

Entrevista con José L. García de Arboleya, consejero de salud de la Junta de Andalucía

Francisco D. CASADO CAÑERO

Felipe VALLEJO JIMENEZ

Salvador PERONA GARCELAN

*Comisión de Psicología Clínica y de la Salud,
Colegio Oficial de Psicólogos (Andalucía Occidental)*

José Luis García de Arboleya es consejero de salud de la Junta de Andalucía desde enero de 1992. Con anterioridad, ejerció el cargo de gerente del Servicio Andaluz de Salud.

En la siguiente entrevista se recogen sus opiniones sobre el proceso de incorporación de los psicólogos al sistema público de salud de Andalucía. Tal proceso se inserta en el marco de la reforma de la atención a la salud mental que, durante los últimos años, ha tenido lugar en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Pregunta (P): *La incorporación mayoritaria de los psicólogos en el sistema sanitario se ha realizado en Andalucía en el marco del proceso de reforma de la asistencia psiquiátrica. Tras la desaparición del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), los diversos problemas y dificultades que han ido surgiendo en la integración de la salud mental en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), inquietan a amplios sectores de profesionales respecto a la posible paralización o ralentización de medidas y recursos necesarios en el proceso de reforma de la salud mental. Dificultades agravadas por*

la crisis actual del sistema sanitario. ¿Qué valoración hace la Consejería de Salud del proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía? ¿Qué valoración puede realizarse por parte de la Consejería del citado proceso de integración de la salud mental en el SAS? ¿Qué perspectivas se contemplan a corto y medio plazo para este proceso?

Respuesta (R): Casi me atrevería a decirle que la salud mental es el campo asistencial donde se han verificado cambios más profundos e importantes en todo el proceso de reforma sanitaria

impulsado en Andalucía en los últimos diez años, y creo sinceramente que es donde hemos conseguido transformar la realidad de forma más evidente.

Tenga usted en cuenta que, hace tan sólo diez años, el peso fundamental de la asistencia psiquiátrica que recibían los andaluces desde los servicios públicos recaía casi exclusivamente sobre los hospitales psiquiátricos o manicomios, y no tengo que decirles a ustedes lo que esto suponía en términos de oferta asistencial.

El manicomio, como institución total de larga estancia y sin unos objetivos terapéuticos claros, determinaba en los pacientes, en un plazo más o menos largo, un síndrome caracterizado por una dependencia, incapacidad de elección, «desculturación» -si me permite el término-, y en algunos casos lo que se ha dado en llamar una «muerte civil del paciente».

Los enfermos mentales que ingresaban en los hospitales psiquiátricos tenían, en definitiva, pocas oportunidades terapéuticas y casi nulas probabilidades de estar en condiciones de afrontar una verdadera reinserción social una vez hubiese remitido la fase aguda de su proceso.

Los ocho hospitales psiquiátricos de Andalucía, dependientes de las Diputaciones Provinciales agrupaban en 1984 un total de 3160 pacientes crónicos con una estancia media de 13 años.

Por otro lado, la red procedente de la Seguridad Social se limitaba a la cobertura ambulatoria de la población beneficiaria de la misma, para lo cual contaba con 69 consultas de neuropsiquiatría en toda Andalucía, con una oferta de servicios estándar de dos hora y media de consulta por día.

Algunos dispositivos ambulatorios dependientes del Ministerio de Sanidad -Administración Institucional de Sanidad Nacional (AISNA)-, algunas iniciativas de universidades andaluzas, un dispensario que existía en Córdoba dependiente de la Junta de Andalucía y algunos recursos extrahospitalarios dependientes de las Diputaciones Provinciales, terminaban de completar este desalentador panorama asistencial, en el cual no podía garantizarse una mínima oferta cuantitativa ni de calidad a los problemas de salud mental de los andaluces.

La reforma psiquiátrica es una respuesta a esta situación asistencial, a la vez que pretendíamos dar una respuesta política, coherente con el marco ofrecido por la Ley General de Sanidad, al estado de cosas determinado por la dispersión de competencias administrativas y a la multiplicidad y duplicación de redes asistenciales existentes.

Así las cosas, la Consejería de Salud tomó la iniciativa e implicó a las principales administraciones públicas con competencias -y servicios psiquiátricos- existentes en Andalucía en el propio proceso de reforma.

Yo creo que la valoración que cabe hacer es positiva. Los andaluces disponen hoy de 70 equipos de salud mental en los correspondientes Distritos de Atención Primaria y dotados de un equipo de no menos de seis profesionales cada uno, donde antes existían 69 neuropsiquiatras aislados y a tiempo parcial; disponen de cerca de 500 camas de hospitalización para pacientes agudos en 17 hospitales generales, mientras que antes toda la oferta se concentraba en los hospitales psiquiátricos; disponen de once unidades específicas para aten-

der la salud mental infantil y que sirven de centros de referencia para el resto de los dispositivos de la red, donde antes no existía ninguna oferta específica; disponen de nueve unidades de rehabilitación que simultanean su función de asistencia clínica como centro de día con programas de rehabilitación psicosocial; y por último disponen de otras unidades -que en este caso tienen carácter más bien experimental- como son dos hospitales de día y dos comunidades terapéuticas como estructuras de atención intensiva para la hospitalización de corta y media estancia de los pacientes psicóticos, sin las características de marginación e institucionalismo asociados a la larga estancia en los tradicionales manicomios. Y esto no son filosofías, sino hechos objetivables que a mi juicio son de difícil contestación frente a la situación de partida que existía en Andalucía hace diez años.

Si usted me pregunta por el IASAM y los problemas surgidos tras su integración al Servicio Andaluz de Salud, esto es una cuestión sobre todo de percepciones, y no quiero decir con esto que no haya problemas específicos que es preciso resolver. Me explico. Es lógico que hayan surgido problemas a la hora de la integración de los dos organismos. Esto era previsible y ya se valoró en su día al constituir el Instituto como elemento de desarrollo y de transición en la reforma psiquiátrica.

Se sabía que era fácil que se produjera un choque entre la cultura de las dos organizaciones y de los propios profesionales. El SAS nació en principio con un peso mayoritario de la herencia recibida de la Seguridad Social, y el IASAM integró un conjunto importante de profe-

sionales que procedían de diferentes administraciones y que habían desarrollado su labor durante muchos años al margen del resto de la estructura asistencial.

Cuando el grado de desarrollo de la red de servicios de salud mental fue suficientemente adecuado se procedió a integrarlos en la red general del SAS, lo que determinó la definitiva normalización de la atención a los pacientes psiquiátricos en el sistema sanitario público de Andalucía.

Es cierto que quedan asuntos por resolver, entre ellos el continuar dotando y mejorando de servicios de salud mental, pero el balance es muy positivo, tanto desde el punto de vista de la salud mental como desde el punto de vista del conjunto de los servicios sanitarios, que ven facilitada la posibilidad de incorporar la perspectiva psicosocial en la atención clínica de los pacientes.

También este proceso nos ha abierto una puerta de futuro: empezar a diferenciar claramente cuál es el marco de actuación de los servicios sanitarios y cuál el de los servicios sociales y facilitar el entorno de acción intersectorial.

Para ello, el Gobierno de Andalucía ha decidido impulsar la creación de una fundación pública para la inserción social del enfermo mental, porque consideramos que, en el momento actual, el principal reto que tenemos planteado es contribuir a dar una salida viable y digna a los pacientes con procesos psiquiátricos crónicos -muchos de los cuales han salido de los manicomios tras estancias de años-, que les permita recuperar su rol social y darles posibles alternativas en el mundo laboral, en colaboración, cuando sea el caso, con su entorno familiar. Sólo

así podremos afirmar que la recuperación de un enfermo mental es un hecho.

La fundación nace pues con la finalidad de canalizar de forma organizada y eficiente, todo el apoyo que precisan los pacientes y sus familias cuando el enfermo ha superado ya las posibilidades de ayuda que el sistema sanitario puede ofrecerle. Se trata de poder disponer de un instrumento que permita organizar eficazmente la considerable ayuda que, desde diversos departamentos del gobierno autónomo y desde diversas instancias sociales, se viene prestando al programa de reinserción social de los enfermos mentales. Su finalidad no es por tanto sanitaria, aunque en su funcionamiento deberá estar en perfecta coordinación con los diferentes dispositivos del Servicio Andaluz de Salud.

P: *A partir de 1986 se realiza una amplia incorporación del psicólogo en el sistema sanitario a través de los servicios de salud mental. Una perspectiva de siete años permite analizar los efectos y repercusiones que esta nueva incorporación tiene tanto para el propio sistema sanitario como para el desarrollo de la profesión. ¿Que valoración le merece a la Consejería de Salud este proceso?*

R: Es difícil hacer una valoración detallada sin disponer todavía de estudios de evaluación *ad hoc*, pero sí le diré que, con los datos que estamos manejando en éste momento, la valoración es muy positiva.

El psicólogo se ha incorporado en el conjunto de los dispositivos especializados de la red de salud mental como un facultativo más dentro de un equipo multidisciplinar y su perfil profesional ha

aportado la posibilidad de introducir abordajes psicoterapéuticos diferentes y más alejados del modelo biomédico y farmacológico tradicional.

Por otro lado, la mayoría de los problemas de salud mental que afectan a la población están alejados de lo que se ha dado en llamar «psiquiatría pesada» -trastornos psiquiátricos graves con tendencia a la cronicidad- y mucho más cerca de todo un conjunto de problemas de menor gravedad y asociados a trastornos neuróticos y de la personalidad, patología psicosomática y, en general, aspectos psicosociales de otros problemas de salud.

Este conjunto de problemas era muy deficientemente abordado desde los antiguos dispositivos de los ambulatorios tradicionales, y la introducción del perfil profesional del psicólogo ha dotado a los equipos de salud mental de la potencia y la capacidad necesaria para un abordaje más adecuado de estos problemas, evitando medicación innecesaria y rompiendo el círculo vicioso de la dependencia farmacológica en que solían desenvolverse estos pacientes, dándoles recursos personales para enfrentar más adecuadamente su vida.

En este sentido, el papel del psicólogo es clave, sobre todo dentro de los Equipos de Salud Mental de Distrito, en las relaciones con los equipos de los centros de atención primaria, que es en definitiva el escalón asistencial donde confluyen un mayor número de demandas de este tipo de patologías. La colaboración de los psicólogos con los médicos de familia está resultando de lo más enriquecedora y productiva para este tipo de pacientes.

El problema ha sido encontrar -o más bien formar- psicólogos con la necesaria

experiencia y formación clínica para asumir este rol profesional. Pero eso es otro asunto.

P: *Ciertos desarrollos teóricos de la psicología y sus aplicaciones están mostrando la idoneidad y necesidades de la intervención del psicólogo en servicios hospitalarios, como oncología, digestivo, infecciosos, unidades de hospitalización infantil, ... Incluso en nuestra comunidad autónoma, y desde los servicios de salud mental, comienzan a desarrollarse intervenciones en el campo de la salud, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario. ¿Qué opinión le merece a la Consejería esta incorporación del psicólogo en otros servicios del sistema de salud (que no sea salud mental), y que perspectivas habría, en su caso, de que este hecho fuera posible?*

R: Bueno, este tema es delicado y discutible. Lo ideal desde mi punto de vista sería que, desde la estructura de la red de salud mental -en el marco de la red general- tuviésemos capacidad cuantitativa y cualitativa para dar respuesta a este tipo de necesidades, en una dinámica de relación horizontal entre servicios especializados.

Creo que este es el camino más adecuado ya que, además que se rentabiliza socialmente mejor el trabajo de los servicios de salud mental, permite ir incorporando de forma más integrada la perspectiva psicosocial en el conjunto de las actuaciones sanitarias. Creo sería más adecuado y más eficiente.

No obstante esto exige un desarrollo de recursos que muchas veces no es compatible con las disponibilidades y los ritmos presupuestarios, y tampoco

descarto que determinados servicios muy especializados, por la naturaleza de su labor, necesiten una actuación muy intensiva en ocupación de un psicólogo familiarizado con el problema de que se trate.

Se me ocurre por ejemplo que podría ser el caso de unidades de oncología infantil situadas en centros de referencia regional, etc. De hecho es la tendencia que se está verificando en el Servicio Andaluz de Salud, aunque no creo que vaya a ser una tendencia muy generalizable a otros tipos de unidades asistenciales.

P: *En el año 1986 se aprueba en la Comunidad Autónoma Andaluza la puesta en marcha del Programa de Formación de Postgrado en Psicología Clínica (PIR), habiéndose realizado hasta la fecha seis convocatorias, con un total de 108 psicólogos de los cuales 32 aún continúan en período de formación del programa PIR a nivel estatal. ¿Opina usted que la formación postgraduada en el sistema sanitario público es la vía más adecuada para la especialización en psicología clínica? ¿Qué opinión tiene respecto al desarrollo actual de la formación de postgrado de psicólogos clínicos en el marco del sistema sanitario? ¿Sería partidario de entender esta formación de postgrado como especialidad en psicología clínica? Y en otro orden, ¿qué perspectivas de integración laboral pueden existir para estos profesionales?*

R: Respecto a lo primero que usted me pregunta, sin duda le respondo que sí. Como usted sabe Andalucía ha sido, junto con Asturias, la comunidad autónoma que primero implantó este tipo de

formación de postgrado, y los resultados que ha ofrecido son más que satisfactorios en el sentido de poder contar con el tipo de psicólogos que necesitábamos para la red de salud mental, al hilo de lo que antes le comentaba.

Si esto debe desembocar en una especialidad al uso de las que existen en la licenciatura de medicina ya es otro cantar. La formación que ofrece el sistema PIR, actualmente reconocido por el Ministerio de Sanidad en la convocatoria anual de especialidades, es un sistema bien acreditado para la formación clínica de los psicólogos. El problema se suscita en cuanto que un *currículum* profesional que se comienza a especializar pierde capacidad para ofrecer una garantía de continuidad asistencial a los pacientes, ya que la fragmentación tiene estos riesgos.

Frente a esto, las ventajas de una polarización de la formación y la experiencia son también evidentes en cuanto la profesión de psicólogo tiene un campo demasiado diversificado de actuación profesional -organización empresarial, área de recursos humanos de las empresas, orientación profesional, apoyo psicopedagógico escolar, etc- y es necesaria una adecuada formación y dedicación clínica para trabajar con buenos resultados en el campo asistencial.

En cualquier caso es una decisión que corresponde al ámbito de Ministerio de Educación y Ciencia que deberá balancear las posibilidades del sistema educativo en relación con las necesidades que vaya imponiendo la sociedad.

Respecto a las perspectivas de integración laboral, en el campo de la sanidad, dependerán mucho de que la administración central del Estado de una

salida definitiva al marco de relaciones laborales en el Sistema Nacional de Salud. Si el desarrollo del estatuto marco fuese una realidad a un plazo más o menos corto, permitiría la integración efectiva de estos profesionales que en la actualidad están fueran de la regulación estatutaria del sistema.

Además se da el factor añadido, al menos en Andalucía, que en los últimos años se han dotado prácticamente todas las plazas previstas para los dispositivos de salud mental, con personal en su mayoría joven y con formación clínica a través del sistema PIR o por integración de personal de otras administraciones públicas. Esto condiciona un mercado de trabajo muy estable y con pocas posibilidades de abrirse de una forma amplia.

P: *En los últimos meses se ha producido cierta preocupación en nuestro colectivo respecto al catálogo de prestaciones sanitarias propuesto por el Ministerio de Sanidad. Según la información publicada por un diario médico este catálogo plantearía recortes en las prestaciones que se ofrecen desde el sistema público de salud en materia de salud mental. El día 20 de diciembre de 1993 se celebró en Bilbao una reunión del Consejo Interterritorial para tratar este tema. ¿Qué nos podría informar usted de los resultados de esa reunión?*

R: Como ya sabrá usted por los medios de comunicación se aprobó la definición de un catálogo amplio de prestaciones para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Creo que el esfuerzo que se ha realizado merece la pena y el documento final es bueno y revela un gran trabajo de síntesis e integración por

parte del Ministerio junto al grupo de expertos designados por el Consejo Interterritorial, si bien creo que, en algunos aspectos, deberíamos considerarlo como un documento preliminar que habría que detallar más en sus algunos de sus contenidos antes de darlo por definitivo.

El resultado es que el Sistema Nacional de Salud ha salido reforzado y que se ha dado un paso muy importante a la hora de clarificar el conjunto de servicios y prestaciones básicas a las que tienen derechos los ciudadanos, resultando incluso -contra los pronósticos de los más catastrofistas- que se han reconocido, con carácter generalizado, algunas prestaciones que estaban marginalizadas en el conjunto del sistema, como es el caso de la salud mental en algunas comunidades autónomas donde no se había dado el paso de la integración en el sistema sanitario público.

Ahora bien, si se refiere al tratamiento tan controvertido que ha tenido el catálogo en algunos medios de comunicación, que produjo un clima ciudadano de desconfianza y alarma social, le diré que la realidad ha demostrado lo contrario, pese a los que estaban interesados en la manipulación política de este instrumento.

Esta reacción me recuerda extraordinariamente a lo que ocurrió hace dos años con el *Informe Abril*, y creo que es un indicador de la inquietud y la sensibilidad que nuestra sociedad muestra en éstos momentos por todos aquellos aspectos de la política que tienen que ver con el bienestar y la calidad de vida. Y no deja de sorprender esta repercusión, cuando lo verdaderamente sorprendente es que no existiera ya un listado de prestaciones que, lejos de ser restrictivo,

esté abierto a la evaluación e introducción de los constantes avances de la medicina.

El catálogo de prestaciones, a mi juicio, es una forma de ordenación del sistema sanitario público y de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud fomentando la equidad. El hecho de que los poderes públicos tomen la iniciativa en éste tema no es sino una garantía de intentar conducir, a través de un debate, al consenso social y profesional. Desde una posición progresista es necesario defender siempre el consenso sobre un tema tan delicado y de tanta trascendencia sanitaria y social frente a otras situaciones que favorecen que la definición se haga desde un punto de vista unilateral y desde posiciones de poder político o profesional.

Y pueden quedar tranquilos con lo que respecta a las prestaciones relativas a la salud mental de la población. El catálogo, lejos de recortarlas, las amplía y las reconoce con carácter universal para todo el Sistema Nacional de Salud.

P: *En su opinión, ¿qué papel cree que deben jugar los colegios profesionales en el seguimiento de la política y práctica sanitaria?*

R: El tema de la colegiación y los colegios profesionales es un asunto que ha resultado muy controvertido en los últimos años, aunque creo que, afortunadamente, cada vez está más claro el papel que deben jugar en su relación con la sociedad, y así lo están entendiendo los propios colegios.

En éste sentido, los colegios profesionales -en el sector sanitario- han entendido que su esencia radica en ga-

rantizar a la sociedad que el ejercicio de la profesión se desarrolla dentro de unos márgenes éticos y deontológicos adecuados.

En este orden de cosas, desde la administración sanitaria de la Junta de Andalucía hemos fomentado en los últimos años las relaciones con las instituciones colegiales, tanto en el campo de la formación como de su participación en el desarrollo y seguimiento de la política sanitaria andaluza.

Tenemos establecidos acuerdos-marco en materia de formación con los colegios de médicos y de enfermería que pretendemos ampliar a otros grupos profesionales en cuanto que las respectivas instituciones colegiales se vayan mostrando interesadas en ello.

Por otra parte, la reciente creación del Consejo Andaluz de Salud, máximo órgano de asesoramiento y participación social en el sistema sanitario público de Andalucía, ha incorporado la representación de todos y cada uno de los colegios profesionales existentes en el sector sanitario de Andalucía, lo que considero una muestra clara de la voluntad del gobierno andaluz de contar con los colegios en la definición y seguimiento de nuestra política sanitaria.

Será una buena oportunidad para comprobar si el compromiso es mutuo y ver si los colegios profesionales están dispuestos a entrar de verdad en este marco de relaciones global, aportando soluciones y generando consenso con el resto de agentes sociales que allí están representados.