecido por la Constitución y en aplicación de la Ley General de Sanidad, conduce a la organización progresiva del Sistema Nacional de Salud concebido como el conjunto de los Servicios de Salud, con el funcionamiento

coordinado, función cuya máxima expresión queda atribuida al Estado. El nuevo Estatuto-Marco habrá de evitar el menoscabo de las peculiaridades de cada territorio del Estado, sus competencias y la organización de los servicios sanitarios.

La entrada en vigor de un nuevo Estatuto-Marco, derogaría los tres Estatutos de Personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (el del per-

**SEÑALAR EL PROBLEMA
DE LA INJUSTA Y DISFUNCIONAL
UBICACIÓN DE LOS
PSICÓLOGOS DEL INSALUD,
FUERA DEL ESTATUTO
DEL PERSONAL MÉDICO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL,
Y URGE A LA ADMINISTRACIÓN
PARA QUE DÉ CUMPLIMIENTO
AL REAL DECRETO DE
CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

sonal medico-facultativo, el del personal sanitario no facultativo y el del personal no sanitario), que configuran el cuerpo central del vigente Estatuto Jurídico, así como de las disposiciones que los completaron.

Por tanto, la trascendencia del vigente Estatuto Jurídico, como del futuro Estatuto-Marco resulta evidente para el Sistema Nacional de Salud y para la ubicación adecuada y funcional de los colectivos profesionales en el mismo.

En la actualidad y desde hace años se sostiene en el INSALUD una disfuncional, desafortunada, injusta e irregular ubicación de los psicólogos, a los que se sitúa fuera del Estatuto del Personal Médico de la Seguridad Social, excluyendo así el reconocimiento del obvio carácter sanitario de su prestaciones.

El Real Decreto 2490 de creación de la Especialidad de Psicología Clínica, de 20 de Noviembre de 1998, establece explícitamente la necesidad de incluirlos en dicho Estatuto vigente, tal y como lo han venido siendo aquellos colectivos que han alcanzado la creación —y regulación— de la especialidad sanitaria de disciplinas no médicas.

No obstante hasta la fecha esto no ha sido así.

La existencia de Proyectos sucesivos para un nuevo Estatuto-Marco futuro, de ninguna manera justifica esta demora que, además de evidentes perjuicios a estos profesionales y a la ubicación de esta especialidad como sanitaria en el INSALUD, conlleva una situación de ambigüedad en los alcances del carácter de las prestaciones de los psicólogos a los ciudadanos que acceden al INSALUD, lo que redundará en un evidente perjuicio para los mismos.

Conscientes de todo ello, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología acordaron la elaboración del presente documento, que recoge la posición de ambas asociaciones ante este problema, cuya solución viene ya articulada por el Real decreto de creación de la Especialidad.

La aplicación del citado Real Decreto establece la inclusión inmediata de los psicólogos clínicos en el vigente Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social

Para ello en el capítulo I, que se refiere al personal comprendido, Artículo 1º, relativo al ámbito de aplicación se deberá añadir:

**UNA SITUACIÓN
DE AMBIGÜEDAD EN LOS
ALCANCES DEL CARÁCTER
DE LAS PRESTACIONES
DE LOS PSICÓLOGOS
A LOS CIUDADANOS QUE
ACCEDEN AL INSALUD**

La disposición adicional segunda del Decreto de la Especialidad en Psicología Clínica, relativa a la normativa aplicable al personal estatutario que dice:

“El personal estatutario que, estando en posesión del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, preste servicio en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, en puestos de trabajo que requieran los conocimientos inherentes a dicho título, estará incluido en el ámbito de aplicación del Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social al que accederá por el procedimiento establecido para los facultativos especialistas”.

Como ya se ha hecho con anterioridad con otras especialidades sanitarias de nueva creación.

De esta forma los psicólogos clínicos estarán reconocidos como facultativos especialistas, quedando sujetos como tal a los derechos y obligaciones inherentes al citado estatuto.

Asimismo desarrollarán las funciones correspondientes a los facultativos especialistas”.

Como ya se ha hecho con anterioridad con otras especialidades sanitarias de nueva creación.

De esta forma los psicólogos clínicos estarán reconocidos como facultativos especialistas, quedando sujetos como tal a los derechos y obligaciones inherentes al citado estatuto.

Asimismo desarrollarán las funciones correspondientes a los facultativos especialistas señaladas en el capítulo II, del citado estatuto, relativo a los deberes, artículo 23, que desarrolla las funciones de los especialistas, y de acuerdo con la Normativa del funcionamiento de las Unidades de Salud Mental, publicada por Insalud en 1986.

En segundo lugar queremos hacer también algunas observaciones referidas al futuro Estatuto-Marco del Personal de los servicios de salud mencionado al comienzo.

Los psicólogos clínicos deberán estar considerados en el Capítulo II, que hace referencia en sus distintos articulados, a la clasificación del personal, de la siguiente forma:

Dentro del Artículo 6, que ordena la clasificación por el nivel de titulación, en el Grupo Primero, que incluye los títulos de Licenciado, Ingeniero, Arquitecto o equivalentes.

Dentro del Artículo 7, que ordena la clasificación

de la función desarrollada, como facultativos sanitarios. Licenciados Universitarios en posesión de un título de especialista.

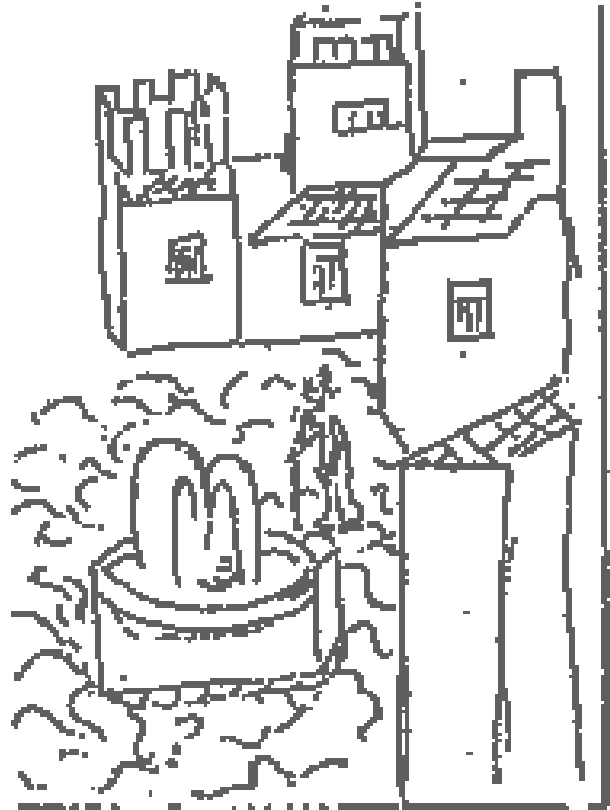
Dentro del artículo 8, que ordena la clasificación por el tipo de nombramiento, dependerá de la situación administrativa de cada profesional.

El resto de los capítulos son de aplicación común para todo el personal estatutario, incluidos los psicólogos clínicos.

Decreto de la comunidad foral de Navarra

En otros lugares del Estado, han conseguido resolver problemas con operatividad y rapidez. En Navarra se ha hecho público el Decreto Foral 625/1999 por el que se determinan las retribuciones a percibir por los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, adscritos al Servicio Navarro de Salud. En él, se hace referencia al Real Decreto de creación de la Especialidad según el cual se reconoce a estos profesionales la condición de facultativo especialista y se justifica la asignación de las retribuciones establecidas en el Servicio Navarro de Salud para los facultativos especialistas.

Felicitemos a los navarro y esperamos que prospere el ejemplo.



SOBRE LA UNIDAD DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN

Ante la polémica surgida respecto a la creación de la Unidad de Hospitalización para Adolescentes en el Hospital Gregorio Marañón los profesionales dedicados a la atención a niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid queremos expresar nuestra opinión:

La necesidad de una Unidad de estas características es una reivindicación constante y suficientemente argumentada desde hace años y, por tanto, creemos que no podemos dejar pasar esta oportunidad.

Pese a que coincidimos con algunas de las críticas al proyecto actual y somos conscientes de las dificultades que plantea la forma en que se ha estructurado y dotado a la Unidad, nos parece inadmisibles que las tensiones internas impidan la creación de un recurso absolutamente necesario.

No obstante, consideramos que en el proyecto no están suficientemente claros algunos puntos fundamentales:

Formación del personal: no habiéndose dado alternativa para que sean profesionales cualificados quienes atiendan la Unidad, al menos deberían definirse mejor las características del reciclaje del personal designado: tiempo, lugar, requisitos mínimos, etc.

Vía de Ingreso: estimamos que la vía de Urgencias introduce graves problemas y distorsión en los objetivos de una Unidad de estas características (única para todo el ámbito de la Comunidad de Madrid y de carácter específico) y supone un riesgo de colapso del recurso con casos que no respondan a los objetivos de esta Unidad *Clínico-Hospitalaria*.

El ingreso a través de la Urgencia dañaría también la coordinación con los S.S.M. de Distrito, fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y la atención correcta a los pacientes.

Solicitamos, por tanto, que se tomen las medidas administrativas necesarias para regular los ingresos, limitándolos a situaciones programadas y coordinadas, criterios y objetivos de intervención adecuados a las características y posibilidades de dicha Unidad.

Las situaciones que se prevén como problemáticas no son nuevas y consideramos que lo más adecuado es que continúen siendo atendidas de la misma forma que se ha hecho hasta el momento (por

ejemplo: los intentos autolíticos deberán seguir siendo atendidos en Unidades Médicas).

La precariedad de otros recursos (dotación de los S.S.M. de Distrito Unidades intermedias) no tiene una relación directa con esta Unidad y deberá seguir siendo reivindicada; tal y como ha sido hasta ahora.

Sabemos que la creación de esta Unidad de Hospitalización no resuelve todos los problemas en la atención a la salud mental de niños y adolescentes pero es un paso adelante en este sentido que, pese a las dificultades señaladas, apoyamos decididamente.



SUMARIO SISO-SAUDE N° 33, AÑO 2000

Editorial

Originales y revisiones

A impostura intelectual de Sokal e Bricmont. *Marcos Mariño.*

Disociación: últimas corrientes. *Agueda Rojo.*

¿Qué son los sentimientos?. La definición de los sentimientos en la fenomenología psicopatológica. *Jesus Alberdi Sudupe.*

Aplicación del proceso de atención en enfermería en una unidad de agudos de psiquiatría. *Zaborras Aguado, García Cid...*

La psiquiatría comunitaria y la salud mental en el próximo milenio. *Manuel Desviat.*

El ojo avizor

La especialidad de enfermería en salud mental. *Amparo González, Chelo Carballal Balsa.*

Os eventos consuetudinarios...

V simposium avances en psiquiatría. *Barbado.*

Se fue la maga: Murió Mara Selvini. *J.L.: Fdez Sastre.*

IX Congreso de la internacional Psychogeriatric Association (IPA). *R. Mateos.*

Conferencia Nacional de Alzheimer. *R. Mateos.*

Congreso de la sección de Epidemiología Psiquiátrica de la WPA. *R. Mateos.*

Necrológica: fallecimiento del profesor Jean Wertheimer. *R. Mateos.*

Neoliberalismo y estrategias de exclusión social. *David Simón.*

Raros, toliños e estrafalarios nas terras de Xan da Cova. *David Simón.*

A propósito de...

... moitos casos. *Chus García, Maite Camba.*

... "Phantoms in the brain". *Lamas Crego.*

Libros

La invención de las enfermedades mentales. *J.R. Eiras.*

Ciencia y fascismo. *David Simón.*

La casa de Dios. *J.L. Giménez.*

Casos clínicos

El proceso de atención de enfermería en paciente con un trastorno esquizoafectivo. *Susana García Luengo, Isabel Fernández Lema.*

Trabajando en Unidades de salud mental II. *Santiago Lamas.*

Bretema

Mi reloj de pared. *Antonio Domínguez.*

Los vellos y legendarios perdedores. *Antonio Domínguez.*

Normas de publicación

Sumarios de otras revistas

1. Psiquiatría Pública.
2. Goze.
3. Boletín Asociación madrileña de salud mental (AMSM).

SUMARIO GOZE

Presentación

Iñaki Markez.

Para la reflexión

La formación en psicoterapia en la era de la integración. *Alberto Fernández Liria.*

Debate

La identidad profesional: de terapeuta a administrativo. *Francisco Chicharro.*
Hacia una institución de cuidados. *Félix Rueda.*

Originales y Revisiones

Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Una revisión. *Aranzazu Zabala y Ioseba Iraurgi.*

Experiencia grupal con esquizofrénicos en un centro de salud mental *Estibaliz Aldama y Concha Bolado.*

Caso clínico

Enfermo para siempre. *Juan Luis Borda.*

Historia

Centenario del Hospital de Bermeo. *Juan Antonio de la Rica.*
Aconteció hace un siglo: año 1900. *Iñaki Markez.*

Opinión

Lacan es un autor cristalino. Postmodernismo y ciencias sociales. *Edorta Elizagárate.*

Congresos

Mónica Póo, Francisco Chicharro, Rodrigo Gonzalez-Pinto.

Actualización bibliográfica

Rodrigo Gonzalez-Pinto.

Agenda

...NAVEGADO POR "LA RED"

La Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) tiene un espacio ubicado en www.teleline.terra.es/personal/a.m.r.p. En su página encontraremos las señales indicativas de su identidad, su programa de actuación y convocatorias de actividades. A través de ella podremos acceder a la World Association for Psychosocial Rehabilitation, en la cual se encuentra integrada (www.warp.de/). Esta última tiene un boletín que se edita en formato pdf (portable document format).

Justo adentrándonos por este boletín, descubrimos un espacio en la red que se gesta a sí mismo desde los presupuestos que constituyen uno de los paradigmas de Internet, la participación. Este espacio es *La Red Internacional de las Prácticas de Lucha contra la Exclusión Social*. Esta Red se constituyó en octubre de 1998, y en febrero de 1999 se estructuró su Oficina de Coordinación en Trieste (Italia), nombre éste último, sin dudas, de importantes resonancias en los avances en la reinserción social. Desarrolla actividades de enlace entre proyectos e instituciones, difusión de informaciones, asesorías técnicas, y organización de visitas de formación en colaboración con organismos internacionales y locales, así como grupos de intervención.

Dicha Red, permite la focalización en distintos aspectos de la exclusión social. Estos son: salud mental, diferencias de género, infancia y adolescencia, empresa social y equidad en medicina.

Aludimos a que era representativo de una señal de identidad que fundó el concepto de Internet, y que aquí se materializa en su carácter participativo. No se propugna efectivamente como un organismo jerárquico en su estructura, sino que basa todo su potencial (y asume su riesgo de fracaso), en la colaboración, que aquí es denominada bajo los conceptos de *adhesión individual* o *adhesión institucional*. Sus objetivos se enuncian como *"construcción de una red de intercambio entre experiencias, instituciones, entes locales y organismos internacionales por una política de salud mental en el respeto de los derechos de ciudadanía para una real inclusión social (procesos productivos, de participación democrática, etc.). Particular*

énfasis a la desinstitutionalización de las estructuras que segregan (instituciones totales)".

Esta adhesión abarca desde la aportación de experiencias, informaciones, materiales, propuestas de temáticas de discusión, artículos, textos, mensajes y testimonios.

Para ello, si se decide adherirse a la Red, se le pregunta a través de unos campos a rellenar *"¿Qué se desea de la Red?"*, pudiendo ser las posibilidades: contactos, documentos, audiovisuales o literatura; o bien, organización de visitas, encuentros, seminarios, estancias, o cursos de capacitación; así como asesoría para asistencia técnica, elaboración de proyectos o búsqueda de fuentes de financiación. Por otra parte, también se pregunta *"¿Qué se ofrece a la Red?"*, pudiendo ser ésto: información, organización, asesoría, donaciones, apoyo económico o financiación para proyectos específicos.

Podemos tener acceso al desarrollo de diversos proyectos en el mundo y a informaciones y materiales. El espacio se compromete como un lugar en el que se vehiculizan todo el abanico de formas de colaboración, entre personas a título individual, como instituciones. Los materiales los podemos bajar de la red en la forma de formato pdf, encontrándose redactados en varios idiomas, entre ellos, bastantes en castellano. A modo de ejemplo, podremos informarnos del proceso de desinstitutionalización psiquiátrico llevado a cabo por la Asociación San Camile de Bouaké (Costa de Marfil), o descargar en castellano una magnífica conferencia

de Benedetto Saraceno dictada en 1998 en Río de Janeiro y titulada: *La ciudadanía como forma de tolerancia*.

Quizás haya páginas, cuyos objetivos sean más fáciles de transmitir en estas reseñas del Boletín a través de la letra impresa. En este caso particular recomendamos acudir por uno mismo a <http://www.exclusion.net/> y por uno mismo valorar el proyecto.

Por último, y por economía de espacio, que no por escasez de lugares a los cuales acudir, queremos mencionar la publicación on-line de la conocida revista Psiquiatría Pública, aquí denominada

**LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL (AMRP)
TIENE UN ESPACIO UBICADO
EN [WWW.TELELINE.TERRA.ES/
PERSONAL/A.M.R.P.](http://WWW.TELELINE.TERRA.ES/PERSONAL/A.M.R.P)**

Psiquiatría pública en la red (Red de Salud Mental Comunitaria), y que hallaremos en <http://www.dinarte.es/salud-mental/>. Si bien su estructura básica actual radica en la publicación on-line de los números de la revista, (así como de los números de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), si bien ésta tiene ya su espacio propio), es obvio que aspira a trascender sobre ello, hasta alcanzar una dimensión de red global. Para ello, esta red se constituye por la Revista de Psiquiatría Pública, la A.E.N., la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), y otras asociaciones e instituciones de América Latina, con especial presencia de Brasil.

RECOMENDAMOS ACUDIR
POR UNO MISMO A
[HTTP://WWW.EXCLUSION.NET/](http://www.exclusion.net/)
Y POR UNO MISMO VALORAR
EL PROYECTO

PSIQUIATRÍA PÚBLICA
EN LA RED (RED DE SALUD
MENTAL COMUNITARIA),
Y QUE HALLAREMOS EN
[HTTP://WWW.DINARTE.ES/
SALUD-MENTAL/](http://www.dinarte.es/salud-mental/)

Por el momento, además de la disponibilidad de los artículos de la revista, podemos obtener documentos en castellano y portugués dentro del apartado denominado librería.

De nuevo, los documentos los podremos descargar en formato pdf, que permite una reproducción perfecta de los documentos. Señalemos que la adquisición gratuita del programa para la visualización de todo este tipo de documentos es sumamente fácil, bajándose el programa **Acrobat Reader**, bien desde las mismas páginas de las direcciones mencionadas, o desde www.adobe.es/products/acrobat/readstep.html.

Antonio Escudero Nafs

IN MEMORIAM ALEJANDRO GALLEGO

El día 6 de enero pasado falleció el Dr. Alejandro Gállego Meré, después de haber estado luchando con diversas dolencias a lo largo de los últimos años.

Tras su paso por el Instituto-Cínica de Psicoterapia "Peña Retama" y contribuir a la creación de la Asociación Española de Psicoterapia Analítica, centró su práctica profesional en el Instituto, luego Centro Psicoanalítico de Madrid, tanto en el aspecto terapéutico como didáctico, compatibilizándolo con numerosas intervenciones en Congresos nacionales e internacionales.

Desde el centro Psicoanalítico de Madrid, el Dr. Gállego impulsó y codirigió la Revista de psicoanálisis y Psicoterapia analítica, de la que era su actual Director, habiendo intervenido también en la fundación de la Sociedad Española de Psicoterapia de Grupo y Psicodrama y habiendo sido nombrado Académico de Honor de la Real Academia de Medicina de Murcia.

Por otra parte, participó en la creación de la

I.F.P.S (International Federation of Psychoanalytic Societies), participando muy activamente en varios de sus Forums Internacionales de Psicoanálisis.

En la F.E.A.P (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) intervino desde los primeros intentos de construcción, haciéndose más significativo a partir de asumir la Presidencia de la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica, cargo que seguía ostentando en el momento de su fallecimiento.

Los treinta años de trabajo junto a él me dan la perspectiva suficiente como para valorar su pérdida en la justa medida; desde ahí lamento profundamente su ausencia en diferentes grados y digo adiós al maestro, al colega, al camarada y a la persona—sobre todo a la persona—, que me supo transmitir un sentido de compromiso con el trabajo y un sentimiento general de honestidad en la vida por el que le quedo muy reconocido. Adiós Alejandro, descanza en paz.

José Luis Lledó Sandoval



EN MEMORIA DE ÁNGEL RIVIÈRE¹

Quiero dormir un rato, un minuto, un siglo; pero que todos sepan que no he muerto. (García Lorca)

Llevaba veintiseis años de docencia e investigación ininterrumpida y contaba con sólo 50 años. Durante todo ese tiempo, algunos tuvimos la fortuna y el orgullo de aprender de sus enseñanzas mientras fuimos estudiantes para más tarde, como compañero, disfrutar de su cariño y amistad. Resulta inevitable pensar en Ángel como aquel profesor de obligada referencia intelectual, como aquel profesional al que le fascinaba la docencia y la investigación, pero también como aquella persona que nos tendió la mano ofreciéndonos su enorme calidad humana.

Su pensamiento siempre ha brillado y brillará por ser vital, creativo y polifacético. Gracias a su impresionante capacidad intelectual y a su trabajo continuo, Ángel ha sido el duende que iluminó el

camino de la psicología cognitiva en España en los últimos veinte años. En constante innovación investigadora y educativa, Ángel siempre supo plantear una labor de integración en todo cuanto hizo. Esclareció cada teoría, fomentó la investigación desde planteamientos originales, supo unir la calidad intelectual de sus conocimientos con la aplicación en el ámbito del lenguaje, del pensamiento y, muy especialmente, en el autismo, lo que le ha valido un merecido reconocimiento internacional.

Además Ángel tenía otra faceta igualmente interesante: hablaba como escribía o, mejor aún, escribía como hablaba. Esto nos puede dar una idea de la extraordinaria estructuración que tenía su pensamiento, al saber ordenar y profundizar con una aparente naturalidad cualquier tema que abordase. En este sentido siempre fue un extraordinario comunicador, capaz de hacerse entender con naturalidad en cualquier auditorio por heterogéneo que resultase.

Ángel, en cierto sentido, sentimos que no nos has

¹ Catedrático de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, uno de los máximos expertos en autismo de España y que falleció el pasado mes de abril.



*Proyección
Subliminal*

abandonado. Tus enseñanzas, tus escritos, tus anécdotas, imágenes y pensamientos de todo aquello que pudimos compartir contigo sigue estando ahí. Ángel, la mirada mental, tu mirada mental, seguirá emitiendo reflejos sobre las nuestras.

Jose A. León es profesor titular de Psicología de

la Universidad Autónoma de Madrid y Marisa López Gironés es Psicóloga del Centro de Salud Mental de Hortaleza.

José A. León
Marisa López Gironés

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: