

# SUMARIO

## EDITORIAL [pág. 1]

*Otra vuelta de tuerca.  
Junta de Gobierno de la AMSM.*

## NOTICIAS [pág. 4]

*Nueva agresión a los Servicios  
de Salud Mental de Leganés.*

*Dimisiones y firmas contra los despidos  
y la gerencia de los Servicios  
de Salud Mental de Leganés.*

## HA PASADO [pág. 10]

*En el Grupo de Sanidad de Sol 15M.  
José Morales Zamorano.*

## COLABORACIONES [pág. 15]

*Avanzando hacia el desastre:  
la sanidad en la Comunidad de Madrid.  
Marciano Sánchez Bayle.*

*Derechos humanos y salud mental.  
Todavía hay mucho que hacer: defendernos.  
Andrés Torras García.*

*A propósito de la participación de Sami Timimi  
en el IX Congreso de la AMSM.  
Ibone Olza Fernández.*

*Más allá de la perspectiva médica  
en depresión y síntomas somatomorfos.  
Alberto Ortiz Lobo.*

## ARTÍCULOS DE OPINIÓN [pág. 30]

## HEMOS ESTADO... [pág. 35]

## PANÓPTICO [pág. 38]

# AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

año **2011**  
OTOÑO

BOLETÍN  
DE LA **ASOCIACIÓN**  
**MADRILEÑA**  
DE **SALUD MENTAL**

JUNTA  
DE LA ASOCIACIÓN  
MADRILEÑA  
DE SALUD MENTAL

**AMSM**

**PRESIDENTE**

Pedro Cuadrado Callejo

**VICEPRESIDENTE**

Iván de la Mata Ruiz

**VICEPRESIDENTA**

Agustina Crespo Valencia

**SECRETARIA**

María Alonso Suárez

**TESORERO**

Ángel Luis Lucas Sanz

**VOCAL DE WEB Y COMUNICACIÓN**

Juan Manuel Espejo-Saavedra Roca

**VOCALES**

Adolfo Benito Ruiz

José Morales Zamorano

Miguel Donas Hernández

# Editorial

## OTRA VUELTA DE TUERCA

*Junta de Gobierno de la AMSM*



Fuente: osasunpublikoa.blogspot.com

“Ya se está preparando el borrador de la carta que Esperanza Aguirre remitirá a todos los sanitarios: un corta y pega de la que ha remitido a todos y cada uno de los docentes de Educación Secundaria y Bachillerato con la nómina de agosto”

Sin apenas respiro pasamos de las últimas elecciones autonómicas a las generales y ya se están descontando, como hacen los mercados financieros, los efectos del día después del 20 de noviembre. Sin cambios en la dirección de la Consejería de Sanidad, todo está como estaba pero se empiezan a tomar decisiones dentro de la red que adelantan lo que nos espera en los próximos meses con el argumento de la reducción del déficit y de la “solidaridad de los profesionales” con la crisis. Ya se está preparando el borrador de la carta que Esperanza Aguirre remitirá a todos los sanitarios: un corta y pega de la que ha remitido a todos y cada uno de los docentes de Educación Secundaria y Bachillerato con la nómina de agosto, donde tras incrementarles el número de horas lectivas les dice: “Soy plenamente consciente de que se les está pidiendo un mayor esfuerzo. Pero pueden estar seguros de que ese esfuerzo no se les pediría si no fuera totalmente necesario, dada la situación crítica por la que atraviesa nuestro país. Basta con mirar alrededor o leer la prensa diaria para comprobar cómo los comercios cierran, las empresas despiden, los jóvenes van a engrosar las listas del paro y cada día hay más familias con todos sus miembros desempleados”. Se nota en el tono de la presidenta esa satisfacción con retransa del que siente que al fin se dan las condiciones que lleva esperando para poder llevar a cabo sus planes: el desmantelamiento de los servicios públicos. Es la misma expresión que transmite la Presidenta de la Comunidad de Castilla la Mancha cuando anuncia una reducción del 20% de los presupuestos de su Comunidad. Ahí están ellas, con la misma expresión del gato Silvestre que se acaba de zampar al canario Piolín. Y todo con unas elecciones generales que no han llegado pero que ya se dan por descontadas.

En la anterior legislatura, la aprobación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, la aprobación y puesta en marcha de los decretos de área única y libre elección, junto a la desaparición de las áreas sanitarias, la centralización de la atención en las ge-

“La fragilidad del modelo de Madrid estaba ahí: dejar la financiación del programa de Rehabilitación en manos de las Obras Sociales de Cajas, Bancos y Empresas era perder el control de su continuidad”

rencias hospitalarias y la desaparición de las funciones ejecutivas de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental supuso una quiebra radical en un modelo de atención que tenía por objetivo la creación de una red única de salud mental capaz de dar una respuesta integral a las necesidades diversas y cada vez más complejas de las personas con enfermedad mental. Entonces se apostó por un modelo muy medicalizado que dejaba fuera de sus prioridades las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y en el ámbito territorial y de relación de las personas con enfermedad mental y fuera de su incumbencia y al albur de la generosidad y recursos de la Consejería de Servicios Sociales, aspectos tan determinantes para el manejo, evolución y calidad de vida de las personas con Trastornos Mentales Graves como es la Recuperación y Rehabilitación Psicosocial. El resultado está ahí: la red se ha convertido en un conjunto de dispositivos fragmentados, dependientes de unas gerencias hospitalarias con distintos modelos de gestión y con objetivos y formas de funcionar muy diversos; pero donde prima el número de consultas nuevas psiquiátricas, el bajo tiempo de demora hasta la primera consulta psiquiátrica, las consultas de alta resolución y una muy baja ratio de consultas sucesivas psiquiátricas/consultas nuevas psiquiátricas por que estos son los indicadores de los que les pide cuenta la Consejería cada mes y en función de los cuales se asignan presupuestos. Los equipos, el trabajo de los demás profesionales y las demás intervenciones están y son imprescindibles, incluso se registran; pero no se tienen en cuenta como necesidad a cubrir y por lo tanto no generan necesidad. Se han suprimido la mayoría de los órganos colegiados de gestión y de coordinación, cada dispositivo se las ventila como puede con su Director Médico, y ya funcionan muy pocas Comisiones de Rehabilitación de Área y sus decisiones y gestión de las listas de espera de acceso a los dispositivos hospitalarios de rehabilitación y cuidados psiquiátricos prolongados son suplantadas, con frecuencia, por acuerdos personales entre profesionales y personas influyentes con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental que es la que firma los ingresos.

Los problemas de la Red de Rehabilitación son otros. La Red de Rehabilitación dependiente de la Consejería de Servicios Sociales se ha convertido en los últimos 8 años en un pilar básico de la atención a los trastornos mentales graves; pero los problemas financieros de los últimos 2 años han dejado en el dique seco la actualización y crecimiento de los dispositivos. Las consecuencias están ahí: se empiezan a alargar las listas de espera, para algunos Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Día ya están por encima de 18 meses, y se modifican a la baja los criterios de funcionamiento de los recursos: se acortan los periodos de estancia de las Minirresidencias, se priorizan intervenciones de corta duración y se dan altas sin que se culminen los procesos rehabilitadores y sin alternativas a los mismo fuera de estos dispositivos. La fragilidad del modelo de Madrid estaba ahí: dejar la financiación del programa de Rehabilitación en manos de las Obras Sociales de Cajas, Bancos y Empresas era perder el control de su continuidad. La crisis económica afectará a todo el sistema pero lo hará de una mane-



ra mucho más intensa a los Programas de Rehabilitación. La solución pasa por asumir que la Rehabilitación Psicosocial es una prestación sanitaria, reconocida como tal por el Ministerio de Sanidad, y por lo tanto debe ser una prestación de cuya financiación se haga cargo la Consejería de Sanidad.

Y ahora llegan los recortes. Las medidas de reducción de personal, no renovando contratos eventuales, ya se han empezado a ejecutar en Leganés y no serán las últimas. Los recortes llevan el argumento de la crisis pero tienen un sello muy ideológico. Los despidos de Leganés lo tienen como lo tiene el cierre de camas y consultas públicas llevado a cabo por el gobierno de CIU con el apoyo del PP en Cataluña, o los recortes en Castilla La Mancha que llegan hasta la eliminación de prestaciones como la de la

Interrupción Voluntaria del Embarazo. Y el mejor ejemplo está en Madrid donde se plantea el cierre del CSM de Torrejón tras su privatización y concesión al grupo de empresas liderado por Ribera Salud, con dispersión de los profesionales fijos y no renovación de los eventuales, al tiempo que se inaugura el Hospital de Torrejón de gestión enteramente privada. Este es el modelo de recorte. Un modelo que se venía preparando en los últimos años con una política de personal que ha favorecido la precariedad laboral, más del 40% de los profesionales de la red tienen contratos eventuales o interinos, y que se va a aplicar en un marco organizativo sin referencias ni compromisos poblacionales: la oferta asistencial se podrá concentrar, reducir o eliminar sin más. Los pacientes tendrán libertad para elegir y seguir buscando donde les atiendan si sus antiguos profesionales y dispositivos de referencia no tienen capacidad o han desaparecido.

“Estamos en periodo electoral y las decisiones que se están tomando por parte del gobierno de la Comunidad de Madrid, más allá de la crisis económica, no son sino otra vuelta de tuerca al desmantelamiento de la red sanitaria pública”

La propuesta que hacíamos en nuestro último editorial de la necesidad de un cambio de rumbo en la atención a la salud mental sigue siendo más necesaria hoy que hace seis meses. Estamos en periodo electoral y las decisiones que se están tomando por parte del gobierno de la Comunidad de Madrid, más allá de la crisis económica, no son sino otra vuelta de tuerca al desmantelamiento de la red sanitaria pública. Hay cosas que hacer y que se pueden hacer y la comunidad educativa (profesores, alumnos, padres de alumnos, asociaciones y sindicatos) con sus acciones ante los recortes en educación nos están señalando el camino.

**Junta Directiva de la AMSM**



Fuente: FotogrAccion



Fuente: rubiindignat.blogspot.com

## NUEVA AGRESIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LEGANÉS

Desde hace varios años, el actual Gerente del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain de Leganés, D. Carlos Villoria López, ha encabezado una serie de cambios iniciados con los ceses de la anterior Dirección Médica y de algunos de los responsables asistenciales de programas o dispositivos de la red de Salud Mental de Leganés en ese momento. Desde entonces, y pese a los intentos de gran parte de los trabajadores que han colaborado de forma voluntariosa en labores no solo asistenciales, sino organizativas y docentes del Instituto, se ha sucedido en numerosas ocasiones por parte de dicha Dirección Gerencia una toma de decisiones de forma poco democrática, afectando y en muchos casos interfiriendo el normal funcionamiento de dichos aspectos organizativos, asistenciales y docentes.

Pero la última agresión a este Servicio Público se ha dado este verano, entre los meses de Junio y Agosto, con el despido de tres de las psiquiatras que, como cada vez más trabajadores de la Sanidad Pública Madrileña, se encontraban renovando de forma habitual contratos eventuales (contratos temporales para cubrir necesidades permanentes), hasta la que ha sido la última fecha de finalización de sus contratos. En ninguno de los tres casos se daban situaciones de problemas con su rendimiento o finalización de las necesidades de su trabajo, ni conocimiento por parte de las mismas de previsión de cambios en sus renovaciones.

El primero de los casos se trataba de una psiquiatra dedicada a tiempo completo a funciones asistenciales, responsable de la atención de pacientes con enfermedad mental grave y persistente ingresados en una de las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación de Leganés. Es sustituida por otra psiquiatra que compaginará su tiempo de trabajo en este puesto con otras labores no asistenciales. Este innecesario cambio supone una nueva ruptura, por decisión administrativa, de la continuidad de la relación terapéutica establecida con dichos pacientes y del trabajo con el resto de miembros del equipo de dicha Unidad y con otros dispositivos ambulatorios de la red de Salud Mental.

“Esta es una más de las agresiones a los  
Servicios Públicos de la Comunidad  
de Madrid [], con importante afectación  
para trabajadores, profesionales  
en formación y pacientes usuarios  
de dichos Servicios”

De los otros dos casos, psiquiatras con consulta en el Centro de Salud Mental de Leganés, uno de ellos es sustituido por otra psiquiatra que hasta ahora desarrollaba su trabajo en otro Centro de la Comunidad de Madrid. El otro no se sustituye, tratándose

esta última de una consulta de más de 300 pacientes que debe ser repartida entre el resto de profesionales, sobrecargando sus agendas previas y suponiendo una inevitable situación de empeoramiento de la calidad asistencial al no disponer de más tiempo para cubrir este aumento súbito de consultas.

En ambas situaciones se da nuevamente la grave situación de ruptura de la continuidad de la atención, con la especial peculiaridad de la importancia de la relación terapéutica para el mejor conocimiento y tratamiento de las personas que consultan por problemas de Salud Mental, así como de la relación con familiares u otros recursos comunitarios (atención primaria, servicios sociales..). En los dos casos, ninguna de las psiquiatras ha tenido la oportunidad de comunicar personalmente la obligada e inesperada situación de cambio de terapeuta a los pacientes que hasta este momento atendían. Por supuesto las repercusiones no se han hecho esperar ya durante este mes de Agosto, con quejas por parte de pacientes y familiares afectados, aumento de la demanda de atención psiquiátrica urgente ambulatoria y hospitalaria, sobrecarga de las consultas del resto de profesionales y disminución del tiempo previsto para atender a los pacientes previamente citados, interrupción de las labores docentes que llevaban a cabo..

Esta es una más de las agresiones a los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid y en este caso en concreto a los Servicios de Salud Mental de Leganés, con importante afectación para trabajadores, profesionales en formación y pacientes usuarios de dichos Servicios.

(publicado en [www.casmadrid.org](http://www.casmadrid.org))



## **DIMISIONES Y FIRMAS CONTRA LOS DESPIDOS Y LA GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LEGANÉS**

La mayoría de facultativos (psicólogos y psiquiatras) ambulatorios y hospitalarios, junto a personal de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y jefes de taller de los Servicios de Salud Mental de Leganés, manifiestan su “absoluto rechazo a las decisiones tomadas por la Dirección Gerencia [...] en los últimos meses”.

En el escrito que firman y presentan a dicha Gerencia, así como hacen público, se critica su “comportamiento autoritario”, y una dirección “de forma unipersonal, sin tener en cuenta las opiniones de los responsables de las áreas asistenciales, docencia, rehabilitación, personal, etc...”, tomando decisiones que “producen un importante deterioro de la calidad asistencial y docente”.

Algunos de los últimos ejemplos que describen consisten en la no renovación de 3 de las psiquiatras de dichos Servicios, causando “un grave perjuicio a los pacientes y familiares que habían establecido una relación terapéutica, en algunos casos muy duradera, y que tienen que empezar con otros profesionales, sin ninguna razón que lo justifique”.

Los profesionales firmantes “dimiten de las funciones organizativas, comisiones y grupos de trabajo [...] en las que participaban desde hace tiempo”, o bien “manifiestan la decisión de no participar en ninguno en el caso de que se les proponga”, y deciden comunicarlo “de forma colectiva, entendiendo que así expresan con mayor claridad el malestar y rechazo que las medidas adoptadas les producen”.

Aclaran que “su compromiso e interés por los pacientes y la atención a la salud mental de la población que les corresponda se mantiene inalterable. Seguirán realizando su actividad asistencial, con la misma intensidad, profesionalidad y rigor de siempre, características que han sido siempre señas de identidad de los profesionales de este Instituto”.

Finalizan informando de que “no tendrán ningún inconveniente en revisar su decisión, si el Director Gerente rectifica las decisiones que ha tomado y garantiza que dicho Instituto se gobernará con los criterios de democracia y transparencia que deben inspirar el funcionamiento de los Servicios Públicos”.

(puede leerse el escrito completo en [www.amsm.es](http://www.amsm.es))

“no tendrán ningún inconveniente en revisar su decisión, si el Director Gerente rectifica las decisiones que ha tomado y garantiza que dicho Instituto se gobernará con los criterios de democracia y transparencia que deben inspirar el funcionamiento de los Servicios Públicos”

## EL MAPA DE LA PRECARIEDAD

Hace un año informábamos que, en los últimos 5 años, se habían perdido más de 50 profesionales, sobre todo psiquiatras, en la red de Centros de Salud Mental. La no renovación de contratos eventuales en Leganés y la no renovación o rescisión de los contratos del personal sin plaza fija del CSM de Torrejón, tras la privatización de la atención por concesión administrativa al grupo liderado por Ribera Salud, pone sobre la mesa la precariedad laboral de una buena parte de los profesionales de la Red Pública de Atención a la Salud Mental y con ello la fragilidad de unos equipos de atención cuya supervivencia está amenazada por los recortes y las políticas de privatización. En la tabla inferior presentamos los datos a 1 de septiembre de 2011 de la situación de personal de casi todos los Centros de Salud Mental. La media de contratos precarios se sitúa en el 40.6% con un rango que va desde el 17.94% al 60% y más del 50% de esa precariedad se concentra en los psiquiatras. Aunque no tenemos datos suficientes de la situación de los Servicios hospitalarios, los que conocemos no difieren mucho de los de los Centros de Salud Mental ratios de precariedad.

CSM	Plantilla	Eventuales	Interinos	Total	%
ALCALÁ DE HENARES	30	3/14 PSIQUIATRAS 2/6 PSICOLOGOS	5/14 PSIQUIATRAS 2/3 T.SOCIALES 1/4 ADMINIST.	13/30	43.3%
ALCOBENDAS	30	1/10 PSIQUIATRAS 2/5 PSICOLOGOS 1/3 T.SOCIALES	9/10 PSIQUIATRAS 1/5 PSICÓLOGOS	14/30	46.6%
ALCORCON	24	1/ 8 PSIQUIATRAS	1/8 PSIQUIATRAS 1/5 PSICOLOGOS 1/2 DUE 1/2 T.SOCIAL 3/3 ADMINIST. 2/4 OTROS	10/24	41.6%
ARGANDA	20	2/7 PIQUIATRAS	3/7 PSIQUIATRAS 1/3 PSICOLOGOS 1/3 DUE 1/2 T. SOCIAL 1/1 OTROS	9/20	45.0%
ARGANZUELA	22	1/8 PSIQUIATRAS 1/3 ADMIN	1/8 PSIQUIATRAS 2/4 PSICÓLOGOS 1/3 DUE 1/2 T.SOCIAL 1/3 ADMIN	8/22	36.3%
BARAJAS	12	1/3 PSIQUIATRA 1/3 PSICÓLOGOS 1/1 T. SOCIAL	1/3 PSIQUIATRAS 1/1 OTROS	5/12	41.6%
CARABANCHEL	40	5/13 PSIQUIATRAS 1/7 PSICOLOGOS 1/3 T.SOCIAL	4/13 PSIQUIATRAS 2/7 PSICÓLOGOS 1/3 T.SOCIAL 5/5 ADMINIST. 1/6 OTROS	20/40	50.0%

Continúa en pág. siguiente >>>

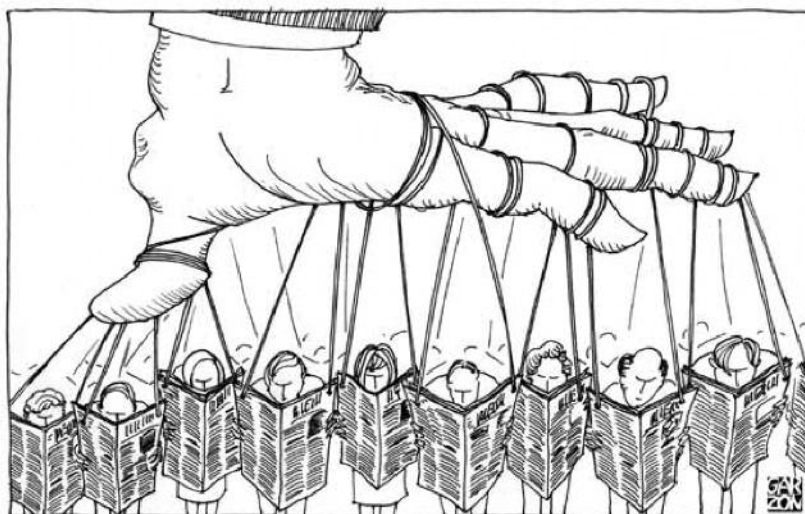
▶▶▶ viene de pág. anterior

CSM	Plantilla	Eventuales	Interinos	Total	%
CENTRO	21	2/6 PSIQUIATRAS	1/6 PSIQUIATRAS 1/3 PSICOLOGOS 2/4 ADMINIST. 1/2 OTROS	7/21	33.3%
CHAMARTIN	26	NO EVENTUALES	2/7 PSIQUIATRAS 1/4 DUE 1/2 ADMINIST. 2/3 OTROS	6/26	23.0%
CHAMBERÍ	13.4	2/4 PSIQUIATRAS	0.4/4 PSIQUIATRAS	2.4/13.4	17.9%
CIUDAD LINEAL	30	3/10 PSIQUIATRAS 1/3 T. SOCIAL	2/10 PSIQUIATRAS 1/6 PSICÓLOGOS 1/2 ADMINIST. 2/2 OTROS	10/30	33.3%
COLLADO VILLALBA	22	1/8 PSIQUIATRA	4/8 PSIQUIATRAS 1/3 PSICÓLOGOS 1/4 DUE	7/22	31.8%
COLMENAR	17	1/3 PSICÓLOGO 1/2 DUE 2/2 ADMIN	3/5 PSIQUIATRAS 1/3 PSICÓLOGO	8/17	47.0%
FUENLABRADA	29	6 /11 PSIQUIATRAS 1/6 PSICÓLOGO	3/11 PSIQUIATRAS 1/6 PSICÓLOGOS	11/29	37.9%
GETAFE	24	2/11 PSIQUIATRAS	4/11 PSIQUIATRAS 1/2 T. SOCIALES	7/24	29.1%
HORTALEZA	22	1/4 PSICÓLOGO 1/2 DUE 1/3 OTROS	5/7 PSIQUIATRAS 1/2 DUE 1/3 OTROS 1/2 ADMINIST.	11/22	50.0%
LATINA	29	2/10 PSIQUIATRAS 1/5 PSICÓLOGO	5/10 PSIQUIATRAS 1/5 PSICÓLOGOS 2/4 DUE 1/3 T. SOCIALES 1/3 ADMINIST.	13/29	44.8%
LEGANES	27	3/10 PSIQUIATRAS	4/10 PSIQUIATRAS 3/6 PSICOLOGOS 2/4 DUE 1/3 T.SOCIALES	13/27	48.1%
MAJADAHONDA	26	2 ½ / 7 ½ PSIQUIATRAS ½ / 5 ½ PSICOLOGO 1/7 OTROS	2/7 ½ PSIQUIATRAS 1/2 T.SOCIAL 2/7 OTROS	9/26	34.6%
MORATALAZ	20	2/8PSIQUIATRAS 2/5 PSICOLOGOS 1/2 T.SOCIALES 1/3 ADMIN	2/8 PSIQUIATRAS 1/5 PSICOLOGOS 1/2 DUE 1/3 ADMINIST.	11/20	55.0%
NAVALCARNERO	12	1 PSICOLOGO	3/4 PSIQUIATRAS 1/2 PSICÓLOGOS 1/2 DUE	6/12	50.0%
PARLA	24	2/5 PSICÓLOGOS	7/8 PSIQUIATRAS 3/3 OTROS	12/24	50.0%
PUENTE DE VALLECAS	31	5/13 PSIQUIATRAS 2/7 PSICOLOGOS 2/6 ADMINIST	2/13 PSIQUIATRAS 1/3 DUE	12/31	38.7%

Continúa en pág. siguiente ▶▶▶

»»» viene de pág. anterior

CSM	Plantilla	Eventuales	Interinos	Total	%
RETIRO	25	1/9 PSIQUIATRA 2/4 PSICÓLOGOS 1/3 DUE 1/4 ADMIN	3/9 PSIQUIATRAS 1/3 DUE 1/2 T.SOCIAL	10/25	40.0%
SALAMANCA	14	1/2 T.SOCIAL	2/6 PSIQUIATRAS	3/14	21.4%
SAN BLAS	19	2/6 PSIQUIATRAS 1/2 OTROS	2/6 PSIQUIATRAS 1/5 PSICOLOGOS 1/2 DUE 1/2 ADMINIST. 1/2 OTROS	9/19	47.3%
TETUAN	30		4/8 PSIQUIATRAS 2/3 PSICÓLOGOS 1/6 DUE 3/4 ADMINIST. 1/1 OTROS	11/30	36.6%
TORREJON	15	3/7 PSIQUIATRAS 1/3 ADMINIST.	1/1 T.SOCIAL	5/15	33.3%
USERA	29	3/10 PSIQUIATRAS 1/4 ADMIN	2/10 PSIQUIATRAS 1/4 ADMINIST.	7/29	24.1%
VALLECAS VILLA	25	2/9 PSIQUIATRAS 3/6 PSICÓLOGOS 1/3 ADMINIST.	4/9 PSIQUIATRAS 1/6 PSICÓLOGOS 1/3 ADMINIST. 2/2 OTROS	14/25	56.0%
VILLAVERDE	25	3/9 PSIQUIATRAS 2/6 PSICÓLOGOS 1/4 DUE 2/4 ADMIN	4/9 PSIQUIATRAS 1/2 T. SOCIALES 2/4 ADMINIST.	15/25	60%
TOTALES	733.4	58.5 PSIQUIATRAS 24.5 PSICOLOGOS 4 DUE 6 T.SOCIAL 12 ADMINIST. 3 OTROS	94.4 PSIQUIATRAS 22 PSICOLOGOS 16 DUE 13 T.SOCIAL 25 ADMINIST. 20 OTROS	298.4/733.4	40.6%



Fuente: apocalipticus.over-blog.es

# ha pasad(●), está pasando

EN EL GRUPO DE SANIDAD DE SOL 15M

*José Morales Zamorano*

La asamblea del Grupo de Trabajo de Salud de Sol del movimiento 15M ha elaborado un manifiesto que surge como fruto del trabajo realizado de forma colectiva, tratándose de un manifiesto general o “corto”, como es llamado, que queda como punto de partida para ser ampliado y completado en otro más desarrollado.

El modo de trabajo de este grupo es similar al del resto de grupos o asambleas del 15M, es decir, de carácter abierto y público, y buscando consensos en las decisiones tomadas, como es el ejemplo del citado manifiesto que aquí publicamos. Se utiliza además la vía de los correos electrónicos para, formando parte de un grupo virtual, compartir informaciones relacionadas y debatir propuestas que finalmente serán consensuadas en las asambleas.

Las características de este Grupo de Trabajo están viniendo marcadas, también como en otros grupos del 15M, por la heterogeneidad en cuanto a edades, ámbito de procedencia y variación de la experiencia personal en la defensa de la Sanidad Pública, en este caso. Sobre todo en los momentos iniciales del grupo, personas con menos trayectoria en este campo aportaban cierta espontaneidad, frescura y creatividad, en ocasiones también excentricidad, que se intentaba integrar en cada proceso discursivo con las aportaciones más serenas y elaboradas de los más “veteranos”. Con el paso del tiempo han permanecido, prevaleciendo, personas con amplia experiencia en labores reivindicativas, que aportan en general mayor fluidez y efectividad al grupo, si bien es cierto que la presencia de conflictos previos entre algunos grupos de pertenencia que están participando activamente hace surgir dificultades para avanzar en el debate sobre puntos conflictivos concretos.

Fuente: bolinf.es



Por suerte, el mismo hecho de la elaboración y el consenso alcanzado en este manifiesto son una buena muestra de que algunas de las citadas dificultades pueden ser superadas cuando predomina el espíritu de trabajo colectivo y se dejan pasar discrepancias en cuanto a matices más técnicos o que en realidad precisarían de un mayor desarrollo, que quizás ya deberían darse en otros ámbitos diferentes al que está ofreciendo este espacio generado en el contexto del fenómeno 15M.

Existe además una “guía explicativa” del manifiesto, aportación de algunos miembros del grupo, que está aún en fase de discusión y pendiente de consensuar por parte del mismo, pero que también publicamos por su interés como muestra de algunos de los puntos de partida de trabajo.

## MANIFIESTO EN DEFENSA DE LA SALUD Y LA SANIDAD PÚBLICA

### 1. Sanidad pública para todas las personas

- 1) Consensuado por el GT de Salud y por la Asamblea de Sol.
- 2) Puntos reformulados a petición de la Asamblea de Sol, pendientes de consensuar en el GT.

- Por una atención sanitaria accesible y de calidad para todas las personas, independientemente de su situación legal, administrativa y laboral.<sup>1</sup>

- Por una Sanidad gratuita en el momento de uso, financiada a través de impuestos directos y de tipo finalista para cada una de las comunidades autónomas, de provisión y gestión pública.<sup>1</sup>
- Adaptación del Sistema Nacional de Salud a las necesidades cambiantes de la población.<sup>1</sup>

## 2. Participación activa de las personas en la salud

- Fomento de la prevención y promoción de la salud. Promover que la Atención Primaria se convierta en el eje principal del Sistema Nacional de Salud.<sup>1</sup>
- Refuerzo de la inspección sanitaria y de la dirección de salud pública para la adecuada evaluación del sistema sanitario.<sup>1</sup>

- Mantener el modelo de zonificación sanitaria en todas las comunidades autónomas (Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud).<sup>2</sup>

- Gestión y uso eficiente y responsable de los recursos humanos, materiales y económicos, desvinculando de esa gestión al poder político partidista.<sup>2</sup>

- Reconocimiento y regulación de los profesionales y de las terapias naturales y medicinas no convencionales que sean efectivas o de eficacia clínica probada.<sup>2</sup>

- Potenciación de la Salud Mental, incluyendo tanto intervenciones farmacológicas (cuando sean necesarias) como psicoterapia, terapias naturales y medicinas no convencionales y otras intervenciones psicosociales orientadas a la rehabilitación, cuidados y apoyo, tanto en Atención Primaria como en Especializada, organizada desde una red de dispositivos interprofesionales.<sup>2</sup>

- Fomento de la investigación referente a las enfermedades raras o no comunes y adecuación de los recursos públicos para la atención multidisciplinar a las personas que las padecen.<sup>1</sup>



Fuente: grupozetahastaloshuevos.blogspot.com

- Transparencia en el sistema: por una ley que garantice el acceso público a todos los datos relativos a la calidad del sistema sanitario.<sup>1</sup>

- Por una ley que garantice la participación real de la población en la gestión de los servicios sanitarios, mediante órganos paritarios con carácter decisorio.<sup>2</sup>

- Realización de diagnósticos de salud comunitarios, con participación real de la población, con vistas a diseñar las políticas sanitarias y poder actuar sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida.<sup>1</sup>

- Aplicación efectiva del derecho de la persona a tomar parte en las decisiones sobre la atención que va a recibir.<sup>1</sup>

Fuente: pepeolivercabrera.blogspot.com



1) Consensuado por el GT de Salud y por la Asamblea de Sol.

2) Puntos reformulados a petición de la Asamblea de Sol, pendientes de consensuar en el GT.

### 3. La salud no es un negocio. No a la mercantilización de la sanidad

- No a la privatización de la sanidad: derogación de la Ley 15/97 y las leyes autonómicas que la desarrollan. No a los conciertos privados. Establecimiento de turnos de tarde en todas aquellas categorías necesarias, lo cual permitiría utilizar la tecnología, quirófanos, medios diagnósticos, consultas y resto de servicios a pleno rendimiento. Rescate de los centros sanitarios ya privatizados (hospitales, ambulatorios, call center, laboratorios...<sup>1</sup>).



Fuente: loquepodemoshacer.wordpress.com

- No al copago/repago ni directo (con el pago en el momento de recibir la atención sanitaria) ni indirecto (excluyendo tratamientos de la cartera del Sistema Nacional de Salud para obligarnos a pagarlos totalmente o en parte).<sup>1</sup>
- No al mercado sanitario. Frente al sistema de competencia entre centros sanitarios para “atraer” pacientes (“que el dinero siga al paciente”), vuelta al sistema de cooperación/coordinación entre ellos.<sup>1</sup>
- Potenciación de la investigación sanitaria en el sector público y desarrollo de una industria pública para los medicamentos más habituales y necesarios, con una dispensación de los mismos dentro del sistema. Control y transparencia estrictos de la industria farmacéutica. Puesta en marcha de una central de compras para abaratar costes.<sup>1</sup>
- Garantizar que la formación continuada no responda a intereses privados o corporativos.<sup>1</sup>

### 4. Salud en todas las Políticas

- La salud de las personas depende no sólo de la atención sanitaria, sino también de factores sociales (como las condiciones de vida, de trabajo o la educación), factores económicos o factores medioambientales, entre otros. Las diferencias de salud en la población debidas a desigualdades socio-económicas, medioambientales o de género son injustas y evitables.<sup>1</sup>
- Por todo ello, para mejorar la salud de la población, es necesario que desde todas las políticas públicas (como educación, política social, medio-ambiente, urbanismo, trabajo e inmigración o economía y hacienda) se analice y evalúe el impacto sobre la salud de las personas que tendrá el desarrollo de las mismas y que todas ellas se reorienten para evitar esas desigualdades en salud.<sup>1</sup>

1) Consensuado por el GT de Salud y por la Asamblea de Sol.

2) Puntos reformulados a petición de la Asamblea de Sol, pendientes de consensuar en el GT.

## GUIA DE APOYO AL MANIFIESTO CONSENSUADO POR EL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD DE LA ACAMPADA SOL

Fuente: periodismohumano.com

“Atención sanitaria accesible y de calidad para todas las personas...”. El espíritu de este punto es garantizar la atención sanitaria para todas las personas que se encuentren en el territorio estatal, independientemente de su situación, dado que desde determinadas instancias se está difundiendo el mensaje de un supuesto abuso por parte de inmigrantes (lo que no se corresponde con la información resultante de los estudios realizados), así como críticas a la utilización del Sistema Nacional de Salud por parte de personas “sin papeles” etc.



**Financiación finalista:** es aquella financiación que obliga dedicar las partidas presupuestarias a un fin determinado, sin que pueda desviarse a otros sectores.

**Impuestos directos<sup>1</sup>:** son los que gravan directamente las fuentes de la riqueza, la propiedad o la renta.

**Zonificación sanitaria:** la Ley General de Sanidad estableció una distribución territorial por Áreas de Salud (no más de 250.000 habitantes) y Zonas Básicas de Salud (alrededor de 25.000 habitantes), con la finalidad de organizar y planificar racionalmente la atención sanitaria de la población.

**Diagnostico comunitario de salud:** estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y las necesidades de cada población, así como los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. El diagnostico de salud es el primer paso en el proceso de planificación de una intervención sanitaria. La participación activa de la población en el análisis de la situación de salud, debe involucrar como actor principal a la comunidad.

**Privatización de la sanidad/Ley 15/97:** en 1997 se aprueba por parte de PP, PSOE, CC, PNV y CiU la Ley 15/97 “Sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud”<sup>2</sup>. En el debate parlamentario de esta Ley, mientras unos grupos advertían sobre el proceso de privatización futuro, otros grupos defendieron que “esta ley cerraría el paso a la privatización de la sanidad”<sup>3</sup>.

Hay que recordar que la Ley 14/1986 General de Sanidad ya reconocía la libertad de empresa<sup>4</sup>, pero con carácter complementario con el sector público, de forma que se garantizaba que el sistema público (no lucrativo) tuviera un papel preponderante en la prestación de la atención sanitaria a la población. Con la aprobación de la Ley 15/97, se da una vuelta de 180 grados al SNS, abriendo los sectores sanitario y socio-sanitario públicos a cualquier tipo de empresa privada<sup>5</sup>.

- 1) Son el impuesto sobre la renta, el impuesto sobre el patrimonio, el impuesto de sucesiones, la contribución rústica y urbana (o impuesto sobre bienes inmuebles), los impuestos sobre la posesión de vehículos (Impuesto de la tenencia o uso de vehículos, Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica), animales, etc.
- 2) Ley de artículo único. “En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de *cualquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho*”.
- 3) Debate parlamentario sobre la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. Una visión imprescindible diez años después. [http://www.casmadrid.org/docStatic/debate\\_ley\\_nfg.pdf](http://www.casmadrid.org/docStatic/debate_ley_nfg.pdf)
- 4) La Ley El artículo 89 de la LGS reconoce la libertad de empresa, conforme al artículo 38 de la Constitución, y en el 90 regula la “colaboración de las empresas privadas sanitarias con el Sistema Nacional de Salud: “Las Administraciones públicas sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, **podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas**”, teniendo en cuenta, “**con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios**”. En este sentido, para el establecimiento de conciertos, “**las Administraciones públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo**”.
- 5) El gasto sanitario público para todo el SNS es de alrededor de 70.000 millones de €/año (Madrid cerca de 7.000 millones de €), con escandalosas diferencias en gasto por habitante en función de donde se resida (2011: Euskadi 1.563 €/habitante; Baleares 1.000 €/habitante)

Nuevos hospitales	Coste obra	Coste obra + Equipamiento básico	Alquiler anual	Alquiler 30 años (mill. €)	Nº de camas	Empresa
Majadahonda	221	250	44,5	1.200	809	DRAGADOS
Parla	64	84	14	387	180	SACYR
San Sebastián de los Reyes	98	114	18	505	240	ACCIONA
Coslada	65	93	15	425	180	SACYR
Vallecas	98	107	15,4	437	204	BEGAR-PLODER
Arganda	49	63	10	278	110	FCC-C. MADRID
Aranjuez	43	58	9	253	66	HISPÁNICA
Valdemoro	63	72	Variable	Variable	106	APAX PARTNERS
<b>Totales</b>	<b>701</b>	<b>841</b>	<b>127</b>	<b>3.485</b>	<b>1.895</b>	

Fuente: CAS Madrid ([www.casmadrid.org](http://www.casmadrid.org))

- 6) Public-private partnerships for hospitals. Martin McKee, a Nigel Edwards, b & Rifat Atunc. Bulletin of the World Health Organization | November 2006, 84
- 7) La mortalidad en los hospitales lucrativos es mayor que en los no lucrativos: un 2% en adultos, 9,5 % en recién nacidos –perinatal- y un 8 % en crónicos. Devereaux PJ, Choi PT-L, Lacchetti C, Weaver B, Schönemann HJ, Haines T, Lavis JN, Grant BJB, Haslam DRS, Bhandari M, Sullivan T, Cook DJ, Walter SD, Meade M, Khan H, Bhatnagar N, Guyatt GH. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ. 2002; 166: 1399-1406. Devereaux PJ, Schönemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PT-L, Grant BJB, Haines T, Lacchetti C, Weaver B, Lavis JN, Cook DJ, Haslam DRS, Sullivan T, Guyatt GH. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2002; 288: 2449-2457
- 8) "No al copago". CAS Madrid. [http://www.casmadrid.org/includes/NO\\_AL\\_COPAGO.pdf](http://www.casmadrid.org/includes/NO_AL_COPAGO.pdf)
- 9) El riesgo de morir por suicidio de una persona desempleada es el doble del de una persona empleada. Stuckler, D, S. Basu, and M. McKee. "Budget crises, health, and social welfare." British Medical Journal. July 2010. 340: c3311. Una caída del 30% en el PIB per cápita se asoció a un incremento del 20% en la tasa de mortalidad por todas las causas y aumento de la tasa de la mortalidad por suicidio del 40%. Los mayores aumentos de la mortalidad se produjeron en los grupos de población de edad laboral (15-60 años) y el más elevado, en el grupo de 25 a 39 años. Stuckler, D, King, L. M. McKee (2009) Mass privatisation and the postcommunist mortality crisis: a cross-national análisis. The Lancet, Volume 373, Issue 9661, pages 399-407.)
- 10) StucklerD, King LP, Basu S (2008) International Monetary Fund Programs and Tuberculosis. Outcomes in Post-Communist Countries. PLoS Med 5(7): e143.doi: 10.1371/journal.pmed.0050143

Dicha Ley es la que ha permitido la apertura de hospitales de propiedad y gestión privadas, con ánimo de lucro, que han ido sustituyendo a los centros públicos, algunos de los cuales han sido cerrados. El modelo utilizado (PFI, utilizado ampliamente en Inglaterra, Canadá...y paralizado en países como Australia, Nueva Zelanda, Gales, Escocia) es unas 5 veces más caro que el sistema tradicional de construcción de centros, según ha reconocido la propia OMS<sup>6</sup>, comprometiendo por décadas los presupuestos sanitarios (en Madrid hasta 2037 o 2067), de lo que se deriva un recorte de las partidas dedicadas a plantillas y pacientes. Este modelo se está extendiendo en la mayoría de las Comunidades Autónomas, independientemente de quien gobierne.

Los inconvenientes no solo se encuentran en el incremento del gasto, sino que, además, los hospitales con ánimo de lucro tienen tasas de mortalidad más elevadas que los no lucrativos (públicos)<sup>7</sup>.

**Copago sanitario**<sup>8</sup>. La atención sanitaria no es gratuita, se financia a través de los impuestos que pagamos entre todos. El copago (o repago) sanitario consiste en volver a pagar la asistencia sanitaria en el momento del uso, es decir, se trata de un "impuesto a la enfermedad".

**Mercado sanitario. Área única.** Con la disculpa de lograr una pretendida efi-

ciencia, después de haber deteriorado y difundido la falsa idea de que el sector público no es eficiente, es caro, no es flexible, se presenta la imagen de los centros privados como más eficientes, y la idea de la competencia como superior a la colaboración entre ellos. El objetivo, no reconocido, es convertir al paciente en cliente y abrir un proceso de competencia por el dinero que cada usuario tiene asignado para los gastos sanitarios. Los centros sanitarios competirán entre ellos por "clientes", que en definitiva serán los pacientes rentables y la población sana. En este modelo lo no rentable será desviado hacia los centros públicos (selección adversa).

**Salud en todas las políticas.** La evidencia confirma el sentido común: Según diversos autores, entre el 60 y el 80 % de la mortalidad esta determinada por factores externos al propio sistema sanitario (empleo, medio ambiente, modelo de ciudad, stress, estilos de vida...) factores sobre los que es posible actuar políticamente. Así, por ejemplo, según OCDE cada aumento de un 1% de la tasa de desempleo, se asocia con incrementos del 0,8% en la tasa de mortalidad por suicidio y del mismo % en la tasa de mortalidad por homicidio<sup>9</sup>; descensos del 30% del PIB, unidos a políticas de ajuste y eliminación de los sistemas de protección social incrementan hasta un 20% la mortalidad por todas las causas<sup>10</sup>.

# colab raciones

## AVANZANDO HACIA EL DESASTRE: LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

**Marciano Sánchez Bayle**

*Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y presidente de la International Association of Health Policy.*

La Comunidad de Madrid con la Valenciana es una de las que en los últimos años ha sufrido un proceso más importante de privatización de la Sanidad.

Aunque a primera vista parecería que las medidas adoptadas han sido muy diversas y bastante deslavazadas, la realidad es que se trata de un plan bastante estructurado y que combina como las piezas de un “puzle” con un objetivo muy claro: introducir los incentivos del mercado en la provisión de servicios sanitarios, favorecer los intereses del

sector privado en la provisión, primero creando y luego consolidando un sector privado con capacidad para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, al menos en aquellas patologías que pueden ser rentables desde el punto de vista económico, deteriorar y desmantelar el sistema sanitario público, y así abrir paso a la implantación de un sistema de seguros que rompa y fragmente el actual sistema de aseguramiento público y universal dejando al sistema público al nivel de la beneficencia, y ya se sabe que según la conocida frase de Olof Palme, “un servicio para pobres será siempre un pobre servicio”.

«Esta estrategia se está llevando a cabo [], en primer lugar negando su objetivo, [] luego introduciendo la confusión terminológica negando las privatizaciones [] y por fin esgrimiendo la “libertad de elección” como el paradigma de la garantía de la calidad del funcionamiento del sistema »

Esta estrategia se está llevando a cabo con bastante inteligencia y flexibilidad, en primer lugar negando su objetivo, porque son conscientes de que la privatización sanitaria tiene un rechazo mayoritario entre la población, así todo se hace “para mejorar la Sanidad Pública”, luego introduciendo la confusión terminológica negando las privatizaciones “lo importante no es quien realice la prestación sino quien la financia” y por fin esgrimiendo la “libertad de elección” como el paradigma de la garantía de la calidad del funcionamiento del sistema y el mecanismo idóneo para la asignación de la financiación de los centros. Por supuesto la crisis económica está suponiendo una ralentización momentánea de la misma, pero también puede acabar sirviendo de excusa para su consolidación definitiva.

¿Cuáles han sido los pasos principales de esta estrategia privatizadora?. Pueden centrarse en siete aspectos fundamentales:

### 1. LA LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA (LOSCAM)

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) se aprobó en 2001, y establece las bases para favorecer la política de privatización y desregulación de la sanidad pública madrileña y en ella se recogían muchos aspectos importantes entre los que merece la pena resaltar:



- Separación de la financiación y la provisión.
- Creación de una red sanitaria única de utilización pública para que se pudiera utilizar la red privada en condiciones de igualdad con la pública.
- La libertad de elección y centro sanitario.
- Dar competencia al gobierno de la Comunidad, sin que tenga que aprobarse en la asamblea (el parlamento regional), para la creación de cualesquiera entidades con personalidad jurídica propia.
- Creación de unas agencias sanitarias que supuestamente debían de realizar funciones de aseguramiento y de trámites administrativos, pero que aunque inicialmente se pusieron algunas en marcha, parece que se han paralizado, aunque hay que tener en cuenta que su siguen existiendo en el terreno virtual (legal) y pueden reactivarse en cualquier momento.

## 2. LOS PLANES SOBRE LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA

Tras el compromiso electoral de la Sra. Aguirre de que “nadie esperaría más de 30 días para una intervención quirúrgica” se aprobó un decreto en 2004 que regulaba las listas de espera quirúrgica y que tenía como principales peculiaridades las siguientes:

- La lista de espera quirúrgica empezaba a contarse no desde el momento en que se realizaba la indicación, sino cuando tenía lugar la consulta con el anestesista, con lo que una gran mayoría de los pacientes paso a estar en la “lista de espera del anestesista” para poder entrar en la lista de espera oficial, por este motivo se excluyo a la Comunidad de Madrid del computo de lista de espera quirúrgica que realiza el Ministerio de Sanidad
- Cuando a un ciudadano en lista de espera se le ofertaba la realización de una intervención quirúrgica en un centro distinto al que le atendía (evidentemente aunque no este escrito, un centro privado) y rechazaba esta opción salía automáticamente de la lista de espera.

El resultado final es que los ciudadanos esperan más tiempo que antes para las intervenciones quirúrgicas, que se ha aumentado el número de personas pendientes de intervenciones quirúrgicas es mayor que nunca (55.119 en junio de 2011), que las personas que rechazan las opciones alternativas son mayoría y esperan hasta 6 meses, que los que están oficialmente en lista de espera son el 32,09 % del total, y que obviamente el presupuesto dedicado a la derivación de en-

fermos en lista de espera quirúrgica se ha incrementado notablemente.

## 3. LA PRIVATIZACIÓN DE LA RED HOSPITALARIA

En Madrid existía ya un hospital fundación (Alcorcón) cuando se produjeron las transferencias, el siguiente hospital se construyo como una empresa pública (Fuenlabrada) y en 2008 se pusieron en funcionamiento 8 hospitales más en un nuevo paso hacia la privatización de la red hospitalaria, 7 de ellos se realizaron según el modelo PFI (siglas de iniciativa de financiación privada en ingles que consiste en que una empresa privada construye el hospital y se queda con la gestión de lo no sanitario mientras que el sector público gestiona lo estrictamente sanitario) y otro como una concesión administrativa (una empresa privada construye y gestiona todo el hospital). De los 7 hospitales PFI, 6 se organizaron como empresas públicas diferenciadas y uno (Majadahonda que era el traslado del hospital Puerta de Hierro) quedo con la parte sanitaria integrada en la red pública normalizada. Además se incrementó el concierto con la Fundación Jiménez Díaz que ahora es propiedad de la multinacional CAPIO, aumentándole la población asignada y la cuantía económica por persona.

Paralelamente se realizó un concierto con un macrolaboratorio privado que atiende a estos nuevos hospitales (los 6 PFI constituidos en empresas públicas) cerrando los laboratorios públicos que realizaban la asistencia a esta población y se puso en funcionamiento un anillo radiológico como empresa pública para la atención de los mismos. Hay además otros 3 hospitales en construcción, en este caso todos serán concesiones administrativas, es decir de gestión exclusivamente privadas.

### ¿Cuáles han sido los resultados?

Lo primero es que después de abrir 8 hospitales con 1.528 camas solo se incrementaron en 200 el total de camas hospitalarias de la comunidad, porque paralelamente se produjeron cierres de camas en los hospitales tradicionales y el resultado es que el número de camas/1.000 habitantes de Madrid disminuyo ( porque se incremento la población).

Los nuevos centros (PFI) se han abierto con trabajadores trasladados desde los hospitales tradicionales, que han quedado en situaciones precarias, habiéndose producido una disminución neta del personal total (1.500 trabajadores menos). Por otro lado los costes han sido muy elevados (se va a pagar 5,22 veces el coste de construcción, es mas a finales de este

año se habrá pagado a las empresas más dinero que el que costaron los centros y quedara una deuda de 3.100 millones €), como consecuencia los centros tradicionales han sufrido serios recortes presupuestarios, así los presupuestos de 2011 contemplan un aumento del 32% de las partidas destinadas a las privatizaciones sanitarias (nuevos hospitales y conciertos), mientras que las destinadas a los centros tradicionales disminuyen en un 8,9%.

La Tabla siguiente recoge el precio de construcción de los centros realizados por el modelo PFI y el coste final al de los 30 años en que se produce el pago.

Hospital	Coste de construcción Millones de €	Coste final Millones de €
Aranjuez	58	300
Arganda	63	330
Coslada	93	480
Majadahonda	250	1.350
Norte	114	600
Parla	84	450
Vallecas	107	510
Total	769	4.020

Por poner un ejemplo del sobrecoste del modelo PFI, el hospital general de Asturias que se ha construido por el sistema público tiene unos costes globales de 350 millones € para 1039 camas, mientras que el de Majadahonda se sitúa en 1.350 millones para solo 800 camas.

Los presupuestos para los hospitales madrileños como se ha dicho favorecen a los centros privados o de semiprivados sobre los de gestión directa, en la tabla siguiente se ve el promedio de coste /cama anual presupuestado para 2010 y 2011.

	2010	2011
Hospitales gestión directa	277.375	307.187
Privados y semiprivados	434.686	485.970
Diferencia €/año	157.311	178.783
(%)	(56,71%)	(58,20%)

Además las empresas concesionarias de las PFI han reclamado recientemente a la Consejería de Sanidad 80 millones € en concepto de mayor utilización de la prevista de estos

hospitales y un aumento de 9,6 millones € anuales en el canon, y para aumentar aún más su coste la Consejería de Sanidad acaba de sacar un concurso por un importe de 2,4 millones € para que una empresa privada controle el funcionamiento de los contratos que mantiene con los concesionarios.

Paralelamente se ha privatizado los laboratorios de estos nuevos hospitales, mediante la concesión a un macrolaboratorio privado a la vez que se cerraban los laboratorios públicos existentes que atendían a esa población. Asimismo se creó una empresa pública para poner en marcha un anillo radiológico en el hospital del norte que “atiende” toda la radiología de los nuevos centros donde no hay radiólogos de guardia y las imágenes se remiten al anillo, obviamente ello supone no poder hacer ecografías y la pérdida de calidad de la atención radiológica.

Finalmente merece la pena señalar que recientemente (A Pollock, BMJ 2011) se ha señalado que las empresas concesionarias de las PFI británicas han recibido préstamos de entidades bancarias luego rescatadas por el gobierno inglés y que se hay un diferencial en los intereses de estos préstamos (los que reciben los bancos del gobierno y lo que este paga a las empresas de las PFI) entre el 1,68 y el 2,04, lo que evidentemente significa que se está subvencionando descaradamente a estas empresas con fondos públicos. En España no se ha realizado un estudio similar pero muy probablemente la situación sea la misma.

#### 4. POSTERGACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

La Salud Pública, poco desarrollada en España, ha sufrido un desmantelamiento con la desaparición de la Dirección General y la Agencia de Salud Pública. El Plan de salud también ha sido eliminado, de esta manera se retroceden más de 30 años al situar el eje del sistema en la asistencia sanitaria, dejando en manos de la demanda (frecuentemente inducida por los medios de comunicación, empresas tecnológicas, sector privado, profesionales, etc.) la definición de las necesidades y prioridades del sistema sanitario.

#### 5. LA LIBRE ELECCIÓN Y EL ÁREA ÚNICA

Otro de los cambios realizados en Madrid, el más reciente, ha sido al hilo de la regulación de la libre elección en el conjunto de la Comunidad, la eliminación de las 11 áreas sanitarias y el establecimiento de una única área con 6,5 millones de habi-

tantes. Se ha roto así la zonificación de la atención sanitaria y se favorece la elección de médico, pediatra, profesional de enfermería y servicio hospitalario en todo el territorio madrileño. Como ya conocemos los resultados, después de casi un año de funcionamiento, se sabe que el número de cambios ha sido similar al que existía anteriormente (en torno al 5%) y que la mayoría se deben a cambios de domicilio o de horario laboral, pero además se ha producido una total desintegración de la red sanitaria y una descoordinación entre los centros, por el medio se ha introducido un nuevo programa informático (APMadrid) con un coste de 8,7 millones € y cuyo funcionamiento todavía no se ha podido generalizar por los graves problemas que plantea.

En este contexto desregulador se ha añadido una nueva medida, la conocida como “factura sombra”, supuestamente implantada para “mejorar la utilización de los servicios” y que no tiene otra finalidad que favorecer la facturación entre entidades proveedoras (y por lo tanto la desregulación de la provisión abriéndose al sector privado) y el crear un ambiente de “terror” entre los usuarios, convenciéndoles de la supuesta insostenibilidad de la Sanidad Pública y facilitando la instauración de copagos.

## 6. DESMANTELAMIENTO DE LA RED COMUNITARIA DE SALUD MENTAL

Paralelamente se está desmantelando la red comunitaria de salud mental incluyéndola en la atención especializada, también en los nuevos hospitales privados y semiprivados, y se ha privatizado casi totalmente la red de apoyo. No creo que merezca la pena extenderme más porque imagino que es un tema más que conocido por los lectores de esta publicación.

## 7. LA DESAPARICIÓN DE LOS ORGANISMOS DE PARTICIPACIÓN

El último movimiento, de momento ha sido la desaparición, aprovechando la ley de acompañamiento de los presupuestos de 2011, de los organismos de participación reconocidos en la LOSCAM, con lo que ahora mismo el sistema sanitario madrileño no tiene establecido legalmente ningún sistema de participación social.

Este proceso de privatización se ha llevado a cabo con una escasa inversión presupuestaria lo que ha agravado la situación de los centros públicos (Madrid se ha situado en los últimos 10

años por debajo de la media de presupuesto sanitario per cápita de las CCAA, en 2011 era de 185,42 € menos per cápita).

Un último comentario tiene que ver con la poca capacidad de respuesta que ha encontrado esta política privatizadora y que seguramente ha tenido que ver con la ausencia de una respuesta unitaria y con el hecho de que el proceso se ha llevado a cabo con bastante lentitud, y envuelto en una amplia campaña de marketing y demagogia, lo que ha hecho que muchas personas (profesionales y ciudadanos) no fueran conscientes de la importancia de sus objetivos hasta que el proceso estaba muy avanzado. Es algo que conviene recordar en otros sitios donde es de esperar un proceso similar.

En todo caso parece razonable pensar que tras las próximas elecciones, si se produce la victoria electoral del PP, va a producirse un recrudescimiento del proceso privatizar a nivel de todo el país y en la Comunidad de Madrid. En todo caso parece claro que el horizonte del PP es establecer un modelo de seguros privados o semiprivados que convivirían con un sistema de beneficencia pública para los más pobres. Como se va a avanzar en este camino no está del todo claro y el plan de ruta ideal sería el aumento de la provisión privada sufragada con fondos públicos para generar un sector parecido a lo que ahora es la escuela concertada, instauración de un sistema de copagos más o menos amplio, desgravación del aseguramiento privado y dejar al sector público actual a una inercia de recortes presupuestarios que le lleve a un deterioro irreversible. Sin embargo su desarrollo concreto dependerá de algunas variables como la profundidad de la crisis (que condiciona la disponibilidad de recursos también para las privatizaciones), la movilización social, la capacidad para desmontar el mensaje privatizador ante la opinión pública y la correlación de fuerzas dentro del propio PP, pues es obvio que aunque en líneas generales tienen unas mismas posiciones no cabe duda de que hay algunos matices entre las distintas familias y/o tendencias.

La situación es bastante preocupante, pero el pesimismo no vale de nada y solo lleva a la melancolía y a la resignación, que a la postre es lo que buscan los intereses económicos y políticos que hay detrás de la contrarreforma sanitaria en marcha. Se necesita una gran alianza profesional, de organizaciones sociales y de la ciudadanía para hacerle frente, se trata desde luego de una tarea difícil, que precisa de una gran capacidad de análisis y de habilidad para conseguir vertebrarla, pero el objetivo merece la pena. De todos/as nosotros/as dependerá el resultado.

## DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL. TODAVÍA HAY MUCHO QUE HACER: DEFENDERNOS

**Andrés Torras García**

*Gerente de la Federación Madrileña de Asociaciones pro Salud Mental (FEMASAM).  
Presidente de Asociación Bipolar de Madrid (ABM).*



Fuente: sicopliegue.blogspot.com

*Dices que repito algo que ya he dicho.  
Lo diré otra vez ¿Volveré a decirlo?  
Para llegar adónde estás  
desde el lugar en el que no te encuentras,  
deberás seguir un camino  
en el que el éxtasis no existe.  
Para acceder a lo que no conoces  
debes seguir una senda de ignorancia.  
Para poseer lo que no posees  
debes recorrer el camino  
de la desposesión.  
Para poder ser quién aún no eres  
debes seguir el sendero en que no estás.  
Y sólo sabes lo que ignoras  
y lo que no tienes es lo que tienes  
y estás donde no estás.*

(Fragmento de los Cuatro Cuartetos T.S.Eliot)

Un primer enfoque de una relación tan compleja como la formada por los Derechos Humanos y la Salud Mental, requiere empezar recordando que las personas que padecen enfermedades mentales graves tienen la misma protección legal con que cuentan el resto de individuos. No debemos olvidar que la creencia de muchas personas les lleva a pensar que eso no es así y están convencidos de que las personas afectadas por una enfermedad mental grave cuentan con menos derechos que ellos. Más preocupante aún es que los propios afectados por estas enfermedades también lo creen así (Una encuesta elaborada en la Asociación Bipolar de Madrid en 2007 reveló que el casi 67% de los encuestados respondían que no a la pregunta ¿Cómo persona con una enfermedad mental grave crees que tienes los mismos derechos que el resto de ciudadanos?). Según esa encuesta, dos de cada tres personas, están convencidas de ser ciudadanos de un nivel inferior al resto. Sin embargo, son sujetos de unos derechos que les confieren el estatus de ciudadanía plena. La estructura que facilita que eso sea así se encuentra en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de Diciembre de 1948 (DUDH), y la Carta Internacional de Derechos Humanos (CIDH) que la desarrolla en su doble vertiente: La del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ambos de 1966. Los citados instrumentos fueron la semilla para todo un desarrollo posterior de la acción civil que contribuyó a labrar el llamado estado del bienestar social en las naciones avanzadas. Resulta pues, como punto de arranque, el derecho internacional más ampliamente aceptado.

Por cuestiones de espacio trataré de realizar una aproximación al derecho a la salud en general y algunos aspectos de los textos legales que debieran garantizarlo y también, más concretamente, a una de sus facetas, la salud mental, advirtiéndome de antemano que solamente se puede aspirar a trazar algunas pinceladas u orientaciones genéricas que inviten a un mayor acercamiento al tema por parte del lector del presente artículo que tan amablemente se me brinda la oportunidad de hacer público en el Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM).

Pues bien, continuando con el acercamiento pretendido, tratando de enfocar un poco más, debemos saber que la Constitución Española vigente (1978) reconoce el derecho a la protección de la salud del siguiente modo: en su artículo 43 dice: *“Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”*; y acercándonos más aún... el artículo 49 dice así: *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente en el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”*.

También sabemos que la promulgación de nuestra Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, 25 de abril) dio paso a la llamada Reforma Psiquiátrica y al cierre de los manicomios, sentando así las bases para un cambio de paradigma, abandonando el mero asistencialismo, que solamente contiene y vigila y desarrollando el llamado modelo comunitario de atención, que se definía brevemente en su artículo 20: *Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios: 1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría. 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las*

*unidades psiquiátricas de los hospitales generales. 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.*

Los años siguientes se dedicaron a construir esa red de atención sanitaria que permitiera cumplir el antiguo sueño de terminar con la hospitalización psiquiátrica prolongada, esfuerzos acompañados simultáneamente por la construcción de una red de atención social con el mismo objetivo de reducir al mínimo la hospitalización de las personas con enfermedad mental grave. Así, tenemos un modelo comunitario de atención en el que se combinan las asistencias prestadas por los recursos estrictamente sanitarios (Centros de Salud Mental, Hospitales y Centros de Día y hospitales para breve, media y larga estancia) y los de la red de atención social (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias, Pisos supervisados y Equipos de Apoyo Socio Comunitario) y siempre articuladas ambas mediante los llamados programas de continuidad de cuidados, configurando todo ello la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad de Madrid.

Lamentablemente, parece que la estructura no es suficiente para dar cobertura a la demanda requerida, máxime cuando hoy en día no basta conformarse con reducir el número de hospitalizaciones, hoy en día se debe aspirar a trabajar por la recuperación de la mayoría de personas que padecen una enfermedad mental grave. Hay estudios que avalan la posibilidad de esa recuperación, con los apoyos debidos y sostenidos en el tiempo, el llamado paradigma de la recuperación que nos actualiza en aquellos postulados que constituyeron el germen de la rehabilitación psicosocial, dando protagonismo al sujeto y trabajando con él con esperanza, más allá del reduccionismo que cosifica al ser en una enfermedad y sacrifica su identidad.

Si colocamos otro par de lentes de aumento y tratamos de aproximarnos un poco más al derecho a la salud mental y su desarrollo efectivo, nos encontramos con que el **Real Decreto 63/1995**, de 20 de enero, relativo a la **ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud**, que desarrollaba la Ley General de Sanidad en algunos extremos, y que contenía en su *Anexo I, las Prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de*

Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, que establecía, en el apartado dedicado a *Modalidades de asistencia especializada*, entre otras: La atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, y estableciendo que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización.

En la Comunidad de Madrid, algunos aún nos preguntamos por el acceso a esa **psicoterapia**, individual o grupal para los casos de enfermedades mentales graves en el ámbito sanitario y con una continuidad en el tiempo que permita su eficacia y que parecía reconocer nuestro sistema legal como una prestación garantizada. Tal vez, esa notable carencia se deba a una habilidad de nuestro legislador autonómico en el momento de la redacción, pues en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, al definir el **Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid** y las **actuaciones de la Administración Sanitaria**, asegura, en su artículo 16 que, desarrollará, entre otras, las siguientes actuaciones: *La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades hospitalarias*, y que, por lo tanto, después de haber ejecutado el traspaso de competencia sanitaria del ámbito estatal al autonómico, parece que se dejó fuera algo tan necesario como es la psicoterapia en todas sus formas. Ahí queda eso... Pero, un paso más, nos conduce a La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 13, al definir las **Prestaciones de atención especializada** dice así: *La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, la educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente (...) y todo ello comprenderá también la atención a la salud mental. Aunque parezca un contrasentido la Ley de cohesión trataba precisamente de establecer una línea divisoria entre las virtudes y las carencias de nuestra Sanidad una vez efectuado el traspaso competencial a las Administraciones autonómicas e impedir las desigualdades en la atención a la salud, recuperando los objetos perdidos... Pero lo cierto es que, aunque uno de los principios vertebradores de la pretendida cohesión era la Equidad, principio que, en la línea de desarrollo del principio*

de igualdad garantizado por nuestra Constitución, debiera garantizar el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio, pues debe afirmarse rotundamente que no lo consiguió. Si comparamos la tasas de profesionales del ámbito de la salud mental, en el ámbito autonómico y nacional (aprovechando también para reflejar las del nivel europeo), veremos como subraya una situación enormemente deficitaria en recursos humanos y que, además, cuestiona y amenaza todos los esfuerzos cosechados en otros aspectos (actitud del profesional, clase intervenciones, manejo de síntomas, empoderamiento del usuario...) al que en definitiva se han dedicado 25 años de trabajo con la ilusión de convertirlo en el soporte ideal...

Profesional	Comunidad de Madrid	España	Europa
Psiquiatras	5,36	6,50	11,10
Psicólogos	3,16	9,90	37,80
Enfermeras	2,11	4,30	18,00
Trabajadores Sociales	1,34	1,90	44,70

(x 100.000 habitantes)

(Nota: No se reflejan otros profesionales (educadores sociales, terapeutas ocupacionales, porque su tasa es menor a 1).

Destaca además que, en la región europea, parece estar más clara la importancia de la intervención psicosocial, y que predomine respecto de la labor más estrictamente médica o farmacológica que sería responsabilidad de los psiquiatras, y que se nos aventaja bastante en inversión económica.

Si la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de 2001 sobre la situación mundial de la salud mental, alertaba sobre la escasez de recursos económicos que se destinan al apartado de Salud Mental del presupuesto global destinado a toda la Sanidad, en la mayor parte de Estados, situando la media en un 2% y recomendando que alcance el 10%, una década después eso continúa siendo una exigencia necesaria para nuestro país y, especialmente, para nuestra Comunidad de Madrid, en la que no se destina más del 1,5%.

En relación al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en relación al derecho a la salud, engloba el concepto de **“más alto nivel posible de salud”** recordando que tiene 4 elementos esenciales: la **Disponibilidad**, es decir, que exista un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la

salud, así como de programas; la **Accesibilidad**: que deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. (Esta accesibilidad tiene a su vez 4 dimensiones: *No discriminación*, es decir, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población; *Accesibilidad física*: deben estar al alcance geográfico; *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: es decir, al alcance de todos (principio de equidad), incluidos los grupos socialmente desfavorecidos; y el *Acceso a la información*: que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud); la **Aceptabilidad**: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados y deberán estar concebidos para mejorar el estado de salud de las personas de que se trate y, por último, la **Calidad**: que reconoce que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, podemos valorar cada uno de nosotros, en base a las experiencias de atención que conocemos, desde las asociaciones de familiares y afectados, los profesionales de la Salud Mental, si eso se cumple, si esas dimensiones configuran las actuaciones de las que son testigo...

Lamentablemente, estos cristales de aumento nos conducen a comprobar (el propio PIDESE ya aceptaba que la naturaleza de los establecimientos, bienes y servicios de salud dependería de, entre otros, de factores como **el nivel de desarrollo de un Estado**, y configuraba los derechos económicos, sociales y culturales como **una obligación condicionada a la voluntad política y la coyuntura económica**), y nos demuestran que el derecho a la salud no se encuentra protegido como un derecho fundamental, sino como un principio rector de nuestra política social y económica, con lo que se encuentra a expensas de las decisiones políticas de nuestras autoridades y, éstas, parece que, últimamente, han convertido la doctrina del más por menos y la búsqueda del rendimiento económico en los grandes postulados de actuación de los poderes públicos, como comprobamos frecuentemente en las noticias de prensa diarias ya y que nos reflejan los resultados de cómo la criatura creada va devorando al monstruo al que antes dio vida... siendo la Administración sierva del Mercado...

No podemos llevarnos a engaño, la sanidad no es igual para todos ni el derecho a la salud garantiza, *a priori*, alcanzar verdaderamente **el más alto nivel de salud posible**, por mucho que la legislación así lo contemple, su consecución depende de la situación económica, de la voluntad política para conseguir que ello sea verdaderamente posible. Pero la atención a la salud mental de las

personas que padecen enfermedades mentales graves y persistentes requiere de una atención integral, bien planificada y coordinada, dotada del número suficiente de recursos y sostenida en el tiempo... en la que resulta ineludible la atención domiciliaria (no como algo residual, excepcional... sino como parte importante del engranaje de atención, con un adecuado número de horas de dedicación), psicoterapias en función de las necesidades individuales concretas y un enfoque verdaderamente holístico y orientado a la curación... La mera prescripción de fármacos sin efectos curativos, tan sólo paliativos, en dosis normalmente excesivas que terminan por constituir una contención química y que genera efectos secundarios perniciosos para la salud no sirve nada más que para perder un tiempo indispensable a la verdadera tarea de recuperación. Todo ello necesita destinar dinero a la Salud Mental.

Espero que este enfoque, las pinceladas trazadas hayan ayudado a una aproximación y mejor visión del panorama. Deben crearse aún muchos recursos y mejorar además en cuestiones que tienen que ver con la planificación y coordinación de los mismos. La crisis económica no hace sino agudizar el riesgo de involución, de *de-construcción* del sistema de bienestar social alcanzado sólo puede aumentar el riesgo de volver a la casilla de salida... como si todo hubiera sido un juego o un entretenimiento sin sentido.

Otro aspecto del que es ineludible tratar para aproximarnos a los derechos humanos y su relación con la salud mental es el fenómeno del estigma, definido por la Sociología como *la condición o atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros, se genera una respuesta negativa, viéndoles como culturalmente inaceptables o inferiores...*, y también, por el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, que lo hace como: pena *infamante, mala fama...*, en definitiva y en el ámbito de la enfermedad mental, la información equivocada, la ignorancia y el desconocimiento configuran unos estereotipos que desencadenan unos prejuicios, compuestos de emociones como el miedo, el temor y el rechazo, y que terminan provocando discriminaciones que conllevan acciones de rechazo, de abuso y vulneraciones de derechos. Las consecuencias son, para el individuo afectado: la pérdida de confianza, el sentimiento de culpabilidad y vergüenza, el temor, la pérdida de oportunidades, el aislamiento, la indefensión, y graves rupturas biográficas... y, para la Sociedad: miedo, abandono, rechazo, abuso, discriminación y vulneraciones legales.

Los expertos consideran que la **Información**, el **Contacto** directo con los afectados y la **Protesta** son las tres herramientas que sirven para combatirlo, aunque, lamentablemente, los úl-

timos estudios también demuestran que los últimos 25 años no han logrado cambiar significativamente la percepción social que se tiene hacia las personas con enfermedad mental y mejorar su consideración social (el 70% de las personas no dejarían a un hijo menor en compañía de una PEM ni siquiera aunque estuviera plenamente recuperado, tampoco le darían trabajo... según un estudio realizado hace 2 años por Hermanas Hospitalarias en Cataluña).

Por añadir algún dato más, según la OMS, el 50% de las personas con problemas de carácter psiquiátrico no busca ayuda por temor al rechazo, por lo que no reciben ninguna clase de tratamiento ni atención, el 95% de personas con enfermedad mental grave diagnosticada no tiene empleo, de los cuales un 70% ya ni siquiera lo busca también por temor al rechazo...

Las violaciones de derechos humanos y el abuso hacia las personas con enfermedad mental son algo frecuente en todo el mundo y condicionan la eficacia de los sistemas socio-sanitarios de atención, y esto último no es algo lejano que sucede en otros lugares y que no nos incumbe, no, esto también sucede en nuestro entorno, como nos recordó el *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental (Octubre 2005)*, documento en cuya Introducción se nos dice: *Persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con alteraciones o discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales.*

En este sentido, también hay que recordar que existe abundante legislación internacional que considera determinadas prácticas que se producen en el ámbito de la atención psiquiátrica como abusivas y degradantes (contención mecánica, hospitalización psiquiátrica involuntaria...), por lo que deberían ser erradicadas de la práctica habitual y establecer las garantías y controles de vigilancia que aseguren la protección de los derechos más fundamentales de la persona. Véase la *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumano y Degradantes* (Resolución 39/1984 de Asamblea General de Naciones Unidas), así como su correlato europeo: *Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes*, que crea además un Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT).

La Resolución 46/119 (1991) de la Asamblea General de Naciones Unidas, aprueba los **Principios para la protección de**

**los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental**, texto que no tiene fuerza vinculante pero que debiera inspirar más de una revisión conceptual en más de un ámbito legal y profesional. Por lo que respecta a la contención, dice así, en su principio 11: *“No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar su propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular d personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder”.*

«existe abundante legislación internacional que considera determinadas prácticas que se producen en el ámbito de la atención psiquiátrica como abusivas y degradantes (contención mecánica, hospitalización psiquiátrica involuntaria...), por lo que deberían ser erradicadas de la práctica habitual»

Juzgue el lector si lo anteriormente transcrito se acerca a la vivencia o creencia personal que tiene del asunto, si creen que la atención de nuestros enfermos mentales es digna y cuidadosa con no lastimar derechos como la integridad física y moral por citar solo alguno... Nosotros, los directamente afectados, que en alguna ocasión hemos sido sujeto de tales prácticas las consideramos aberrantes, traumáticas, más en sintonía con la rotundidad de la Recomendación 1235 del Consejo de Europa (1994), que en su apartado Problemas y abusos de la psiquiatría consideraba, entre otros, que: *No deberá aplicarse la contención mecánica. La utilización de fármacos destinados a la contención farmacológica debe ser proporcional al objetivo perseguido, y no debe infringirse de forma constante los derechos de las personas a procrear.*

Recientemente, en una discusión grupal desarrollada en la Asociación Bipolar de Madrid a (ABM) para conocer más a fondo la realidad de la atención hospitalaria que reciben los trastornos bipolares en la Comunidad de Madrid y en la que participaron 18 personas diagnosticadas por TB, se recogieron testimonios que parecen indicar la pervivencia en nuestros hospitales de ciertas conductas de abuso en las actuaciones profesionales y que aún se aplican contenciones mecánicas que se prolongan por tiempos de hasta 2-3 días, a veces más, y actuaciones en las que la utilización de medicación en dosis anormalmente altas se convierte en una contención química... No podemos demostrarlo, solamente ofrecer testimonios, que quizá sean puestos en tela de juicio antes de ni siquiera considerar el tenerlos mínimamente en cuenta, por venir de quién vienen... Pero quizá los lectores incrédulos deban echar un vistazo al 8º Informe General del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) y en concreto su apartado sobre **Medios de represión**, o al 16ª Informe, aquél de 1997 y éste último de 2006, en donde reconoce que esta polémica continúa viva 9 años después y nos reconoce que **“en muchas instituciones visitadas se recurre en exceso a la aplicación de medidas de control”,** y también que **“se debería evitar el recurso sistemático a métodos de represión mecánica o química cuando para calmar a la persona fuera suficiente un breve periodo de control manual en combinación con métodos psicológicos”,** y además, **“Si fuera necesario utilizar métodos de represión química como sedantes, antipsicóticos, hipnóticos y tranquilizantes, éstos deberían aplicarse con las mismas garantías que los métodos de represión mecánica. El personal sanitario debería tener siempre en cuenta los posibles efectos secundarios de dicha medicación sobre el paciente, especialmente cuando se utiliza la medicación junto con la represión mecánica o el aislamiento”.** El CPT observa también como **“con frecuencia se reduce a los pacientes, normalmente recurriendo a métodos de represión mecánica, como castigo por su mal comportamiento o como medio para hacerles cambiar de actitud”,** y para no extenderme más: **“El CPT ha tenido ante sí casos de pacientes a quienes se les han aplicado métodos de represión mecánica días después del cese de la situación de urgencia. Esta práctica, que a juicio del CPT equivale a malos tratos, no está justificada en ningún caso”.**

Si hacer caso a los testimonios de una asociación es aventurado, o quizá es que los pacientes bipolares tendemos a la exageración... al menos espero que pueda dársele más con-

sideración al Comité para la Prevención de la Tortura y de la atenta lectura de sus informes se sigan cambios importantes en el enfoque de estos asuntos... y podamos proceder de una forma adecuada para humanizar verdaderamente la asistencia.

Para concluir recordaré el tercer principio esencial de la citada Ley de Cohesión y Calidad, la **Participación ciudadana**, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias, del que esperamos que se convierta en realidad pronto para las personas que hemos sido afectadas por una enfermedad mental grave, pero aún así continuamos siendo ciudadanos activos y con una personalidad libre que debe ser tratada de forma digna e igualitaria y para ello, estamos convencidos, como reconocía la Declaración de Helsinki en 2005, de que resulta indispensable nuestra participación en el diseño de aquellos planes y políticas en los que se tomen decisiones sobre nuestra atención. Nada sobre nosotros sin nosotros, tenemos oportunidades reconocidas en la legislación más reciente: Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Ley 51/2003, de 2 de diciembre); la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad (13 diciembre 2006, ratificado por España en 2008) y la esperada Ley Integral para la Igualdad de Trato y la No discriminación, en fase de proyecto y pendiente de aprobación parlamentaria, y que si finalmente sale adelante, incluye como motivo de no discriminación la enfermedad, lo que consideramos puede constituir un aliado perfecto para nuestra particular lucha contra el estigma y discriminación en el ámbito de la Salud Mental.

La protesta y la denuncia seguramente sean necesarias para afrontar muchas pérdidas e intentar compensarlas de algún modo, máxime en una Sociedad que opta habitualmente por la competencia y el conflicto antes que por la compasión y la solidaridad.

Y aquí termino, quizá la fotografía final haya quedado algo movida, algunas zonas no tienen nitidez y quizá necesitan de una mayor profundidad o un encuadre distinto, no obstante, espero contribuir de algún modo despertar y mayor interés por la comprensión de las situación legal de nuestra Salud Mental.

Muchas gracias

## A PROPÓSITO DE LA PARTICIPACIÓN DE SAMI TIMIMI EN EL IX CONGRESO DE LA AMSM

**Ibone Olza Fernández**

El primer artículo que leí del psiquiatra infantil Sami Timimi se publicó en el 2004. El título traducido libremente venía a ser **“Desarrollando abordajes no tóxicos para ayudar a los niños que podrían ser diagnosticados de TDAH y a sus familias: reflexiones de un clínico británico”**<sup>(1)</sup>. En él explicaba cómo había tratado en los tres años anteriores a los niños que heredó con diagnóstico de TDAH y que estaban tomando metilfenidato. Contaba Timimi: *“me encontré con niños que echaban de menos a su padre ausente, con niños cuyos padres discutían, niños de escuelas sin recursos, niños de madres deprimidas que no podrían afrontar el día a día, familias sin apoyo social, niños con problemas de apego, niños adoptados, o acogidos acostumbrados a ser rechazados, niños que no podían expresar el duelo por la pérdida de un ser querido... Vi niños brillantes que utilizaban su inteligencia para evitar el sistema, padres atemorizados de hijos que sabían exactamente qué tecla pulsar, profesores asustados que dudaban sobre cómo tratar a los chicos en el aula, profesores agotados y quemados que ya estaban hartos de enseñar...etc. Y me pregunté, ¿a nosotros, los médicos, por qué nos pagan tanto?”* En aquel artículo describía con detalle su trabajo en dos centros de salud mental británicos a lo largo de tres años. En uno de los centros había heredado 26 niños en tratamiento con metilfenidato. Dos años más tarde sólo 6 de esos 26 pacientes seguían tomando estas medicaciones. Es interesante también destacar que menciona que en esos dos años él puso en tratamiento con metilfenidato a cinco niños más. Según Timimi muchas de aquellas familias *“tenían una comprensión bastante más elaborada de las causas psicosociales de los problemas de conducta de sus hijos que la mayoría de los psiquiatras y pediatras que conozco”*. En el otro CSM donde trabajó, heredó 28 niños tratados con estimulantes, no tuvo que iniciar ni un solo tratamiento, y tras dos años sólo 4 seguían en tratamiento. En ambos centros se había encontrado con que otros profesionales de su equipo, como enfermeros, trabajadoras sociales, terapeutas y psicoterapeutas, simpatizaban con su forma de trabajar y que eran otros psiquiatras infantiles los más críticos con su abordaje.

Partiendo de sus estadísticas particulares Timimi dedicaba el resto del artículo a describir y reflexionar sobre cómo había trabajado con estos niños y sus familias. Para empezar recomendaba ralentizar el proceso de valoración de cualquier niño con presunto TDAH mediante la realización de al menos tres pasos: una extensa entrevista familiar, una visita al colegio y una tercera visita al domicilio familiar. Insistía en la importancia de esforzarse mucho en establecer un vínculo con los niños y sus familias. *“Con paciencia, simpatía, sin prisa, con vistas al largo plazo”*. Animaba a evitar explicaciones simplistas o reduccionistas al hablar con los padres y madres, ayudar a deconstruir el diagnóstico de TDAH y poder pensar juntos más allá de las etiquetas.

Terminaba su artículo insistiendo en la importancia de estar disponible a largo plazo, abierto a opciones alternativas, manteniendo una relación de igualdad con las familias, escuchando desde el respeto, deconstruyendo las jerarquías y expresando como psiquiatra también sus opiniones, dudas, o desconocimientos. Finalizaba recomen-



dando: *“Transparencia: intento no mantener mis ideas en secreto. Comparto mis pensamientos y sentimientos incluso cuando la situación es muy difícil. A veces siento que no sé cómo ayudar a alguien y se lo digo. La transparencia es también una parte de la deconstrucción de la jerarquía. Cuanto más ocultamos nuestro conocimiento profesional de nuestros clientes, más poder tenemos sobre ellos, y creo que más vulnerables se sienten los clientes en nuestra compañía”.*

«si un psiquiatra va a recetar a un niño  
un fármaco fabricado por un laboratorio  
que le ha subvencionado alguna actividad al médico  
debe informar de esto también a la familia»

Desde aquel interesante artículo he intentado seguirle la pista y leer lo que publica. Sami Timimi entre otras cosas es un autor bastante prolífico, que a menudo se enzarza en debates con otros psiquiatras de reconocido prestigio como Eric Taylor o el grupo liderado por Barkley. Ha liderado el debate internacional sobre el TDAH, enfrentándose al grupo de Barkley que ha acusado públicamente a Timimi, entre otras cosas de carecer de metodología científica, basarse en “una lógica falsa”, citar de forma selectiva, ignorar la amplia evidencia científica en TDAH, y hacer insinuaciones sobre la integridad de los científicos que estudian este trastorno<sup>(2)</sup>. A Timimi también se le ha acusado de pertenecer

a la Cienciología (que como bien sabemos está en contra de cualquier tratamiento psiquiátrico y organiza a nivel mundial protestas contra el uso de los psicofármacos, especialmente en niños).

Personalmente creo que este debate es absolutamente necesario y que cada grupo tiene su parte de razón: igual que hay niños que se pueden beneficiar del diagnóstico de TDAH y tratamiento médico hay muchos otros a los que esto les va a producir muchísimo más daño que beneficio. Precisamente este debate nos permite comprender lo difícil y compleja que puede ser la práctica de la psiquiatría infantil. La ingente presión de la industria farmacéutica en esta área roza lo insoportable.

Timimi ha escrito también sobre la depresión infantil (en el British Medical Journal, “Repensando la depresión infantil”)<sup>(3)</sup> y sobre las relaciones entre la psiquiatría infantil y la industria farmacéutica<sup>(4)</sup>. Hace hincapié en la necesidad de que en nuestra profesión se produzca un debate amplio sobre la ética de los regalos de la industria farmacéutica, las subvenciones de cursos y congresos y el impacto que todo esto tiene en la formación. Anima a desarrollar de forma independiente herramientas de lectura crítica para poder hacer un análisis riguroso de los estudios que publica la industria. E insiste siempre en la importancia de explicar a las familias estos aspectos. Según él si un psiquiatra va a recetar a un niño un fármaco fabricado por un laboratorio que le ha subvencionado alguna actividad al médico debe informar de esto también a la familia.

Actualmente Timimi lidera a nivel internacional la “**Campaña para la abolición de los sistemas de clasificación psiquiátricos CIE y DSM**” (CAPSID: campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM)<sup>(5)</sup>. Para ellos ha escrito un texto<sup>(6)</sup> publicado en la web Psiquiatría Crítica (Critical Psychiatry) en el que explica con profundidad y con una perspectiva transcultural lo que él considera los puntos débiles del modelo actual. Señala que hay poca evidencia que sostenga el paradigma CIE-DSM como capaz de proveer la base para conocimiento científico o útil en los tratamientos y alerta de que sin embargo este modelo puede estar causando daños significativos.

«podemos mejorar nuestros resultados clínicos, no mediante la utilización de criterios diagnósticos para elegir tratamientos, sino esforzándonos en establecer relaciones significativas con los usuarios incluyéndoles por completo en las tomas de decisiones»

Timimi propone un nuevo paradigma, partiendo de dos posibles modelos. En el primero, que llama “etiológico”, señala la asociación entre el trauma en la infancia, la adversidad, las dificultades socioeconómicas y situaciones estresantes, con el desarrollo de la enfermedad mental. Enfatiza la necesidad de profundizar en la comprensión de la diversidad humana y de cómo los aspectos vinculares, sociales y políticos afectan a la salud mental. Según él abolir la DSM-CIE y abogar por esta nueva perspectiva favorecería la disminución del estigma de la enfermedad mental. El segundo modelo que propone llama “clínico”, basado en desarrollar alianzas terapéuticas. Dice “*podemos mejorar nuestros resultados clínicos, no mediante la utilización de criterios diagnósticos para elegir tratamientos, sino esforzándonos en establecer relaciones significativas con los usuarios incluyéndoles por completo en las tomas de decisiones*”. Señala la necesidad de colaborar e investigar conjuntamente con las asociaciones de usuarios que promueven otras visiones de la enfermedad mental. Concluye Timimi “*el verdadero don de la psiquiatría es lo que puede ofrecer al resto de la medicina y que es único de su campo: una comprensión de la persona en su contexto*”.

Merecería la pena que el texto completo se tradujera al castellano para poder debatirlo en profundidad entre los profesionales de la salud mental de nuestro país.

## REFERENCIAS

- (1) Timimi S. Developing non-toxic approaches to helping children who could be diagnosed with ADHD and their families: Reflections of a UK clinician. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 6, 41-52 2004.
- (2) Barkley RA. Critique or Misrepresentation? A Reply to Timimi et al. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2004;7(1):65-69.
- (3) Timimi S. Rethinking childhood depression. *BMJ* 2004 Dec 11;329(7479):1394-1396.
- (4) Timimi S. Child psychiatry and its relationship with the pharmaceutical industry: theoretical and practical issues. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008 January 01;14(1):3-9.
- (5) Timimi S. Time to concentrate on human factors in mental illness. *BMJ* 2011 Jul 12;343:d4377.
- (6) Timimi S. Campaign to Abolish Psychiatric diagnostic Systems such as ICD and DSM. <http://www.criticalpsychiatry.co.uk/>



**MÁS ALLÁ DE LA PERSPECTIVA MÉDICA EN DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMATOMORFOS: EL TRABAJO DE CHRISTOPHER DOWRICK A PROPÓSITO DE SU PARTICIPACIÓN EN EL IX CONGRESO DE LA AMSM**

***Alberto Ortiz Lobo***

Christopher Dowrick es un médico general, profesor del Departamento de Primary Medical Care de la Universidad de Liverpool y un extraordinario investigador en el terreno de la salud mental en la atención primaria que ha publicado numerosos artículos en revistas de prestigio. Su línea de investigación primordial ha sido la depresión, y su nivel de análisis ha sido epidemiológico (que le ha llevado, por ejemplo, a organizar trabajos multicéntricos como el ODIN -Outcomes of Depression International Network-), pero especialmente desde una cuestión de concepto. Su otra gran línea de estudio son los síntomas físicos sin explicación médica, un tema muy relevante especialmente para los médicos de atención primaria. Pero lo que podría caracterizar ambas líneas de investigación es la idea de superar una perspectiva médica reduccionista que nos empuja a actuar y seamos más capaces de escuchar y conversar con nuestros pacientes para que puedan manejar su sufrimiento desde su capacidad para desear, vincularse y contarse cómo pueden conducir su propia vida.

Respecto a la depresión, Dowrick la cuestiona como una condición médica y propone un marco de trabajo alternativo. En sus publicaciones expone que las bases biológicas o genéticas de la depresión no son nada definitivas y que el valor de la medicación antidepressiva, incluso en el tratamiento de la depresión mayor, sigue siendo incierto y equívoco. Argumenta que los intentos de mejorar el tratamiento y el diagnóstico en atención primaria han tenido poco éxito y, si han aumentado ambos en número, tiene que ver con la aparición de remedios simples como los nuevos antidepressivos que nos tientan a meter con calzador dentro de formulaciones muy simples a problemas complejos. Dowrick también se detiene a analizar detenidamente los intereses que sostienen el concepto de depresión como una entidad médica. Intereses comerciales por supuesto, pero también profesionales ya sean de psiquiatras, médicos generales, profesores universitarios o gestores de servicios. Todos se benefician de esta perspectiva aunque no sea la más idónea para los pacientes en la práctica diaria. Esta popularidad del concepto tiene que ver entonces más con los sistemas de valores que con que tenga un contenido científico intrínseco. Por este motivo, entiende que la depresión tiene graves problemas de aplicabilidad intercultural debido a las profundas diferencias sociales, lingüísticas y culturales. Para ilustrar estas ideas, expone otros marcos alternativos de orden filosófico, religioso o lingüístico con los que comprender esa constelación de emociones, pensamientos y conductas que en occidente hemos decidido, por el momento, llamarla depresión. La propuesta de Dowrick es una perspectiva de la depresión como un problema que tiene que ver esencialmente con un fallo en el sentido del significado y del propósito del individuo

«Propugna un encuentro con los pacientes con menos diagnóstico y prescripciones y más comprensión y escucha, un encuentro en el que las metáforas médicas que son estáticas, pasivas y restringidas se cambien por metáforas psicosociales, dinámicas, temporales, activas que proporcionan un sentido y una esperanza»

en tanto que este es una entidad coherente, vinculada a un particular espacio geográfico y social y con capacidad para contar historias. La capacidad del sujeto para conducir su vida y la narrativa que cuenta al respecto son los elementos básicos sobre los que Dowrick desarrolla su modelo. Propugna un encuentro con los pacientes con menos diagnóstico y prescripciones y más comprensión y escucha, un encuentro en el que las metáforas médicas que son estáticas, pasivas y restringidas se cambien por metáforas psicosociales, dinámicas, temporales, activas que proporcionan un sentido y una esperanza.

Dowrick también investiga sobre las síntomas físicos sin explicación médica (MUS: Medically Unexplained Symptoms) desde un punto de vista eminentemente práctico como es la visión y el manejo de los médicos de atención primaria de estas situaciones clínicas. Aunque un objetivo importante sea tranquilizar al paciente de que no le pasa nada grave y reasegurarlo, Dowrick se detiene a analizar cómo se hace este proceso (que él llama normalización) y qué ingredientes tiene para que sea lo más eficaz posible. La perspectiva médica estándar, aún apoyada en resultados negativos de las pruebas realizadas al paciente, es a menudo ineficaz e incluso incrementa la presentación de más síntomas o de mayor intensidad. Dowrick considera que las estrategias de normalización son más eficaces en la medida que ofrecen explicaciones tangibles y centradas específicamente en las preocupaciones y síntomas físicos del paciente, sin que tampoco sea necesario siempre conectarlos a factores psicológicos, y donde la relación médico paciente juega un papel crucial.

En definitiva, a través de la depresión y las somatizaciones, Dowrick viene a proponernos que nuestra labor profesional no tiene que ver tanto (o no solo) con curar enfermedades con nuestros actos desde un modelo médico, sino con lograr que nuestros pacientes sean capaces de dar un sentido a su malestar y gestionarlo con nuestra ayuda desde una perspectiva social-existencial.

## REFERENCIAS

- Dowrick C. Beyond depression. A new approach to understanding and management. Oxford University Press, 2004. ISBN: 198526326
- Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dunn G, Dalgard OS,

Lehtinen V, Casey P, Wilkinson C, Page H, Lasa L, Michalak EE, Wilkinson G. From epidemiology to intervention for depressive disorders in the general population: the ODIN study. *World Psychiatry*. 2002 Oct;1(3):169-74.

- Dowrick C, Shiels C, Page H, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Dalgard OS, Dunn G, Lehtinen V, Salmon P, Whitehead M. Predicting long-term recovery from depression in community settings in Western Europe: evidence from ODIN. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Feb;46(2):119-26.
- Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ*. 1995 Nov 11;311(7015):1274-6.
- Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry*. 2001 Dec;179:479-81.
- Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract*. 2004 Mar;54(500):165-70.
- Dowrick C, Gask L, Hughes JG, Charles-Jones H, Hogg JA, Peters S, Salmon P, Rogers AR, Morriss RK. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2008 Aug 19;9:46.



Foto: Erprofe

# artículos de opinión

## EL “PSICÓLOGO CLÍNICO” Y EL “PSICÓLOGO GENERAL SANITARIO”: HECHOS, OPINIONES Y REFLEXIONES

**Manuel Moreno Aranda**

*Psicólogo Clínico.*

*Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”, Granada.*

Quisiera mencionar en este artículo una serie de hechos “históricos” y, sobre todo, exponer y analizar unas noticias más recientes que, en mi opinión, ponen en serio peligro el valor de la Especialidad Sanitaria de Psicología Clínica y de su sistema de formación vía residencia (el PIR).



Fuente: psicologoadistancia.com

### HECHOS “HISTÓRICOS” Y ACTUALES

Desde 2003, año en que se aprobó la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), que sólo reconocía como tal profesional sanitario al Psicólogo Clínico, el Colegio Oficial de Psicólogos (COP), junto con la Universidad y alguna asociación de psicólogos, ha luchado para que “la Psicología” fuera “una profesión sanitaria”. Muchos sucesos han ocurrido desde entonces: promulgación del Real Decreto de Centros Sanitarios (con sucesivas modificaciones, algunas anuladas por el Tribunal Supremo); proceso de homologación del Título de Especialista (proceso largo, complejo y lleno de obstáculos, muchos de los cuales los ha colocado el COP); llamamientos a movilizaciones por parte del COP (sobre todo dirigidos a los estudiantes de Psicología) usando con frecuencia consignas sesgadas y alarmistas....

Más o menos en el último año, parecía ir cobrando fuerza la creación de una nueva figura de Psicólogo con competencias en el ámbito de la salud. Aunque no quedaba claro con qué competencias diferentes (y diferenciadoras) respecto del Especialista en Psicología Clínica (aquí ni los Ministerios pertinentes, Sanidad y Educación; ni el COP, ni la Universidad, se han querido “mojar”), sí se defendía que el acceso a tal titulación pasaba por obtener el Grado de Psicología y completar un Master Universitario (de al menos 2 años) de “contenido sanitario” (tampoco nadie quería concretar nada sobre este punto).

ANPIR podía aceptar la creación de esta figura (aunque siempre ha criticado la falta de concreción respecto a los contenidos de ese Master y las competencias de ese “Psicólogo Sanitario”), pero dejando muy claro que las competencias del Grado+Master no podían equipararse a las del Especialista en Psicología Clínica; que el acceso al PIR debía hacerse desde ese Master (y no desde el Grado); y que el acceso al Master debía quedar reservado a los Graduados en Psicología (detalle que, por increíble que parezca, no estaba del todo asegurado).

Pues bien, en este año nos hemos encontrado con dos hechos:

1º) En la Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social, se incluye (sin tener nada que ver con la temática objeto de esta Ley) una “Disposición adicional sexta. Ejercicio de actividades sanitarias por titulados universitarios de Licenciado en

Psicología o Graduado en el ámbito de la Psicología”. En resumen, dice que:

- En 12 meses ha de regularse por Ley la actividad de la «Psicología Sanitaria» como profesión sanitaria titulada y regulada, definiendo sus condiciones de acceso y las funciones que se le reservan.
- Mientras tanto, los Licenciados en Psicología/ Graduados en el ámbito de la Psicología podrán ejercer actividades sanitarias siempre que acrediten: un itinerario curricular universitario vinculado con la Psicología Clínica y de la Salud (o con el área docente de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico); o una formación postgrado con tales contenidos no menor de 400 horas. Quienes cumplan con esto pueden registrar sus consultas como sanitarias.
- Los psicólogos que trabajen dentro del Sistema Nacional de Salud (o en centros concertados) deben tener el título de Especialista en Psicología Clínica.

Se puede encontrar la Ley (con la Enmienda) aquí:

<http://www.boe.es/boe/dias/2011/03/30/pdfs/BOE-A-2011-5708.pdf>

Esta Disposición no aclara cómo, ni quién, acredita ese itinerario curricular o esa formación posgrado que permite realizar actividades sanitarias a Psicólogos No Especialistas. En todo caso, podía entenderse como una “hoja de ruta” genérica que debería desarrollarse en futuras disposiciones legislativas.

2º) Sin embargo, de prisa y corriendo, justo antes de terminar la actual Legislatura política, se está tramitando un proyecto de Ley General de Salud Pública. El 14 de septiembre superó el trámite del Senado; el 22 de septiembre fue aprobada por el Congreso, y sólo falta su publicación en el BOE (y dará tiempo a ello). Pues bien, en el Senado se incluyó (y fue aprobado por casi todos los grupos políticos) una enmienda al Proyecto en forma de “Disposición Adicional. Regulación de la Psicología en el ámbito sanitario”. En resumen, dicha Disposición:

- Define las **funciones** básicas del Psicólogo General Sanitario: “realización de investigaciones, evaluaciones e

intervenciones psicológicas sobre aquellos aspectos del comportamiento y la actividad de las personas que influyen en la promoción y mejora del estado general de su salud, siempre que dichas actividades no requieran una atención especializada por parte de otros profesionales sanitarios”.

- Establece los tiempos para desarrollar los planes de estudio de ese Master en “*Psicología General Sanitaria*” y para establecer, dentro del Grado Universitario de Psicología, “*un recorrido específico vinculado a la psicología de la salud*”. Aclara que el Grado, por sí solo, no habilitará para el ejercicio de la Psicología en el sector sanitario; y que para acceder al Master se deberá poseer el Grado en Psicología.
- Reitera que los psicólogos que trabajen dentro del Sistema Nacional de Salud (o en centros concertados) deben tener el título de Especialista en Psicología Clínica. Pero la enmienda, al hablar de la Cartera de Servicios comunes del SNS (donde se reflejan las prestaciones sanitarias que corresponden a los psicólogos del SNS), suprime la referencia (que sí aparecía en la Disposición Adicional Sexta de la Ley de Economía Social) “tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Especializada”. Y luego añade: “Lo previsto en el párrafo anterior se entenderá sin perjuicio de las competencias de otros especialistas sanitarios y, en su caso, del carácter multiprofesional de los correspondientes equipos de trabajo en el ámbito de la salud mental”.
- Y durante 3 años se mantiene el procedimiento transitorio de acreditación (según itinerario curricular universitario o formación posgrado) para ejercer actividades sanitarias que se detallaba en la Disposición Adicional Sexta de la Ley de Economía Social (ver más arriba).

Se puede encontrar la enmienda aquí:

<http://www.infocoponline.es/pdf/enmiendadefinitiva.pdf>

[http://www.senado.es/legis9/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG\\_D\\_09\\_116\\_1043.PDF](http://www.senado.es/legis9/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_09_116_1043.PDF)

## REFLEXIONES Y PREOCUPACIONES ANTE ESTE PANORAMA

Estas son opiniones y reflexiones personales, pero me parecen muy fundamentadas y quisiera compartirlas con ustedes. Si todo queda finalmente así:

A) En la Sanidad privada, el “*Psicólogo General Sanitario*” *podrá, de facto, tratar cualquier problema de salud mental*. Ni se ha intentado establecer competencias diferenciales “Psicólogo Sanitario” / “Psicólogo Clínico”, ni se puede controlar lo que cada uno hace en su consulta. Esto puede generar una tremenda desigualdad en la calidad de la asistencia psicológica: “psicólogos sanitarios” no especialistas que intenten tratar a personas con problemas complejos de salud mental (no sólo “Trastornos Mentales”, sino también adaptaciones difíciles a enfermedades crónicas, o a situaciones estresantes continuas...) sin la preparación suficiente para ello. Y de regalo, si la persona empeora, siempre le quedará al “Psicólogo Sanitario” el recurso de decir en cualquier momento: “ahora es apropiado que le atienda un especialista”, y hala, a lavarse las manos... ¿Se informará al paciente/cliente de la diferencia “Psicólogo Sanitario/Psicólogo Clínico” para que pueda elegir libremente quién le atenderá? Me temo que no...

Que quede claro: dentro de los “Sanitarios” y de los “Clínicos” habrá muy buenos, buenos, regulares, malos y muy malos profesionales. Pero opino que, dentro del colectivo “Sanitario”, habrá un mayor riesgo de actuaciones incorrectas por lo que acabo de explicar.

Ah, y la Sanidad privada no consiste sólo en despachos individuales. Que también hay centros hospitalarios privados...

B) Está muy bien que el Grado en Psicología, por sí solo, no habilite para ejercer actividades sanitarias (¿dónde queda el COP, la Universidad... con su famoso lema “Los Psicólogos Somos Profesionales Sanitarios”?). Y que el acceso a ese Master sanitario sólo pueda hacerse desde el Grado de Psicología. Pero ahora resulta que el Graduado puede acceder al Master... o directamente al PIR, que implica una “formación especializada”. ¿Qué significa esto? ¿Cómo pueden adquirirse conocimientos especializados sobre un área (la salud mental) sin necesidad de adquirir previamente los conocimientos generales sobre esa misma área? ¿O acaso se pretende sugerir que hacer ese Master sanitario

es equivalente a hacer el PIR en cuanto a contenidos/competencias profesionales? ¿Que la única diferencia está en ejercer o no en la Sanidad pública/concertada? ¿Y por qué entonces en la Sanidad pública/concertada (que busca siempre los máximos estándares de calidad asistencial) se exige tener el Título de Especialista? ¿Cuántos Licenciados en Medicina, sin ningún título de Especialista, trabajan en la Sanidad privada? Y los que haya, ¿a qué se dedican? ¿Y son más que los Médicos Especialistas que trabajan en la Sanidad privada?

Lo que pasa, entre otras cosas, es que el no de Facultades de Psicología en España (casi 40) es una barbaridad. Lo que ocurre es que el no de Licenciados/Graduados de Psicología al año (entre 5000 y 6000) es una monstruosidad sin nombre. No hay salida laboral para todos (ni en el ámbito sanitario ni en otros). Y nadie quiere abordar estos problemas por la raíz (establecimiento de “*numerus clausus*”; freno a la creación de nuevas Facultades). ¿Será por los beneficios que genera tanto estudiante matriculado, o tanto Graduado/Licenciado que necesita mejorar su formación porque, con lo que tiene, y habiendo miles como él, no va a ningún lado? Beneficios que van al Gobierno de turno, a la Universidad, al COP, a las academias privadas... Porque nada de esto se hace sin ánimo de lucro, no seamos ingenuos.

C) Supuestamente, el COP (y la Universidad) han defendido que el acceso al PIR sea desde el Master. En mi opinión, tampoco se han esforzado mucho sobre este punto. Sí, lo han expuesto en muchos escritos, comunicados.... Pero a la hora de reunirse con representantes políticos, ministeriales... no era uno de los puntos a los que se dedicaban horas, precisamente. Creo que se han limitado a un “lavado de cara”, pero que era un tema que ni les interesaba ni les convenía defender. A ver qué “esfuerzos” dedican a esto a partir de ahora...

D) Respecto a las “*acreditaciones*” de formación para ejercer actividades sanitarias (recogido en la Ley de Economía Social, y respetado en la enmienda al proyecto de Ley General de Salud Pública), **¿quién se encarga de ello, y cómo se acredita tal formación? ¿Y será gratis?**

Por ejemplo, en esta noticia: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3622&cat=9](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3622&cat=9) ya se dice que el COP de Madrid se encargará de certificar la formación posgrado (y la Universidad el itinerario curricular), tras un acuerdo con la Dirección General de Ordenación e Inspección de la

Comunidad de Madrid, para poder inscribir una consulta de Psicología como sanitaria en dicha Comunidad. ¿Lo hará gratis el COP de Madrid? Porque yo juraría que los colegiados ya pagan una importante cuota anual, como para que el COP madrileño les haga ese certificado con recargo... ¿Y será el COP madrileño riguroso a la hora de conceder tales certificados? ¿Qué criterios seguirá para valorar esa formación postgrado? ¿Conoceremos esos criterios?

E) Supuestamente, los Psicólogos que ejerzan en el Sistema Nacional de Salud (o en la Sanidad concertada) han de tener el Título de Especialista en Psicología Clínica. Esto parece claro.... ¿De veras? ¿Y será así siempre? Dudo de ambas cosas por estos motivos:

- 1) Como señalé anteriormente, la enmienda (Disposición Adicional) al Proyecto de Ley General de Salud Pública, **al hablar de la Cartera de Servicios comunes del SNS** (donde se reflejan las prestaciones sanitarias que corresponden a los psicólogos del SNS) **suprime la referencia** (que sí aparecía en la Disposición Adicional Sexta de la Ley de Economía Social) **“tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Especializada”**. Y luego añade: **“Lo previsto en el párrafo anterior se entenderá sin perjuicio de las competencias de otros especialistas sanitarios y, en su caso, del carácter multiprofesional de los correspondientes equipos de trabajo en el ámbito de la salud mental”**.

Resulta que la Cartera de Servicios Comunes del SNS (está aquí: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/act.php?id=BOE-A-2006-6212](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/act.php?id=BOE-A-2006-6212)) habla de prestaciones sanitarias de **Atención Primaria** y de **Atención Especializada** (entre otros apartados). **No distingue prestaciones en función del profesional sanitario de que se trate**. Lo que sí dice en su artículo 4.1 es:

*“Las prestaciones sanitarias, detalladas en la cartera de servicios comunes que se establece en este real decreto, deberán ser realizadas, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, por los profesionales sanitarios titulados, regulados por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Todo ello sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales en el ámbito de sus respectivas competencias.”*

El “Psicólogo General Sanitario” sería un profesional sanitario no-especialista. El Psicólogo Clínico es un profesional sanitario especialista. Puesto que la Cartera no distingue prestaciones en función de tal o cual profesional sanitario, ¿qué impide que el Psicólogo Clínico se encargue de prestaciones de Atención Especializada (Trastornos Mentales)... y el “Psicólogo General Sanitario” se haga cargo de prestaciones encajables en Atención Primaria (por ejemplo, atención psicológica en personas con enfermedades orgánicas crónicas)?

De hecho, el COP se ha dedicado en los últimos 3-4 años a hacer especial hincapié en la importancia de la “atención psicológica” en enfermos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplantes, fibromialgia, diabetes,..... Temas englobados en la “Psicología de la Salud”: **justo el único ámbito que se menciona (de pasada), en la enmienda, como propio de ese Master en “Psicología General Sanitaria”**. Y el COP no deja de insistir en la inclusión de **“psicólogos” (sin más adjetivos, qué curioso) en Atención Primaria**, como se puede ver en esta noticia, publicada **al día siguiente** de aprobarse en el Congreso la Ley General de Salud Pública:

[http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3637&cat=9](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3637&cat=9)

Aún más: la Cartera de Servicios Comunes del SNS es un conjunto de mínimos, y la descripción de prestaciones sanitarias atribuibles al psicólogo (sobre todo en el apartado de Atención Primaria) es bastante pobre, en mi opinión. ¿Qué impide a las Comunidades Autónomas con las competencias en Sanidad ya transferidas “añadir” prestaciones mejor especificadas a sus Carteras de Servicios propias; y luego decidir que esas prestaciones son más propias del “Psicólogo General Sanitario” que del “Psicólogo Clínico”?

Si alguien opina, por ejemplo, que la intervención psicológica en enfermedades crónicas como las descritas más arriba no es algo tan propio del Psicólogo Clínico, y que podría ser realizado por un “Psicólogo Sanitario”, respeto su opinión. Pero le recuerdo que el propio COP, en su libro “Perfiles Profesionales del Psicólogo” (1998), habla del perfil “Psicología Clínica y de la Salud”, sin separaciones. Y el **programa formativo PIR** (ya desde 1996, pero mucho más explícito, claro y detallado en el nuevo programa

ma de 2009) incluye, como ámbito de competencia propio del Psicólogo Clínico, la evaluación e intervención en el marco de la Psicología de la Salud... Puede verse aquí:

<http://www.boe.es/boe/dias/2009/06/17/pdfs/BOE-A-2009-10107.pdf>

Y un detalle más: el Psicólogo Clínico es un Facultativo Especialista, mientras que un eventual "Psicólogo General Sanitario" sería un Técnico Superior (menor categoría profesional). Al Sistema Sanitario Público/Concertado (y también a la sanidad privada) le sale más barato contratar a un Técnico que a un Especialista. Y si no queda claro lo que hace uno y otro, o al menos es algo interpretable.... Estamos en crisis, y hay que ahorrar...

- 2) Dadas las ambigüedades e inconsistencias antes descritas, ¿quién asegura que esta situación legislativa actual, incluso si no se pretende devaluar/soslayar la especialidad de Psicología Clínica, no pueda cambiar en el futuro?

Por ejemplo: en 2008, la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha publicó una Orden que permitía a Psicólogos no-especialistas, bajo determinadas condiciones, ejercer en centros públicos de Salud Mental dedicados al tratamiento de trastornos mentales. Tras ser recurrida, el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-la Mancha dio la razón a los recurrentes (anulando en parte la Orden) señalando, entre otras cosas, que **"...lo que puede ser complejo de determinar (la correcta distribución de funciones entre diferentes profesiones sanitarias) se vuelve claro y evidente cuando de lo que estamos hablando es de atribuir funciones sanitarias a una profesión no sanitaria"**.

Si, ahora, ese "Psicólogo General Sanitario" queda instituido como un profesional sanitario, ¿qué le impedirá a esta Consejería de Sanidad (o a cualquier otra Consejería de otra Comunidad Autónoma) volver a intentarlo, si el propio tribunal señalaba que la "distribución de funciones" entre diferentes profesiones sanitarias era "complejo de determinar"?

Por otro lado, establecer "de facto" diferentes requisitos formativos/de titulación (no equivalentes) para ejercer actividades sanitarias equivalentes (también "de facto") en la Sanidad pública/concertada, por un lado, y en la Sanidad privada, por otro, ¿es legal? ¿No dará pie a "batallas judiciales" sin fin?

## CONCLUSIONES

**Para, supuestamente, "dar solución" a "un conflicto"** (que, en todo caso, tiene en mi opinión unas raíces reales que ni se han intentado plantear, ni mucho menos corregir), **se crea un nuevo "profesional sanitario", el Psicólogo General Sanitario, que supondrá a corto y medio plazo el debilitamiento, arrinconamiento y eventual desaparición de un especialista sanitario, el Psicólogo Clínico, y de un sistema de formación vía residencia (el PIR), que han costado muchísimo esfuerzo crear, desarrollar y consolidar.** Ello, a su vez, **frenará el desarrollo de otras posibles Especialidades Sanitarias de la Psicología (Neuropsicología, Psico-Oncología, Psicogeriatría...) a través del sistema PIR.**

**El sistema de formación sanitaria especializada vía residencia PIR** (que supone 4 años de trabajo remunerado y supervisado, asumiendo responsabilidad progresiva en el tratamiento de personas reales con psicopatologías y problemas de salud mental muy variados, al que se accede mediante oposición, y que implica varios miles de horas de atención directa a personas) **no puede ser equiparado, ni de forma explícita ni "a escondidas", con ninguna formación tipo Master** (que no reúne, ni de lejos, las características del PIR; y que no paga al "masterizante", sino que le hace pagar).

De lo anterior se deduce fácilmente que el Psicólogo Clínico (vía PIR o vía homologación) tampoco puede ser equiparado, ni de forma explícita ni a hurtadillas, con ese "Psicólogo General Sanitario" que se pretende crear. Los defensores de una u otra postura podrán dar múltiples argumentos en apoyo de su planteamiento (y en contra del otro planteamiento). Yo he dado los míos. Pero ante todo está la persona con sus problemas psicológicos: esta merece SIEMPRE la mejor atención posible.

- Y si usted tuviera un tumor cerebral, y tuviera que ser operado con eficacia y garantías...
- Y si pudiera elegir entre un "Médico Especialista en Neurocirugía" y un "Licenciado en Medicina con Master en Medicina Quirúrgica General"...
- Y si supiera la diferencia entre ambos en formación y competencias, ¿a quién elegiría?

Granada, 24 de Septiembre de 2011

("publicado originalmente el 27-septiembre en la web de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, ANPIR")

# hem( )s estado...

**MESA-DEBATE “LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA RED SANITARIA PÚBLICA DE MADRID. AGENDAS, HISTORIAS INFORMATIZADAS Y LIBRE ELECCIÓN.”**, CELEBRADA EL 28 DE SEPTIEMBRE EN SALÓN DE ACTOS DE LA FUNDACIÓN ONCE Y ORGANIZADA CONJUNTAMENTE POR LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA (AEPCP), ASOCIACIÓN NACIONAL DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y RESIDENTES (ANPIR) Y ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL (AMSM-AEN)

*María Alonso Suárez*

La AEN, AEPCP y ANPIR han venido realizando una serie de acciones conjuntas preocupados por la situación de la Psicología Clínica y la calidad de la atención en la Red Sanitaria Pública de Madrid a raíz de la nueva organización de los servicios, las directrices sobre libre elección y criterios de derivación a psiquiatra/ psicólogo clínico, y de la introducción de sistemas informáticos de gestión de agendas y de historia clínica.

Participaron en la mesa psicólogos clínicos de 7 USM de Madrid, tanto de adultos como de infantil, y el debate e intercambio de informaciones se extendió con las aportaciones de los asistentes. Cada uno de los ponentes informó acerca de la situación en sus dispositivos antes y después de la implementación de estas directrices, en lo relacionado con las nuevas evaluaciones, adecuación de las derivaciones, disponibilidad de la información básica al ver a cada nuevo, listas de espera, gestión de agenda, trabajo en equipo, manejo del sistema informático, continuidad de cuidados y coordinación con otros recursos.

Ha pasado más de un año desde que comenzaran a implementarse dichas directrices y cambios, por lo que las dificultades detectadas no tienen relación en estos momentos con las resistencias iniciales naturales a los cambios que pueden surgir en los profesionales al tener que cambiar rutinas habituales de trabajo. Sin embargo, también es cierto que parte de los obstáculos en la práctica cotidiana están relacionados con **dificultades del sistema informático** (se 'cae' a menudo) y con la **falta de formación** específica a los profesionales para su uso. Por momentos, el debate quedaba atrapado en el intercambio de informaciones y 'trucos' para poder acceder al PIC de los pacientes (cuando se puede), salvaguardar la confidencialidad de la información en los seguimientos, registrar la actividad diaria en situaciones habituales como grupos o coterapia, reservar huecos en la agenda para flexibilizar citas sucesivas adaptadas a las necesidades de los pacientes, etc. En cualquier caso, parte de las soluciones a estos problemas servían para unos centros y no para otros, debido a las características únicas que se habían introducido en el sistema en cada uno de ellos.

La primera conclusión que podemos extraer es que la **heterogeneidad** no ha cambiado. En cada centro, según quién es el jefe, según quién es su gerente, y según la capacidad de negociar y adaptar los sistemas nuevos a las necesidades de los equipos, así se han llevado a cabo. Cada equipo, como antes, es de su padre y de su madre. Por poner un ejemplo, aunque el número de nuevos es similar (5/ 6 semana; se

“En cada centro,  
según quién es el jefe,  
según quién es su gerente,  
y según la capacidad de negociar  
y adaptar los sistemas nuevos a las  
necesidades de los equipos,  
así se han llevado a cabo”

menciona el plan de la Consejería de aumentar a 10) se dan amplias variaciones en cuántos huecos son abiertos a primaria y cuántos destinados a derivaciones internas de psiquiatría o preferentes. En algunos CSM las derivaciones internas son citadas en huecos de seguimiento (sumando estos nuevos a los 5-6 que provienen de AP), mientras que en otros centros son destinados a derivaciones internas 2 o 3 huecos de los 5 o 6 totales para nuevos.

Por otra parte, parece que, en términos generales, la libre elección no ha llevado a recibir gran número de derivaciones de fuera del área. Sin embargo, cuando ocurre, se plantean serios problemas para la continuidad de cuidados, que afectan especialmente a infantil y a los trastornos mentales graves, pues imposibilita la coordinación con los recursos locales (colegios, residencias, etc.). Estos pacientes reciben una atención de menor calidad en consecuencia.

Los **criterios de derivación psiquiatra/psicólogo clínico** son cuestionados por la mayor parte de la mesa. En algunos centros esto ha cambiado de manera muy importante el tipo de demanda que llega a Psicología Clínica. También ha influido el que se derive directamente al psicólogo clínico y al psiquiatra en vez de al equipo (donde se realizaba el reparto psiquiatra/psicólogo clínico según protocolo de cada centro). Esto no ha ocurrido en todos los centros, ya que en algunos parece que desde Atención Primaria (AP) funcionen sin conocer las nuevas directrices y no ha cambiado el perfil atendido. Donde más ha afectado ha sido en aquellos servicios con un sistema de reparto de los pacientes donde se tomaban las decisiones en equipo, atendiendo a la información remitida desde AP y al perfil de los profesionales, incluyendo criterios más complejos en cuanto a competencias que solamente la diferencia psiquiatra/psicólogo. La impresión general es que si antes ya había **dificultades para el trabajo en equipo**, este sistema las ha institucionalizado: cada uno con su agenda, cada uno a su despacho. Además no permite control por parte del equipo en la asignación del profesional más adecuado, disminuyendo la calidad en la atención. Por ejemplo, poder asignar a miembros de la misma familia a terapeutas diferentes, poder asignar a terapeutas teniendo en cuenta el criterio del género atendiendo a ciertas problemáticas en las que es muy relevante, asignar según formación o especialización en patologías, etc. De todas formas, es habitual que actualmente el paciente llegue sin el PIC y que esta información no esté accesible, con mayor **pérdida de control del proceso por parte de los profesionales**. En los centros en los que se ha observado un cambio en el

perfil atendido por Psicología Clínica, éste está en directa relación con los nuevos criterios propuestos que, simplificando, dejan los trastornos mentales menores para esta especialidad, lo que supone un **limitación de sus funciones**, desaprovechamiento de sus competencias y discriminación en la atención al paciente grave, con más filtros para acceder a este especialista. Sin embargo se siguen derivando pacientes con trastornos mentales graves internamente, de psiquiatra a psicólogo, igual que antes o incluso con mayor frecuencia según el caso.

«La impresión general es que si antes ya había dificultades para el trabajo en equipo, este sistema las ha institucionalizado: cada uno con su agenda, cada uno a su despacho»

Ha habido un **aumento en la listas de espera** para Psicología Clínica, que es evidente en infantil, donde en algunos centros apenas derivan a Psiquiatría desde que puede derivar directamente a Psicología Clínica en vez de a la USM-IJ como equipo. Se refieren listas de espera de entre 3 y 6 meses. El que la derivación sea directa a Psicología Clínica parece haber hecho que aumente la demanda. Otras anomalías del nuevo sistema pueden estar aumentado listas de espera por el **caos en las citaciones**: pacientes citados en las dos especialidades al mismo tiempo, pacientes vueltos a citar como nuevos sin que haya pasado un año desde última cita, 50% pacientes que no acuden a primera cita (¿tras espera de 3-6 meses?), aumento de pacientes que tras alta-resolución en la primera cita vuelven a estar citados como nuevos poco después (el aumento del número de nuevos incrementa el tiempo entre citas sucesivas y a su vez la presión para dar alta-resolución en primera cita). El aumento de tiempo de espera disminuye las posibilidades de una intervención precoz y se han detectado situaciones en que acuden a la cita “por no perderla”, pero que han iniciado tratamiento privado durante la espera. Hay quién se pregunta en la Mesa si forma parte de los objetivos el refuerzo de la atención privada.

Este aumento en listas de espera para Psicología Clínica se ha visto acompañado de un **aumento en el tiempo entre citas sucesivas**. Además, la **rigidez en el sistema de agenda electrónica** dificulta la flexibilidad cuando quiere atenderse a un paciente antes de la primera cita que sale de manera automática, por no mencionar los impedimentos para el bloqueo de huecos para formación, reuniones, coordinación, etc. La impresión de los asistentes es que a la administración lo que le preocupa es únicamente reducir listas de espera, y poco importa cómo y cuándo se vea a los pacientes. Y que esto está en directa relación con cuánto gana cada hospital por cada nuevo paciente atendido frente a cada cita de seguimiento, fomentando un modelo que prima atender muchos nuevos, muchas altas-resolución en primera entrevista y citas de seguimiento distanciadas y no la calidad asistencial.

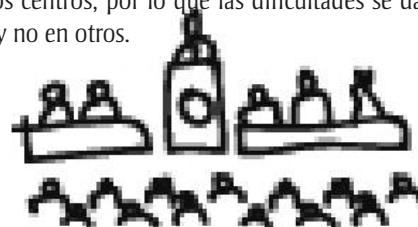
En cualquier caso, se menciona que por parte de la administración no se tiene en cuenta para la provisión de recursos los datos de los psicólogos clínicos, sólo se piden los datos de los médicos. Este hecho contribuye a concluir que, una vez más, la Psicología Clínica no es tenida en cuenta en el sistema de salud. Para algunos, el que se abrieran las agendas de Psicología Clínica a AP suponía un paso adelante en la accesibilidad a la especialidad y en la visibilidad de la demanda. Pero el hecho de que no se tengan en cuenta los datos de actividad de los psicólogos clínicos reabre el debate sobre el estatus de la especialidad en relación con los demás facultativos. Se menciona el hecho de que en la agenda electrónica la denominación de la Consulta no es “psicología clínica” como indican las directrices de la Oficina, sino “psicología” u otras.

No en todos los centros se ha implementado la **historia informatizada**. Surgen dos preocupaciones principales en los centros donde ya han iniciado su experiencia. La **deshumanización** de la atención, las dificultades para establecer una relación terapéutica mientras escriben en el ordenador y la impracticabilidad de hacerlo en otros huecos. Y la **confidencialidad**, el dilema entre el deber de dejar constancia de aspectos relevantes para el diagnóstico en el futuro, y la salvaguarda de la confidencialidad de informaciones sensibles en un nuevo sistema en el que hay consenso en la Mesa en que la universalización en el acceso a la información de los profesionales tie-

ne en esto su principal riesgo. La tendencia general es a reducir la información que se anota o a estar trabajando con el doble registro manual e informático. Por otra parte, se plantea la dificultad para archivar material productivo en papel relevante para el diagnóstico, aún más claro en el caso de los niños (dibujos, etc.).

«los cambios han tenido un impacto negativo sobre los tiempos de espera, el tiempo entre citas sucesivas, el trabajo en equipo, la individualización de la atención, la pérdida de control del profesional sobre el proceso, la confidencialidad de la información, la deshumanización de la atención y la limitación de las funciones de los psicólogos clínicos asociadas al perfil derivado bajo los nuevos criterios»

Resumiendo, durante la Mesa-Debate ponentes y asistentes señalan que los cambios han tenido un impacto negativo sobre los tiempos de espera, el tiempo entre citas sucesivas, el trabajo en equipo, la individualización de la atención, la pérdida de control del profesional sobre el proceso, la confidencialidad de la información, la deshumanización de la atención y la limitación de las funciones de los psicólogos clínicos asociadas al perfil derivado bajo los nuevos criterios. Hay que tener en cuenta que algunos de estos cambios se dan en un contexto de más amplio de amortización de plazas, temporalidad en los recursos humanos, etc., que pueden estar ejerciendo su impacto. Y, por otro lado, que lo que no ha cambiado es la heterogeneidad de los centros, por lo que las dificultades se dan en unos centros y no en otros.



# panóptico

LA CONSEJERÍA DE SANIDAD LANZA UNA CAMPAÑA CONTRA LAS PUNTAS ABIERTAS.

Contará con Lluís Llongueras como Gestor Capilar.

SQUARE LITTLEROAD. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. Madrid. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha lanzado una campaña de cara al otoño para terminar con las puntas abiertas, un problema capilar prevalente entre los trabajadores sanitarios y que cuesta al erario público alrededor de 90 millones de euros. La campaña tendrá dos fases. En una primera se tratará de detectar a aquellos profesionales que tengan las puntas defectuosas. En la segunda fase que comenzará en Navidades tras la toma de pelo, comenzarán los recortes. La Consejería va a contar como Gestor Capilar con el famoso estilista catalán Lluís Llongueras (Esparraguera, Barcelona, 1936), asesor actual del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Llongueras, conocido mundialmente por sus colaboraciones con Dalí, ha sido también asesor de la reina doña Sofía que descubrió en los años 70 su técnica del "brushing" y cambió de estilo de forma permanente. Esta cualidad de permanencia en los recortes ha sido especialmente tenida en cuenta por las autoridades sanitarias madrileñas. Como dijo el Excelentísimo Alcalde de Barcelona Don Pascual Maragall: *"Hay algunos ciudadanos que han contribuido de manera decisiva en la creación de un cierto estilo Barcelona y a proyectarlo alrededor del mundo, una de estas personas es, sin duda Luis Llongueras"*. La administración madrileña cree que aplicar en Madrid el estilo Barcelona para los recortes demuestra además que no tiene nada en contra de los catalanes. Otras de las cualidades de Luis Llongueras es su especial habilidad para la enseñanza y para transmitir sus conocimientos, plasmados en "El Método Llongueras", cuatro volúmenes técnicos sobre recortes, traducidos a varios idiomas y reeditados continuamente. Llongueras se muestra exultante con el proyecto. "Mis colaboradores tienen que estar seguros y conscientes de sí mismos, perfectos estilistas, capaces de solventar cualquier situación. Este sentimiento de seguridad se transmite al cliente y solo así se puede conseguir vender nuevas modas y mejorar los estilos". Con estas frases, pronunciadas en las que el maestro llama "charlas de carisma", Luis Llongueras arrasa y demuestra la gran madera de líder que emana por los cuatro costados. Sus colaboradores salen transfigurados, la amistad y la total comunicación nace entre ellos. El Consejero de Sanidad ha afirmado que "los recortes en Madrid serán exigentes y se harán con gran calidad".



Fuente: Ferrán Martín lainformacion.com

LA FACTURA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID SE DETALLARÁ TAMBIÉN EN HUEVOS

Se rechazó por razones éticas una propuesta de facturar en riñones y ojos de la cara.

JOSEPH MULBERRYTREE. Redacción del Panóptico Madrid. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha ideado un sistema pionero en España para que los usuarios de la sanidad pública comprendan de forma más impactante lo que cuestan las prestaciones sanitarias que reciben. Los técnicos de la Consejería piensan que detallando la factura sanitaria que en breve se entregará a los pacientes en hue-

vos seremos más conscientes de nuestro gasto sanitario que si simplemente se hace en euros. La Consejería piensa que la idea que tienen los ciudadanos de que las prestaciones sanitarias cuestan un huevo no se aproxima a la realidad, ya que según sus cálculos existe un abanico que va de la media docena a los varios miles de huevos. Por eso es necesario añadir precisión. El sector más duro de la Consejería, liderado por el Gestor Capilar Lluís Llongueras, había diseñado una factura detallada en ojos de la cara y riñones, pero fue rechazada por motivos éticos.

### **EXTIRPAN UN QUISTE HIDATÍDICO A UN MÉDICO EVENTUAL DE LA SANIDAD PÚBLICA Y ENCUENTRA RESTOS DE DERECHOS LABORALES**

#### **Se confirma que la bilis de los eventuales es más espesa**

MIKE DONALD. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. Madrid. Los cirujanos de la Fundación Jiménez Díaz que extirparon el pasado mes de Agosto un quiste hidatídico a un médico que trabaja con un contrato eventual en la sanidad pública madrileña todavía no salen de su asombro. En el interior del quiste encontraron restos de derechos laborales como un contrato fijo, acumulación de trienios, restos de derecho a la carrera profesional y un abono transporte. El sorprendente hallazgo fue enviado al departamento de Anatomía Patológica por si se trataba de un teratoma sindical. Aunque confirmaron que el quiste es de origen infeccioso, los patólogos hallaron a nivel microscópico fragmentos de material sonoro en los que el eventual se permitía opinar sin temor a ser despedido. Al parecer todos estos restos llegaron al quiste a través de la bilis, lo que concuerda con la idea generalizada de que la bilis amarilla de los eventuales se ha hecho más espesa.

### **LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL SON MÁS VAGOS QUE LOS DEMÁS TRABAJADORES SANITARIOS**

#### **Preocupación en la Oficina de Salud Mental por la productividad en las consultas**

LUCAS SKYBEING. REDACCION DEL PANÓPTICO MADRID. Un estudio del Departamento de la Personalidad de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid ha demostrado que los profesionales de la red pública de Salud Mental son más vagos que el resto de trabajadores sanitarios.

En el estudio se comparó una muestra de profesionales de salud mental con un grupo control de cirujanos e internistas a la hora de explicar a un niño como se concebía un hijo. Mientras que cirujanos e internistas utilizaban una media de 10 y 100 palabras respectivamente, los profesionales de salud mental alcanzaban medias por encima de las 1000 palabras. Los circunloquios, las respuestas confusas y las estereotipias verbales estaban así mismo sobrerrepresentadas en estos profesionales de la mente prueban para la AMSM la dificultad de implementar consultas de psiquiatría de alta resolución, mientras que para Lluís Llongueras Gestor Capilar de la Consejería de Sanidad el problema está en que estos profesionales siempre quieren rizar el rizo. Para evitar esta tendencia a la divagación y mejorar su productividad Llongueras propone recortar los tiempos de las consultas y moderar la locuacidad con la técnica brushing que tan buenos resultados produjo en la concreción de Doña Sofía. Fuentes de la Oficina de Salud Mental reconocen que no pueden seguir con unos profesionales tan vagos.

### **EL CENTRO COMERCIAL GREGORIO MARAÑÓN OFRECE ATENCIÓN PSIQUIATRA INTEGRAL DE 0 A 100 AÑOS EN SU NUEVA CAMPAÑA DE OTOÑO**

#### **Arranca su campaña bajo el lema "Abarcando todas las etapas de la vida"**

FELICIANA CRESPINY. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID. El Centro Comercial Gregorio Marañón ha lanzado a través de su página web su nueva campaña psiquiátrica de cara al otoño bajo el lema "Abarcando todas las etapas de la vida". Según la publicidad del Centro Comercial "cuenta con la posibilidad de ofrecer atención integral psiquiátrica desde cero a 100 años abarcando todas las etapas de la vida, además de atención especializada en múltiples áreas de referencia en psiquiatría, gracias a que dispone de una de las carteras de servicio más amplia y variada" de los centros comerciales sanitarios españoles. El Centro Comercial dispone de numerosas secciones que trabajan de forma estrecha y coordinada, como si de una gran familia se tratara. Una gran familia feliz para ofrecer a las familias madrileñas la felicidad psiquiátrica. En la Sección de adultos puede encontrar todo aquello que necesite para su esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión recurrente o alcoholismo, ya sea para lucirlo en casa o en el propio establecimiento que nunca cierra sus puertas. Cuenta con una sección de tallas especiales para

obesidad mórbida y anorexia, así como comerciales psiquiátricos específicos para personas sordas. En la Sección de moda juvenil los jóvenes pueden vivir al límite gracias al servicio Paipal que ofrece experiencias grupales donde sentir plenamente la moda borderline. Para los más pequeños el Gregorio Marañón organiza este año la “Semana Fantástica de la Bipolaridad” en la que niños y adolescentes pueden conseguir los mejores diagnósticos precoces del mercado y los más sofisticados complementos para su futuro bipolar. Organizar un bautismo autista o una primera comunión hiperactiva ya es posible en el Gregorio Marañón. Y para que no se les pase nada en la Sección de Oportunidades se atiende a los futuros pacientes intrauterino y los mayores de 101 años. Con la Tarjeta Gregorio Marañón los clientes cuentan con importantes descuentos en las principales firmas del sector como Emidio Lilly, Bristol & Gabanna, Tommy HilPfizer, Astra Ruiz de la Prada, Lunbeck by Ralph Lundbeck o Panama Janssen. Se puede consultar su página web para aclarar dudas.

#### DETENIDO UN ESQUIZOAFECTIVO POR LLEVAR MÁS DE 10.000 € EN MEDICAMENTOS ACUMULADOS EN SUS TEJIDOS

##### El caso ha pasado a ser investigado por Lluís Llongueras

ADOLF MUSSOLINI. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. SESEÑA. Un hombre de 45 años, que responde a las iniciales G.P.H., ha sido detenido la pasada madrugada en la localidad toledana de Seseña bajo la acusación de delito contra la salud pública tras encontrarle acumulados en su tejido adiposo y cerebral medicamentos psicótrópicos que podrían llegar a tener un valor en el mercado en torno a los 10.000 €. G.P.H., que al parecer padece una enfermedad conocida como trastorno esquizoafectivo, declaró en el Juzgado de Seseña que eran para consumo personal y que se los había recetado el psiquiatra. Mandos de la Guardia Civil, sin embargo, han manifestado al Panóptico que se trata de un nuevo prototipo de traficante conocido como “los neveras”, especializados en conservar en su organismo antipsicóticos nueva generación, anticomiciales y tranquilizantes menores. “Son personas obesas que merodean por los servicios de salud mental en busca de algún nuevo protocolo”, ha declarado el teniente encargado de la investigación. Al tratarse de un paciente que era atendido en la Comunidad de Madrid, el Gestor Capilar Lluís Llongueras se ha trasladado a la localidad toledana para tomar muestras capilares y analizar la composición exacta de los medicamentos que acumulaba.

#### LOS CONTRATOS EVENTUALES VAN EN CONTRA DE LA IGLESIA CATÓLICA SEGÚN ROUCO VALERA

JOHN MIRROR. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO MADRID. El Presidente de la Conferencia Episcopal, Monseñor Rouco Valera, denunció durante la Jornada Mundial de la Juventud celebrada en Madrid que los contratos eventuales van en contra de los principios de la Iglesia Católica ya que promueven la promiscuidad entre los jóvenes médicos. Rouco Valera cree Dios está en todas obras humanas y así cuando un joven médico firma un contrato éste está bendecido por el Señor. “Lo que Dios ha unido no lo puede separar un gerente” exclamó el prelado ante una masa entusiasta de sindicalistas. La Iglesia recuerda que el contrato es como un matrimonio, para la alegría y para la tristeza, para la salud y la enfermedad, para la riqueza y la pobreza y que solo Dios o el Tribunal de la Rota pueden romperlo. Los eventuales viven fuera del amor de Cristo, en un mundo sin moral, uniendo y desuniendo sus relaciones laborales, dominados por la necesidad instintiva. La Consejería de Sanidad ha reaccionado a las palabras del prelado y ha decidido terminar con los contratos eventuales el año próximo. Solo los verdaderos cristianos conseguirán un contrato fijo.

#### CASOS INSÓLITOS EN LAS CITACIONES EN SALUD MENTAL

JOHN BUSH. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID.

- Un niño con un retaso madurativo crece diez años de golpe y pasa a un hueco de adultos tan solo con la intervención del Call Center.
- Una mujer de 56 años entra en un hueco de psiquiatra en el CSM de Leganés, sale por uno de matrona en Valdemoro y se pierde.
- Una joven de 26 años que acude a una cita de evaluación psiquiátrica en un Centro de Salud Mental y se encuentra consigo misma desdoblada en una consulta de psicología clínica se da cuenta de que tiene mal aspecto y pide una baja doble.
- Se forma una cola de gente delante de un hueco para psicología clínica, nadie da la vez, y se caen todos dentro.
- Un hombre consigue una cita nueva con psiquiatría para que le manden pastillas que no se va a tomar, otra con psicología

clínica para negarse a hablar y luego presenta una reclamación en chino mandarín para que no entiendan su queja.

- La Asociación de Obesos Mórbidos reclaman huecos más grandes porque en los ordinarios no caben y la Asociación de Gente Lenta piden dos huecos de evaluación porque al primero no llegan.
- Un hombre de Coslada sortea sin caerse varios huecos nuevos para psiquiatría y psicología clínica mientras paseaba por el centro de la ciudad.
- Pide una cita en la peluquería de Lluís Llongueras y le dan cita en el Programa de Alopecia Areata Pubiana del Gregorio Marañón.

#### EVOLUCIÓN: DESCUBIERTO UN HOMÍNIDO ANTEPASADO DE PSICÓLOGO CLÍNICO QUE CONFIRMA LA LÍNEA EVOLUTIVA DE ESTA ESPECIALIDAD

MARY LONESOME. REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. MADRID.

Un grupo de Paleontólogos de Atapuerca ha descubierto restos de un homínido de psicólogo clínico que poblaron las consultas de psicología de Europa hace alrededor de 600.000 años. Los restos pertenecen al género homo y son antepasados directos del Homo Psychologhus Clinicus actual. Según los expertos esta especie evolucionó de forma independiente a la del Homo Psychologhus Colegialis que apareció alrededor de 400.000 años antes y que se creía era su antepasado directo. Los paleontólogos piensan que los Colegialis y los Clinicus coexistieron y compitieron por el mismo hábitat. Los Clinicus tenían unas habilidades tecnológicas más evolucionadas, pero su capacidad reproductiva era menor debido a la necesidad de un largo pro-

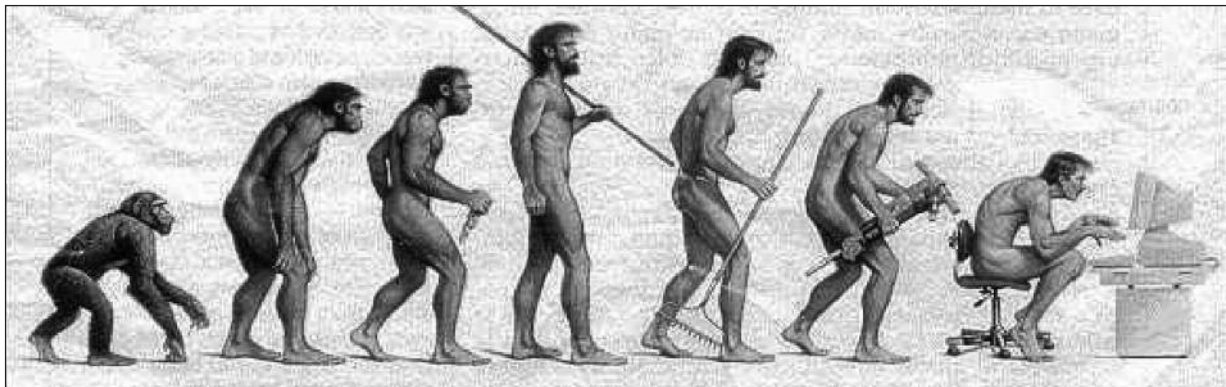
ceso de crianza. Los Colegialis, pretendieron asimilar a los Clinicus en su cultura, pero estos la rechazaron. El Colegio Oficial de Psicólogos no se ha querido pronunciar sobre este hallazgo, ya que desde hace años defiende la postura creacionista única que postula que Dios creó el psicólogo a partir de un principio único llamado Psique o Logos divino.

#### UN NIETO DE KAFKA DENUNCIA LA GESTIÓN POR PROCESOS POR PLAGIO

##### Piensa que la gestión por procesos es más Kafkiana que Kafka

MARY SEATOWER. COLABORADORA DE LA REDACCIÓN DEL PANÓPTICO. BADAJOZ. José Kafka Guzmán, nieto del escritor checo Franz Kafka., y que trabaja actualmente en una ITV en Don Benito, Badajoz, quiere denunciar por plagio, a los creadores de la Gestión por Procesos en el ámbito sanitario. El nieto del Kafka ha declarado en un conocido diario pacense: “no me molesta que hayan copiado el título pero el contenido de la gestión por procesos a mi abuelo le hubiera parecido demasiado Kafkiano”. Tanto en el relato como en la nueva forma de organización sanitaria los protagonistas se adentran en una pesadilla (con entradas, salidas y organigramas) para defenderse de algo que nunca se sabe qué es y con argumentos aún menos concretos, tan solo para encontrar, una y otra vez, que las más altas instancias a las que pretenden apelar son las más limitadas, creándose así un clima de inaccesibilidad burocrática en el que nadie es responsable de nada y el proceso es un fin en sí mismo ejemplarizante. El volumen de ventas de la famosa novela de Frank Kafka ha disminuido de modo considerable mientras que la calidad asistencial sigue siendo la misma. Según palabras de Josef K: “Temo que la obra de mi abuelo quede relegada a un segundo plano”. Antes esta situación la denuncia ha sido interpuesta y aún se desconoce si será tramitada.

Fuente: psidesarrollo3equipo11.wikispaces.com



## NOTICIAS BREVES

Redacción del Panóptico. Madrid

- **Reforman la Constitución para limitar el número de ingresos psiquiátricos de un señor de Velilla de San Antonio.** El Congreso de los Diputados ha aprobado por unanimidad una enmienda para reformar la Constitución Española con la intención de limitar a diez el número de ingresos anuales en psiquiatría de un señor de Velilla de San Antonio, municipio de la Comunidad de Madrid, que es internado una media de 20 veces al año y es el causante principal de la deuda pública autonómica y de la quiebra de la Caja de Ahorros del Mediterráneo.
- **Los VPE necesitaran un abstract y palabras claves en ingles.** A partir de Enero de 2012 los volantes de derivación preferentes para especialistas en la sanidad madrileña, conocidos actualmente como VPE (vista previa por especialista), necesitarán además del resumen clínico y la justificación un abstract y unas palabras claves en ingles. El objetivo es tener un sistema sanitario completamente bilingüe en el 2014. El Consejero de Sanidad ha declarado “yes, we can” mientras se tomaba un brunch con un grupo de accionistas del Hospital de Torrejón.
- **La Comunidad de Madrid inventa el Magnum Double Privatization.** La Comunidad de Madrid ha lanzado un nuevo bombón helado exclusivo, el Magnum Double Privatization, cuya característica principal es que es totalmente privado por dentro y por fuera. El helado será la estrella del “Día del Orgullo Neoliberal” un evento organizado por la Federación Estatal de Liberales, Granliberales, Transliberales y Biliberales, que se organizará el próximo otoño en Madrid y cuyos pregoneros serán Ana Botella y Lluís Llongueras.
- **El Hospital de Torrejón subcontrata con una empresa india la gestión del aparato locomotor de sus trabajadores.** El Consejo de Dirección de Ribera Salud que gestiona el nuevo Hospital de Torrejón de Ardoz ha decidido externalizar el aparato locomotor de sus trabajadores contratando a una empresa india de movilidad. El objetivo es ahorrar tiempo y costes en los desplazamientos de los facultativos por el Hospital.
- **El Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés se suma a la huelga de enseñanza por error.** Los profesionales del IPJG se sumaron a la huelga de la enseñanza secundaria por error al creer que estaban incluidos entre los institutos convocados y ver que las reivindicaciones eran las mismas. Cuando se dieron cuenta del error volvieron a sus puestos de trabajo, aunque la mayoría consideraba que motivos no faltaban.

## NOTICIAS BREVES DE LA ASOCIACIÓN

Redacción del Panóptico. Madrid

- **El Presidente de la Junta saliente de la AMSM deja un agujero de miles de dudas.** La próxima Junta de la AMSM tendrá que afrontar un agujero de miles de dudas que les deja el Presidente saliente, Pedro Cuadrado, para comprender el mundo de la salud mental. El agujero va resultar irreparable y como siempre lo pagarán los socios que verán como la calidad de los editoriales empeora. Los redactores del Panóptico quieren expresar la admiración que siente por el compromiso y honestidad con el Presidente saliente, una persona coherente capaz de pensar y actuar de forma diferente cuando está en un NH y cuando está en su casa. Esta redacción será para siempre la suya.

## SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. \_\_\_\_\_  
profesional de la Salud Mental, con título de \_\_\_\_\_  
y con domicilio en \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ D.P. \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Dirección Centro \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía

correspondiente, 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 Asamblea General de socios.  
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

### DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS \_\_\_\_\_

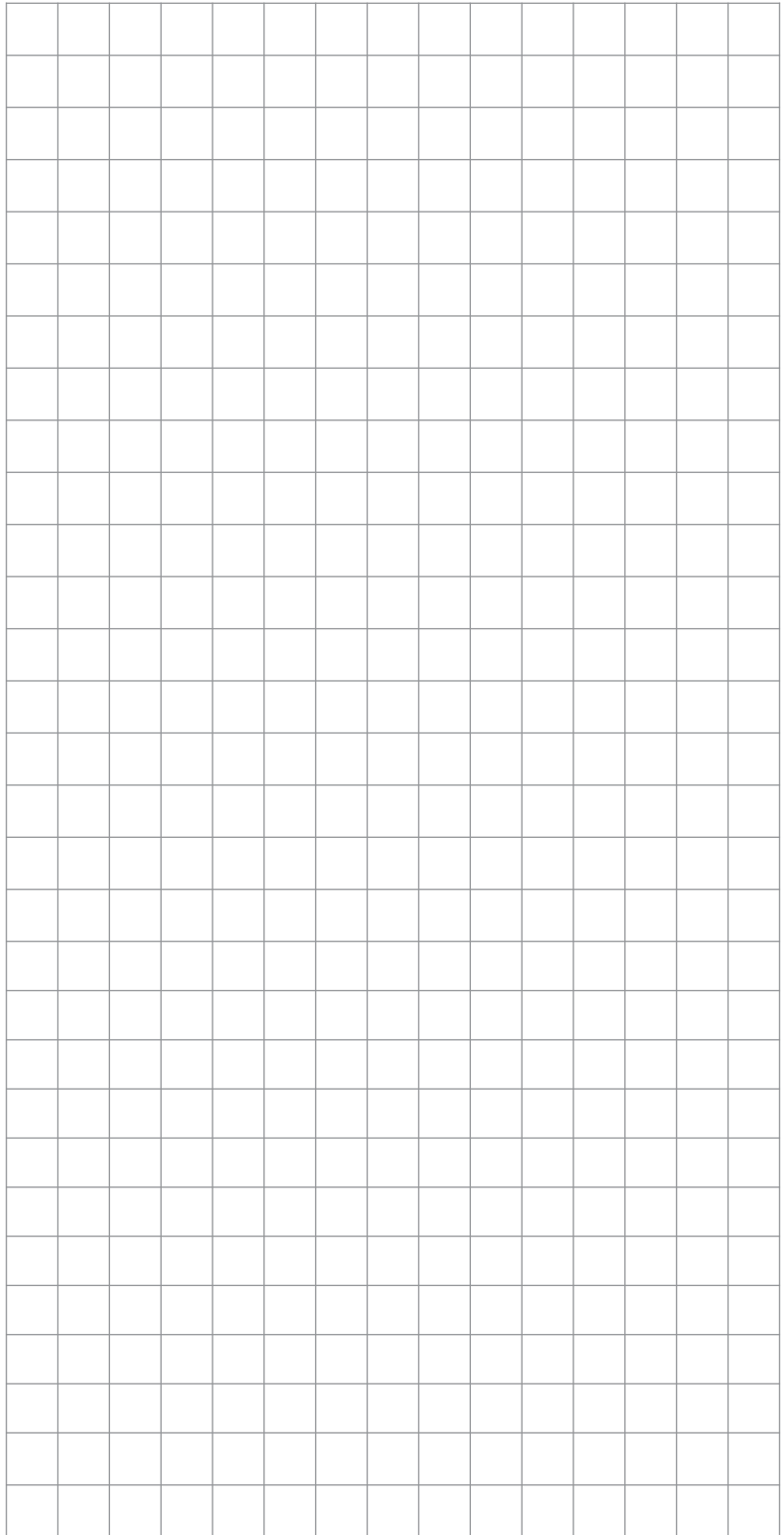
Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

\_\_\_\_\_

Firma solicitante



**n( )tas**





[www.amsm.es](http://www.amsm.es)

**AMSM**

Asociación Madrileña de Salud Mental

Dirección C/ Magallanes, 1

Sótano 2 local 4.

Teléfono 636725599

Fax 918473182

correo e. [aen.amsm@gmail.com](mailto:aen.amsm@gmail.com)

web [www.amsm.es](http://www.amsm.es)