

Entrevista con Marcelino López Álvarez, director del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud

Salvador PERONA GARCELAN

Felipe VALLEJO JIMENEZ

Francisco D. CASADO CAÑERO

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

Marcelino López Álvarez, psiquiatra y sociólogo, fue director de Ordenación Asistencial del Instituto Andaluz de Salud Mental desde 1985 hasta 1991. Por su trabajo en esta institución, participó en todo el proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía, siendo uno de los promotores de la integración del psicólogo en los servicios de salud mental públicos. En la actualidad, desempeña su labor profesional como director del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud.

Teniendo en cuenta la temática del presente monográfico, hemos creído conveniente conocer la opinión que sobre el papel del psicólogo en la atención a la salud mental tiene quien, en la Administración andaluza, es responsable de su planificación.

Pregunta (P): *En los documentos sobre la reforma en salud mental en Andalucía, se contempla como aspecto más relevante la inclusión de factores psicosociales como fundamentales en la superación de ciertos modos tradicionales de intervención, aplicándose al desarrollo de dispositivos de atención a la salud mental. ¿Qué planteamientos en relación con los factores apuntados están en la base del diseño de los equipos y dispositivos de salud mental y, en concreto, cómo incide la presencia del psicólogo en la composición de dichos equipos?*

Respuesta (R): Cuando se inició en Andalucía el proceso de reforma psiquiátrica, se partía de un determinado diagnóstico del funcionamiento de los servicios psiquiátricos públicos en nuestra Comunidad Autónoma. A partir de dicho diagnóstico se pretendía poner en marcha un proceso tendente a solucionar los problemas detectados.

A un nivel muy general, se podría decir que varios aspectos importantes de estos servicios no eran adecuados, en opinión de las personas que, con distintos niveles de responsabilidad, contribuyeron a ponerlo en marcha.

Así por un lado, había una estructura inadecuada de servicios con un déficit importante de recursos tanto materiales como humanos. Este sería el primer punto en el que la falta de psicólogos era llamativa, ya que si se revisan las cifras de personal, había aproximadamente 38 psicólogos trabajando en los servicios públicos de asistencia psiquiátrica, que contaban, por contraposición, con 250 psiquiatras. Por otro lado, además, de las deficiencias de estructura y de la falta de recursos, su eficacia estaba condicionada por las características de los dispositivos en que desarrollaban su labor, ya que estos se reducían prácticamente a los hospitales psiquiátricos y las consultas ambulatorias de neuropsiquiatría.

En consecuencia predominaban unas formas de trabajo más que deficientes. De hecho, la práctica profesional dominante, cuando no era la simple reclusión en los manicomios, era un abordaje farmacológico de calidad dudosa y basado en una consideración muy restrictiva de la práctica profesional del psiquiatra. Desde luego, si cualquiera revisaba documentación científica y opiniones de expertos de otros países sobre lo que debía de ser la atención a los problemas de salud mental de la población, daba la impresión de que la práctica profesional de los psiquiatras (muy centrada, además, en lo biológico), que junto con los auxiliares de psiquiatría de los hospitales psiquiátricos era lo único que había prácticamente en el resto de la red, era insuficiente para poder cubrir, desde el punto de vista teórico y práctico, las necesidades de salud mental de la población andaluza.

Independientemente de que caben muchos modelos de referencia a la hora de conceptualizar los problemas de salud mental y a la hora de diseñar y poner

en práctica mecanismos de intervención, nadie pone en duda hoy que la atención a la salud mental no puede ser competencia de una única profesión. La complejidad del tema requiere más bien la intervención de distintos profesionales, tanto desde el campo sanitario como no sanitario, e incluso en el interior del propio campo sanitario sería demasiado aventurado pensar que únicamente los médicos psiquiatras tienen competencias profesionales, teóricas y prácticas, adecuadas a la cobertura de las necesidades existentes. En concreto estaba claro que existía otra profesión, que se había venido desarrollando tardíamente en nuestro país, generalmente, alejada del campo sanitario, y con pocas posibilidades de trabajar en los servicios públicos, pero que indudablemente tenía cosas que decir en el tema, había desarrollado prácticas profesionales de interés y, por tanto, era obligado incluir en el abordaje de problemas de salud mental.

P: Uno de los objetivos de esta reforma era precisamente la inclusión de la salud mental en el sistema sanitario general, evitando de esa manera la segregación que había habido de la salud mental hasta ese momento. ¿Cómo valoraría usted ese proceso de integración?

R: No es fácil contestar de forma breve a esta pregunta. Haciendo un poco historia de los planteamientos teóricos, cuando se fijaba como objetivo la integración de la atención a salud mental en el sistema sanitario general, había al menos tres tipos de consideraciones que estaban en la base de este proceso.

En primer lugar, consideraciones que podíamos llamar de carácter teórico, de

política sanitaria. Si la salud mental es una parte de la salud general, lo lógico es que su atención se organice desde el mismo lugar en que se organiza la atención a los problemas de salud en general.

Por otro lado había también consideraciones de carácter estratégico. Hasta ese momento, la atención a la salud mental había sido un sector marginal al sistema, es decir, un sector pobre, con pocos recursos y de alguna manera desprestigiado y socialmente estigmatizado. Por tanto, una estrategia coherente era potenciar el papel de la atención a la salud mental, integrándola plenamente en un sector poderoso de los servicios públicos como es el sector sanitario general.

Y había también, finalmente, consideraciones de carácter más táctico, que tuvieron en cuenta el hecho de que desde el momento en que se pone en marcha la reforma, se estaba desarrollando en Andalucía (y en otras partes del Estado), un proceso más global de reforma sanitaria, que estaba movilizando recursos y ofreciendo soluciones a determinados problemas que se nos planteaban (al menos a nivel de política general), proceso cuyas líneas generales no eran muy diferentes de aquellas que habían venido orientando las distintas corrientes comunitarias de atención a la salud mental (y ahí está por ejemplo, el tema de la atención primaria como núcleo del sistema sanitario). Proceso con el que era obligado confluir e interactuar.

Sin embargo, cuando se planteaba la integración de la salud mental en el sistema sanitario general, se pensaba que la integración de una *parte* en un *todo* (que hasta ahora habían estado separados), significaba un proceso complicado

de media o larga duración, que tenía que seguir más o menos un diseño compartido y supondría un esfuerzo por ambas partes. Así la parte *pequeña* debería hacer un esfuerzo importante por entender los principios de funcionamiento del conjunto donde se iba a integrar y renunciar a determinadas peculiaridades, que hasta ahora habían venido cultivando por su cuenta en la marginalidad.

Pero también, la parte *grande*, es decir el conjunto del sistema sanitario, tenía que hacer un esfuerzo paralelo por ampliar su campo de visión y acoger aspectos que hasta ahora habían estado fuera del mismo, desde el punto de vista de la orientación, de los nuevos profesionales, y sus prácticas diferenciadas. Todo ello significaba obviamente un proceso de transición complejo y no exento de tensiones.

Cuando se hizo el primer diseño de la transición desde los servicios de asistencia psiquiátrica tradicionales a un sistema de atención de carácter comunitario, se pensó que en un primer momento debería de haber una estructura administrativa que lo dirigiese. Así se creó el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), que con menor o mayor fortuna iba a controlar, por decirlo de alguna manera, que la transición y adaptación en el interior del sistema general se hiciera en las mejores condiciones posibles.

En aquel momento y teniendo en cuenta las condiciones económicas, no se pensó que iban a aparecer tantas dificultades en ese proceso. En la práctica, cumplidos los objetivos administrativos del IASAM, con la integración de las Diputaciones, la unificación de redes y el diseño e implantación de las bases de

un modelo alternativo, parece lógico que esta institución desapareciese. Sin embargo, su desaparición ocurre en condiciones que probablemente no eran exactamente las mismas que se pensaban cuando se inició la reforma.

En primer lugar ocurre en un contexto general muy diferente, es decir, en un contexto de crisis económica importante, en el que se habla de defender lo que se pueda del *estado de bienestar*, y no de ampliar un estado del bienestar todavía bastante precario en las condiciones de España y en las condiciones de Andalucía.

En segundo lugar, ocurre en un determinado contexto dentro del sistema sanitario, en el que, por un lado, esa crisis económica general repercute en las dificultades financieras del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que todos conocemos y que hacen que, por decirlo de modo gráfico, haya que *mirar hasta la última peseta*.

Y también la integración se produce en un contexto de cambio organizativo dentro del sistema, es decir, con los cambios de estructura y de personas producidos a lo largo de lo que llevamos de legislatura, tanto en el SAS como en las relaciones entre el SAS y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Por último, y aunque es un aspecto más difícil de concretar, así como al comienzo del proceso de reforma psiquiátrica, la salud mental era un elemento importante y clave en el desarrollo de políticas de atención sanitaria en este país, da la impresión que en estos momentos por efecto de la crisis y de los nuevos planteamientos sobre lo que tiene que ser el sistema sanitario, no parece que estemos en la misma situación, y hay muchos otros problemas sanitarios y no

sanitarios que compiten favorablemente con nosotros a la hora de definir prioridades.

La existencia de estos contextos de crisis y la desaparición brusca del IASAM, hizo que el proceso se alejase un poco de lo que en algún momento se pensó que pudiera haber sido. Muchos problemas que no se resolvieron en la última fase de la reforma psiquiátrica por parte del IASAM (fruto de errores más o menos inevitables en su desarrollo), no fueron contrarrestados o resueltos en el proceso de integración en el SAS. Así ni se pudieron desarrollar los recursos que faltaba, ni se fue lo suficientemente ágil en el arreglo de los problemas administrativos; no se tenía muy claro cual iba a ser la evolución futura de la estructura organizativa del sistema y quedaron pendientes problemas como la relación entre las áreas de salud general y las áreas de salud mental, o la situación de los coordinadores de área de salud mental (la relación entre la estructura jerárquica de los servicios de salud mental y las del resto del sistema; siguió habiendo problemas de estabilidad y condiciones de contratación de bastantes profesionales; etc., etc).

En fin, que parece justificada la impresión de que no ha sido esta la mejor de las formas teóricamente posibles, aunque quizás era difícil que hubiese sido de otra manera (esto es siempre opinable, evidentemente). En cualquier caso no ha dejado de repercutir negativamente sobre aspectos importantes de funcionalidad del sistema y, lo que quizás me preocupa más en estos momentos, sobre lo que podríamos llamar *moral del personal*, es decir, la disponibilidad de las personas para seguir trabajando en

un proceso que no responde exactamente a las expectativas que parecía razonable tener anteriormente.

P: *En todo este proceso de integración de la salud mental que estábamos comentando, quizás sería interesante analizar el proceso de integración e incorporación de los psicólogos, ¿cómo fue realizada esta integración?*

R: Antes de contestar a eso, y a pesar de que quizás me he extendido en exceso en la pregunta anterior, había alguna cosa más que quisiera añadir. Aunque pienso que el proceso no se hizo de manera adecuada y que hay no pocos problemas que se han quedado pendientes y que podían haberse solucionado, no quiero decir con ello que hubiera sido mejor no integrarse. Yo creo que la apuesta por la integración era necesaria, y que, nos gusten o no algunos detalles, es positiva. Por un lado, no nos quedaba otra alternativa, pues las líneas de fuerza del sistema iban por ahí. Pero además creo que siguen siendo válidos los planteamientos teóricos y estratégicos que teníamos al principio. Tenemos que estar en el sistema sanitario general, tenemos que hacer un esfuerzo para que el sistema sanitario general sea más permeable a las necesidades específicas de la red de atención a la salud mental y también es saludable que nosotros hagamos un esfuerzo por adaptarnos al conjunto del funcionamiento del sistema. Y en ese sentido la valoración es, a pesar de todo, positiva, aunque el proceso sea más traumático de lo que quizás debiera haber sido.

Lo mismo se aplica al tema del psicólogo. Creo que podemos hacer un repaso

ahora de la situación con ayuda de algunos datos cuantitativos, y yo diría que, en general, es razonable pensar que el psicólogo está, en estos momentos en el sistema sanitario, en bastante mejores condiciones que cuando empezó el proceso en 1984.

Un primer elemento a tener en cuenta sería el crecimiento del número de psicólogos desde 1984 en el sistema sanitario público. Se ha pasado de treinta y nueve en 1984 hasta aproximadamente ciento cincuenta en la actualidad. En conjunto, se ha ganado en número de profesionales, en condiciones de trabajo y en desarrollo futuro de la profesión dentro del sistema. Sin embargo, no creo que se haya llegado a un tope, ni mucho menos. El aumento de psicólogos ha sido importante pero su número está todavía lejos de igualar, por ejemplo, al de los psiquiatras dentro de los técnicos superiores.

Un segundo elemento a considerar es el del número de psicólogos que ocupan puestos de responsabilidad dentro del sistema. En este momento puede haber un treinta por ciento de psicólogos al frente de equipos, pero no hay ningún psicólogo como Coordinador de Área y hay dos psicólogos entre los Coordinadores Provinciales de Rehabilitación que ejercen, además, las funciones de directores de sus respectivos hospitales psiquiátricos (Cádiz y Sevilla). Yo creo que ha sido un paso adelante importante, aunque todavía no proporcional a lo que representan los psicólogos, al menos, en términos cuantitativos.

Y el último elemento (tan importante o más que los anteriores) es lo que representa la puesta en marcha del programa PIR. Lo conseguido hasta ahora no

es totalmente satisfactorio, pues todavía no ha sido reconocida la especialidad sanitaria en psicología clínica. Pero pienso que se ha dado un paso importante con la creación del programa y con el hecho de que en este momento haya al menos una convocatoria a nivel nacional. Todo esto significa una posibilidad de formación para los psicólogos en clínica, un enriquecimiento importante para la red sanitaria en términos de otros profesionales en formación, también un estímulo para los psicólogos en ejercicio en la red y, un paso importante de cara a que algún día el Estado se plantee como debe ser la constitución de una especialidad en psicología clínica, consecuencia lógica de esta primera convocatoria a nivel estatal de plazas de formación postgraduada.

Más difícil es valorar qué ha significado ese proceso de introducción de psicólogos en el conjunto del sistema, en relación a los cambios que ha supuesto en tipos de trabajo y técnicas de intervención. Los sistemas de información que tenemos hasta este momento no nos permiten saber si el hecho de haber introducido al psicólogo en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) ha significado que se trabaje mejor de lo que se trabajaba antes en el conjunto del equipo, ni nos permite saber en que medida supone diversificar la disponibilidad de técnicas de intervención. Sin embargo, no es aventurado pensar que algo tiene que haber cambiado con la introducción de profesionales nuevos en la dinámica de los equipos de trabajo y en el hecho de que se diversifique la oferta asistencial y se pongan en marcha nuevas técnicas. Quizás en el terreno en el que eso es más evidente es en rehabi-

litación, donde probablemente el protagonismo es mayoritario de los psicólogos a diferencia del trabajo en los equipos, donde la situación es más compleja y también, en bastantes casos los psiquiatras han ido incorporando otro tipo de técnicas.

P: Todo esto nos lleva a una cuestión que nos preocupa como colectivo, ¿qué indicadores y qué criterios están detrás de esos indicadores para medir la efectividad del psicólogo en el sistema?

R: Actualmente no estamos en condiciones de medir la eficacia y la eficiencia de la introducción del psicólogo, como tampoco podemos medirla para otros profesionales o dispositivos. Habría que ir un poco atrás y acordarnos de la situación de caos en la que estaban los servicios antes de la reforma. Ante esto, había dos alternativas de alguna manera contrapuestas. Una era intentar hacer una serie de experiencias de tipo piloto muy ricas en lo cualitativo, en la que se midiese muy bien lo que se hacía, se valorase y luego se pudiese extrapolar al desarrollo futuro del resto de la red. La otra, aunque con el riesgo de perder riqueza cualitativa, optar por hacer una transformación relativamente brusca, radical y bastante rápida de la infraestructura del sistema, que permitiese luego, en una segunda fase, empezar a hacer un trabajo cualitativo mejor. La verdad es que se optó por la segunda, lo que tenía su justificación pero también sus riesgos. Tenía la justificación de que no se disponía de muchos tiempo y había una situación bastante lamentable. En el sistema público coexistían cinco redes distintas y con los manicomios y los ambulatorios

de neuropsiquiatría se ofrecía una mala calidad asistencial a la población, lo que no dejaba margen para hacer experiencias pilotos muy ricas y muy evaluadas, para luego en los años futuros extenderlas. Yo creo que esto era poco realista además de injusto. Basándose en consensos nacionales e internacionales, se pensó que merecía la pena hacer un cambio brusco, aun a riesgo de no poder medir muy bien lo que se hacía. Pero eso tenía también sus riesgos, y tiene que ver con lo que vosotros preguntáis. El riesgo es que no se pusieron en marcha mecanismos de evaluación, que pudieran permitir medir ese tipo de cosas en el conjunto del funcionamiento de la red. También es verdad que no sólo es un problema de estrategias y de riesgos en el desarrollo del proceso, sino que en estos momentos, si leemos la literatura internacional con respecto a la evaluación, en cualquiera de los parámetros de eficacia y eficiencia de los servicios de salud mental, no parece que haya un consenso importante con respecto a criterios a aplicar para valorar los indicadores a este respecto. Es decir, que tampoco es que nosotros estemos muy por detrás de la mayor parte de la gente, hay cosas que se pueden hacer y que aquí no se han hecho, pero en general, hay muy pocas cosas hechas con carácter definitivo en este terreno.

Resulta muy difícil medir para qué es eficaz un psicólogo, salvo que tengamos muy definidos previamente cuáles son los objetivos de su trabajo. A veces, aunque se tenga muy definidos los objetivos, tampoco es muy fácil especificar luego dimensiones cuantitativas que traduzcan esos objetivos.

De hecho, y por entrar directamente en la polémica, cada uno funciona con esquemas referenciales diferentes y, es

verdad que desde determinados puntos de vista, se puede pensar y de hecho se piensa (especialmente en algunos dispositivos donde hay una supuesta presión importante de la demanda sobre el servicio y, en las que por tanto, es necesario trabajar a un ritmo *muy* rápido), que lo que hay que hacer es ver a mucha gente en el menor tiempo posible. Si esto fuese así, parece que en estos momentos algunos psiquiatras están más entrenados a hacer eso que los psicólogos y ese es un criterio defendible. Es más que probable que no sea este el criterio más adecuado, pero el problema es que aún no tenemos operativizados otros que nos permitan medir eficacias alternativas.

P: En vez de usar criterios cuantitativos, ¿no sería factible utilizar indicadores cualitativos relacionados, por ejemplo, con la calidad asistencial o satisfacción del usuario?

R: Se podrían buscar indicadores en términos de calidad asistencial o de grado de satisfacción, pero incluso esos indicadores son complicados, pues no son fáciles de definir.

Una de los problemas que hay en la evaluación de programas y servicios de salud mental es que si bien, es muy fácil evaluar cosas muy sencillas como la eficacia terapéutica de un fármaco en un contexto de laboratorio, es muy difícil evaluar, por ejemplo, un proceso psicoterapéutico. Tenemos que definir un indicador, pero además, tenemos que definir un estándar de calidad para ese indicador, por ejemplo, si lo queremos traducir a lo nuestro: ¿Cómo podemos medir una buena intervención en una

consulta ambulatoria en un ESMD? ¿Hay, por ejemplo, algún tipo de estudio con una metodología rigurosa, que nos permita decir con carácter general que una entrevista de una hora es mejor que una de un cuarto de hora? ¿Qué criterios debería reunir esa entrevista para que pudiéramos decir que realmente es mejor que otra? Una persona con orientación psicoanalítica tendrá una opinión, otra con orientación cognitivo conductual puede tener otra muy diferente. Lo tenemos más claro en los fármacos, resulta más fácil de medir, pero sabiendo que lo que medimos a veces dice poco. Del mismo modo, es muy difícil definir estándares de satisfacción de usuarios. Había usuarios satisfechos en las consultas de neuropsiquiatría, es decir, donde nadie les preguntaba nada, les daba un fármaco, se iban a su casa y nadie les metía en problemas. Tal vez un usuario de esos, en manos de un psicoanalista, de alguien que pretende bucear en qué tipo de problemas tiene detrás y le hace enfrentarse con determinados aspectos de su vida, no refleje la misma satisfacción. Algo por el estilo puede suceder con familiares de enfermos en relación con *largas hospitalizaciones*. Evidentemente, son ejemplos simplistas, pero creo que reflejan algunas de las dificultades no resueltas en este campo, y sobre los que aún nos queda mucho por hacer a todos. Siendo capaces de establecer consensos profesionales más allá de nuestras legítimas orientaciones personales, por ejemplo.

P: *Ahora nos gustaría profundizar un poco en lo que ya se empezó a valorar en la pregunta anterior cuando hablábamos del proceso de integración del*

psicólogo. Desde su punto de vista, ¿cuáles son la aportaciones del psicólogo al sistema sanitario?

R: Yo no sé si la valoración debería medir dos cosas distintas: una sería ¿qué le ofrece la nueva red al psicólogo?, y la otra, ¿qué es lo que le ofrece el psicólogo a la nueva red? Serían los dos elementos a tener en cuenta y en las dos hay aspectos positivos y aspectos negativos.

La nueva red le ofrece al psicólogo un campo profesional nuevo, variable según los distintos dispositivos, equipos y lugares concretos en los que cada uno de ellos está trabajando. Le ofrece la oportunidad de realizar una práctica profesional en equipo, con profesionales distintos con los que hasta ahora no se había relacionado a un mismo nivel. No están muy lejos los tiempos en que el papel profesional del psicólogo en el interior del sistema sanitario era hacer *tests* a petición del psiquiatra. Le ofrece también, un nuevo terreno en el que discutir con otros profesionales, que tienen otra visión de los problemas de salud y enfermedad, y por último, le ofrece un campo, no en el sentido de práctica clínica, sino en el sentido de carrera profesional o de niveles jerárquicos.

Por otro lado, yo creo que el sistema no utiliza de manera adecuada al psicólogo y eso es culpa de los dos (del sistema y de los psicólogos). Tengo la impresión de que ha habido un proceso de acantonamiento de los psicólogos en determinados dispositivos y en determinados tipos de prácticas profesionales. Durante mucho tiempo el lugar fundamental de los psicólogos ha sido la atención a los niños, la rehabilitación, la atención a pacientes neuróticos, y mu-

cho menos a pacientes psicóticos. En este sentido, no tengo una información cuantitativa precisa, pero tengo la impresión de que los tiros siguen yendo por ahí.

Paralelamente, si hablamos de lo que le ofrece el psicólogo a la nueva red, creo que está claro a nivel teórico. Le ofrece unas competencias profesionales y una nueva manera de conceptualizar los problemas de salud y enfermedad (que era la apuesta inicial de integrar psicólogos dentro de la reforma sanitaria), con conocimientos que hasta ahora sólo muy rudimentariamente estaban en el campo profesional del psiquiatra y de los otros profesionales. Le ofrece también un nuevo profesional para trabajar en equipo, haciendo que el resto de los componentes del sistema tengan a alguien con quien discutir y confrontar ideas y prácticas, a veces de manera conflictiva, pero la mayoría de las veces de manera útil. Le ofrece un inventario de técnicas de intervención que también antes sólo muy parcialmente estaban en manos de los psiquiatras, y en este sentido, la introducción de técnicas cognitivo-conductuales es un claro ejemplo de ello, ya que estaban hasta hace poco escasamente representadas en la red. Además de nuevas técnicas para el abordaje de problemas de patología mental, también hay que destacar la aportación de nuevas prácticas de trabajo con otros profesionales, como por ejemplo, en atención primaria y en los hospitales, aunque esto no se ha hecho en la medida en que sería deseable y posible (quizás más en el trabajo con atención primaria y probablemente mucho menos en lo que es el trabajo con otros elementos del sistema sanitario).

P: *Más concretamente, ¿cómo valora usted el trabajo de los psicólogos en los ESMD?*

R: Cuando se planteó el proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía, se pensaba que los dispositivos debían estar formados por equipos multidisciplinares, compuestos por profesionales con diferentes bagajes teóricos y técnicos. Por tanto, tenían que repartirse un campo que no era de nadie, es decir, que ninguno de ellos podía aspirar por sí mismo a cubrir con sus conocimientos y técnicas de intervención, el conjunto de problemas de salud mental que debería abarcar un equipo polivalente en la red de servicios de atención a la salud mental.

En un equipo multiprofesional debe haber una distribución del terreno según una serie de normas, unas fijas y otras más flexibles, que varían en función de las características concretas del dispositivo, de la población, de las personas que han entrado allí, de sus conocimientos, de sus intereses, etc.

El *mínimo exigible* está en relación a que cada uno de sus miembros debe tener una visión de conjunto de lo que hace el equipo al que pertenece. Por tanto, debe haber una discusión en común del conjunto del trabajo que se hace, pero luego tiene que haber una cierta flexibilidad en la distribución de tareas que tenga en cuenta las capacidades y las características peculiares de cada uno.

Si la cosa no ha cambiado mucho en fechas muy recientes, y me temo que no, tengo la impresión que los psiquiatras y los psicólogos se reparten el trabajo según un patrón muy común en la mayor parte de los equipos, y es en este patrón

en el que fundamentalmente se basan algunos profesionales de la red junto a algunos miembros del aparato administrativo, para decir en algún caso, que les resulta más rentable un psiquiatra que un psicólogo. El psiquiatra ve inicialmente toda la demanda, hace intervenciones farmacológicas, hace intervenciones de apoyo y psicoterapéuticas más o menos entre comillas y asume la mayor parte de la demanda y sobre todo la demanda de psicóticos que es la más pesada. Por contraposición, el psicólogo se dedica a atender niños (que normalmente los psiquiatras no quieren atender), a hacer programas de rehabilitación o a trabajar en psicoterapias con pacientes neuróticos. Tengo la impresión de que esa es todavía una situación sino mayoritaria si, al menos, muy frecuente, y eso no es bueno. Ni es bueno para el psicólogo como profesional, que está marginándose de campos profesionales de interés, ni es bueno para el conjunto de la red, que sigue estableciendo una división que yo creo no va en línea con una moderna atención comunitaria.

P: Puede que lo que usted está comentando tenga que ver con un fallo compartido de modelos. Existen otras tendencias que plantean modelos de intervención más coherentes con lo que se definió en la reforma. En ellos el papel del psicólogo va más allá de la simple respuesta psicoterapéutica, dedicándose fundamentalmente a tareas que tienen que ver con el diseño e implementación de programas preventivos, de intervención y de contacto institucional. ¿Cuál es su opinión en este sentido?

R: En lo que estas diciendo sigo viendo, con matices, el mismo proble-

ma. Si la división entre psiquiatra y psicólogo consiste en que el psicólogo se va a dedicar a otras cosas distintas a la atención de la demanda directa y es el psiquiatra el que realmente la asume, esto terminará por echar al psicólogo del sistema, ya que en la evolución actual de la política sanitaria lo que va a primar fundamentalmente en el sistema sanitario es la atención a personas enfermas más que a otro tipo de problemas. En ese contexto, si no hay un reparto de la carga asistencial directa entre el psicólogo y el psiquiatra, y un reparto en la carga de las relaciones externas entre uno y otro, el sistema terminará echando a uno de los dos.

No sé si eso se puede decir así de manera tan tajante, pero creo que esa es la situación. Sin embargo, nuestro planteamiento no ha sido ese, más bien tendemos a plantear que si un equipo tiene que atender a una demanda, porque es un equipo sanitario y al sistema sanitario lo que le pide la gente es, en primer lugar, que atienda a las personas enfermas, el equipo tiene que repartirse equitativamente esa tarea asistencial. Hay experiencias de gentes que se reparten el trabajo, es decir, experiencias en los que ambos profesionales se reparten la asistencia por igual, recurren al otro cuando necesitan un complemento a la intervención que hacen y dedican un tiempo a la atención a la demanda y otro tiempo a otro tipo de actividades. Yo creo que esa debería ser la tendencia, en beneficio de todos: profesionales y usuarios.

P: Sabemos que tradicionalmente el psiquiatra aborda gran parte de la atención a los psicóticos del área. Pero esa es una valoración que habría que matizar,

pues la atención que se presta a esta población, desde ciertas prácticas psiquiátricas, está basada en criterios puramente sintomatológicos y por lo tanto bastante limitados. En cambio, la atención que están impartiendo algunos psicólogos, es una intervención no solamente cuando están en crisis, sino que se plantea como objetivo la mejora de la calidad de vida del paciente psicótico durante las intercrisis.

R: Sí, es cierto, pero yo pondría en duda que ese tipo de intervención se haga de forma mayoritaria en lo que es el núcleo fundamental del sistema, los ESMD. Otra cosa son los psicólogos que trabajan en las Unidades de Rehabilitación, en dispositivos de tercer nivel, que están haciendo ese, y otros tipos de intervenciones importantes. Pero no creo que en la mayor parte de los ESMD de la Comunidad Autónoma Andaluza, se estén haciendo de forma considerable ese tipo de intervenciones, ni por parte de los psicólogos, ni por supuesto de los psiquiatras. De hecho yo diría que, con evidentes excepciones, el peso mayoritario de las intervenciones que podemos relacionar con la *rehabilitación* lo están llevando, en los ESMD, (otra cosa es con qué grado de calidad, probablemente muy variable) el personal de enfermería y trabajo social.

P: *De todas formas es una aportación que están haciendo los psicólogos al sistema, sea en las Unidades de Rehabilitación o en otros dispositivos.*

R: Es verdad que es una aportación que han desarrollado mayoritariamente los psicólogos, pero no necesariamente

debería considerarse como una aportación *suya*, ya que debería ser una característica de la intervención de cualquier profesional de la red con los psicóticos. De todas formas pienso que el psicólogo no debería acomodarse solamente en esas tareas, sino que debe procurar meterse, nos guste o no, en el núcleo fundamental del sistema sanitario que es la atención clínica directa a la mayor parte de los pacientes que llegan.

Aunque probablemente es cierto, hay que matizarlo más. Tampoco pretendo hacer pensar que lo que yo digo sea aplicable al cien por cien al conjunto de la red. Sería más preciso decir que estoy exagerando un poco una tendencia, sin embargo real.

P: *La psicología clínica y social hace aportaciones significativas respecto a lo que sería el trabajo preventivo y comunitario, más que la respuesta únicamente basada en modelos psicoterapéuticos. ¿No sería, entonces, una de las funciones del psicólogo hacer que lo psicológico se contemple en la tarea de otros profesionales, como por ejemplo, la inclusión de lo psicológico en atención primaria?*

R: Creo que en lo que tú dices hay efectivamente dos cosas distintas. Una es la contribución de la psicología y otra es la contribución del psicólogo como profesional concreto. Hay muchas disciplinas teóricas que contribuyen al trabajo en salud mental sin tener profesionales dentro de un equipo, como es el caso, por ejemplo, de la sociología. Evidentemente hacer una práctica profesional en salud mental comunitaria significa incorporar a la manera de conceptualizar los problemas y al manejo de determinadas

técnicas de intervención, conocimientos que vienen de la sociología, la antropología y otras disciplinas. Y esto no significa que tenga que haber profesionales de la sociología en los equipos asistenciales. Sin llegar a ese extremo, es evidente que el profesional que tiene un mayor conocimiento de la psicología es el psicólogo, pero eso no quiere decir que en todos los sitios quién más utiliza conocimientos de la psicología para el trabajo de tipo comunitario sea el psicólogo. Hay psiquiatras que tienen una formación en psiquiatría social, aunque no muy sistemática, pero hacen aportaciones al trabajo diario. Y, sin embargo, hay psicólogos que a pesar de tener esos conocimientos se han acantonado en un trabajo clínico y no hacen otro tipo de intervenciones, para las cuales si están capacitados.

De todas formas y volviendo una vez más al tema anterior, tengo la impresión de que en estos momentos la mayor parte de la contribución personal del psicólogo en el ESMD no es al trabajo comunitario, es al trabajo clínico, pero en una posición que no es de reparto igualitario con el psiquiatra. No era esto lo que se pretendía, ni creo que sea achacable exclusivamente a la voluntad del psicólogo. En algunos casos, tal vez sea producto de la presión que hayan tenido que aguantar y, en otros casos, porque así lo han querido ellos. De todas formas, lo primero que tenemos que hacer es constatar en la práctica cuál es exactamente la situación y yo creo que es esa, aunque estaría muy contento de equivocarme.

También es verdad que hay prácticas innovadoras en no pocos ESMD y en otros elementos de la red, en la que están

contribuyendo psicólogos. Desde luego, lo que no quisiera es que se pensase que estoy planteando que en este momento el psicólogo en el sistema sanitario no está significando nada. Creo que esto no es verdad y que en estos momentos el psicólogo está haciendo prácticas profesionales de interés, está contribuyendo a que bastantes equipos tengan visiones distintas de las que daba el psiquiatra y el resto de los profesionales. En definitiva, una red de servicios de atención a la salud mental moderna y que quiera dar una prestación eficaz y eficiente a la población, no puede prescindir del psicólogo.

P: No queremos decir que esto sea lo que se afirma desde los servicios centrales, pero, ¿no le parece que existe una tendencia en ciertas personas a pensar que el psicólogo debe demostrar su valía y en muchos momentos desde supuestos que se acercaría más a modos de intervención más basados en modelos biologicistas?

R: En parte es verdad lo que estás comentando. No sé si queda clara mi postura, pero no estoy diciendo en esta entrevista que el psicólogo mientras no muestre lo contrario no sirve. Yo estoy convencido que los psicólogos son útiles y necesarios en el sistema, lo que ocurre es que la dinámica general no está permitiendo que el psicólogo rinda todo aquello que debería rendir, y tampoco hay que perder de vista algo que tú decías antes, son pocos años de proceso y quizás es inevitable que las cosas sean aún así. Algo parecido es lo que le pasa a la red de salud mental dentro del sistema sanitario general. Para cualquier-

ra que entra en un contexto más grande, las condiciones de este le suponen una presión para que se adapte a sus principios de funcionamiento y hasta que no asuma dichos principios y características, será visto bajo sospecha. Aunque sea un aspecto parcial, creo que esto es lo que le está ocurriendo a los servicios de salud mental en su conjunto dentro del sistema de salud general. Por ejemplo, desde algún servicio médico de nuestra comunidad autónoma, se planteaba que la utilización de procedimientos de enlace y de interconsulta con salud mental, lo que estaba produciendo era un aumento de las estancias medias de los pacientes en ese servicio. Habían constatado en términos cuantitativos que si recurrían a las interconsultas con salud mental, sus pacientes tenían una estancia media más prolongada que si no lo hacían. Evidentemente esto ocurría porque el paciente entraba en un nuevo proceso y por tanto el alta se retrasaba hasta que estaba en condiciones de recibirla. Evidentemente que es una visión demasiado simplista, pero también esa es una visión que hay. Esta es otra de las servidumbres del sistema en el que estamos metidos, que afecta al conjunto de los servicios y de los profesionales.

P: *Desde el análisis de la práctica profesional, el psicólogo da altas, prescribe ingresos hospitalarios, hace informes que sirven para peritaciones judiciales, diagnóstica, hace psicoterapia, etc. Sin embargo, existe en el momento actual una deficiencia en cuanto a la definición jurídica y administrativa del psicólogo para que se le reconozca como técnico sanitario y especialista. ¿Qué podría comentarnos respecto a este tema?*

R: Un proceso social que pretende hacer una transformación importante en el ámbito de los servicios públicos y que se hace en un período de tiempo relativamente corto, inevitablemente genera contradicciones en el terreno administrativo.

Si se hubiese ido avanzando despacio, solucionando cada uno de los problemas administrativos según se iban presentando y no dando un paso sin haber apuntalado el anterior, probablemente hoy no habría esa contradicción que planteáis tan claramente, entre otras cosas por que probablemente el proceso no se hubiese realizado.

Es cierto que el psicólogo siendo en la práctica un especialista sanitario dentro de la red de servicios públicos de atención a la salud mental, no lo es en el terreno administrativo. Pero hay más contradicciones. Por ejemplo, la que genera contratar psicólogos nuevos al mismo tiempo que se pone en marcha un proceso de formación postgraduada de tres años, teniendo en cuenta que la gente que entra en el sistema PIR ha pasado por la misma universidad y tiene el mismo tipo de formación que los psicólogos que se han contratado.

Es tal la complejidad administrativa que no resultaba posible resolver estas contradicciones desde la voluntad de una administración autonómica como la nuestra. De hecho, los cambios en la consideración administrativa de los profesionales de la red sanitaria general, están sujetos al estatuto marco del personal sanitario de la seguridad social. Este era y sigue siendo el núcleo fundamental del Sistema Nacional de Salud, y sólo se puede cambiar por ley a nivel del Estado, tras un proceso de negociación con otros

colectivos profesionales que tienen una fuerza importante y que se resisten a ceder lo que ellos consideran *ganancias adquiridas* y abrir nuevos campos a otros profesionales que pueden ser *competidores* suyos.

Se podría haber optado por esperar a que eso se solucionase a nivel del Estado, o tirar para adelante siendo conscientes que se generaban contradicciones. Si se optó por la segunda alternativa fue porque se pensó que una manera de resolver esas contradicciones era ir generando un volumen cada vez mayor de psicólogos dentro del sistema, de forma que este incremento de profesionales funcionase como un estímulo más, que tarde o temprano, ampliase el marco administrativo, obligando a los legisladores a adaptarse a la realidad.

Todavía esta situación no ha cambiado por completo, aunque tendría que haberlo hecho ya, pues en la práctica los psicólogos están trabajando como profesionales sanitarios y especialistas. De todas formas se ha recorrido un camino que permite plantearse hoy ese reconocimiento en mejores condiciones.

P: *¿Qué información tiene usted sobre la situación de los psicólogos en el resto del estado español y en el extranjero?*

R: La información que nosotros tenemos no es muy detallada. Conocemos relativamente bien la situación en España (al igual que vosotros). Andalucía es de las pocas Comunidades Autónomas en la que los psicólogos tienen tal representación cuantitativa en los servicios públicos, tal desarrollo profesional en terrenos amplios y tal nivel de represen-

tación en lo que respecta en la jerarquía de los servicios.

En los lugares de Europa con los que tenemos más relaciones y por tanto información, como Francia, Italia y los países nórdicos, tengo la impresión de que no se ha dado un proceso de incorporación tan masivo de psicólogos y una definición profesional tan amplia en el interior del sistema sanitario. A mí me llama la atención ver como en Italia, un país con el que nos sentimos tan próximos y con el que además compartimos muchos de los objetivos y planteamientos generales del proceso de reforma psiquiátrica, no se ha producido un proceso de incorporación del psicólogo al sistema sanitario parecido al nuestro. Es decir, tengo la impresión de que en pocos sitios se ha abordado un proceso de reforma psiquiátrica con tal amplitud de miras, que además haya permitido al psicólogo desarrollar una práctica profesional distinta y que sirva también de modelo para otros lugares.

Del continente americano, sólo conozco relativamente bien algunos sitios de Latinoamérica con los que mantenemos actividades de cooperación. Allí la situación es, también, bastante distinta que aquí y, en general, hay pocos psicólogos dentro del sistema público. Fundamentalmente la práctica profesional del psicólogo es en el ámbito privado, con visiones muy reduccionistas y dispares de su rol, es decir, dedicados en algunos casos a hacer psicodiagnóstico, en otros casos a hacer psicoterapias muy sofisticadas, pero al margen de un planteamiento del sistema público que les permita a hacer desde actuaciones preventivas hasta intervenciones rehabilitadoras.

Tampoco sirve de mucho consolarse con que los demás están peor, pero a veces es bueno echar una mirada alrededor antes de pensar como está uno en el sitio en el que está.

Quizás la excepción en América Latina es Cuba, en la que sí ha habido una incorporación masiva de psicólogos al campo de la salud general y al campo de la salud mental, que merece la pena no olvidar. En este país los psicólogos tienen un papel muy importante en el sistema sanitario general. Sin embargo, la contribución que puedan hacer a lo que es aquí intervención específica en salud mental, está bastante lastrada por la propia estructura del sistema de atención psiquiátrica, muy centrada todavía en los hospitales psiquiátricos y bastante lejana, en mi opinión, de lo que nos gustaría que fuese un planteamiento comunitario de atención a la salud mental. Pero eso no debe hacernos olvidar todo el papel de los psicólogos cubanos en el campo de la salud general que está muy por encima del resto de América Latina y de otros muchos países.

P: Para ir concluyendo, nos gustaría preguntarle sobre una noticia recientemente publicada en una revista médica en la que se informa sobre la existencia de un catálogo elaborado por el Ministerio de Sanidad, en donde se definen las prestaciones que se ofrecerían a los ciudadanos desde el sistema sanitario público. En dicha noticia se habla de una reducción considerable de prestaciones en materia de salud mental. ¿Qué podría usted decirnos sobre este tema?

R: No se la fiabilidad de esta noticia y tampoco tengo conocimiento oficial de

que eso sea así. Lo que si conozco son unas declaraciones públicas de la ministra diciendo que el sistema sanitario tendría que elaborar un catálogo de prestaciones. Me parece lógico que un sistema sanitario público defina por un lado, qué cosas está dispuesto a ofrecerle a la población y en qué condiciones y, por otro lado, procurar que ese catálogo de prestaciones sea homogéneo para el conjunto del Estado de forma que todos los ciudadanos tenga derecho al mismo tipo de prestaciones asistenciales.

Aparte de esto, no tengo mayor información que la que viene en la revista que citáis. De alguna manera, si fuese cierta confirmaría los temores que algunas personas tienen sobre la evolución del sistema sanitario en nuestro país. Se viene hablando hace mucho tiempo de la necesidad de reducir prestaciones, como una manera de racionalizar el gasto público en el contexto de crisis económica en la que nos encontramos. Desde mi punto de vista esta puede ser una *necesidad* del sistema, al menos tal como funciona, y no sería de extrañar que dada la sensibilidad y desconcierto que existe en algunos ambientes en relación a los problemas de salud mental, alguien pudiese proponer que determinadas prestaciones se excluyesen del sistema público. Tema que no solamente afecta a los psicólogos, sino al conjunto de los profesionales que trabajan en salud mental y fundamentalmente a la población usuaria de estos servicios.

De todas formas no creo que sea ese el planteamiento del Ministerio de Sanidad. Desde luego no lo es de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma Andaluza, donde está vigente el objetivo de que la reforma psiquiátrica siga

adelante y que las prestaciones que en este área se le están dando a la población no sólo no disminuyan sino que se incrementen, especialmente en términos de calidad y eficiencia.

Sin embargo no debemos olvidar que las condiciones que tenemos en Andalucía no son homogéneas con el conjunto de las Comunidades del Estado. Si fuera cierto un planteamiento de ese tipo, significaría una marcha atrás en poco más de tres o cuatro Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Madrid y poco más). En la actualidad el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), transferido o no, en la mayoría de las regiones, prácticamente no se hace cargo de la atención hospitalaria, ni de la rehabilitación, ni de intervenciones comunitarias más allá de la consulta individual con predominio de respuestas farmacológicas. Y en la mayoría de las Comunidades Autónomas, los hospitales psiquiátricos

siguen en pie en condiciones deplorables, con un escaso desarrollo de dispositivos comunitarios.

Por eso es el momento menos indicado para la desunión entre los profesionales por conflictos de competencia profesional u orientaciones paradigmáticas. Tampoco lo es para que, sin renunciar a seguir criticando lo criticable y reivindicando lo que razonablemente se deba reivindicar, perdamos de vista el camino recorrido y el poder conseguido dentro del sistema (en términos aunque sólo sea de recursos y de prestigio ante los usuarios y la población). Consolidar esos aspectos a través de una práctica profesional cada día más eficiente y de mayor calidad, de la unidad entre los profesionales y de la alianza estratégica con otros profesionales del sistema y con la población, es la mayor garantía frente a futuros intentos reduccionistas si desgraciadamente llegan a producirse.