

Necesidad de criterios específicos para la oferta de psicoterapia psicoanalítica desde los servicios públicos

RESUMEN: Se repasan los problemas de la validez, la eficacia, la efectividad y la eficiencia, bajo la hipótesis de la catalogación de la psicoterapia psicoanalítica como una de las prestaciones a financiar por el sistema público de aseguramiento de la asistencia sanitaria. Se concluye que, en cualquier escenario asistencial futuro, los proveedores de técnicas psicoterapéuticas habrán de tender a definir las clásicas cuestiones de acreditación, indicación y evaluación con una metodología homologable a la que rige en otros ámbitos de lo sanitario.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia psicoanalítica, servicios públicos de salud mental, Evaluación. Acreditación.

SUMMARY: Public provided psychoanalytic psychotherapy is considered under health care technology assessment point of view. In an hypothetical health care assurance public system providing psychoanalytic psychotherapy, issues as validity, efficacy, effectiveness and efficiency are reviewed. Authors conclude that, whatever the setting to come, psychotherapy providers would have to define topics as accreditation, indication or evaluation in a similar way as in other health care areas is used.

KEY WORDS: Psychoanalytic Psychotherapy, Public Mental Health Care System, Evaluation, Accreditation.

Introducción

La incorporación de profesionales con formación psicoanalítica al ámbito asistencial público ha contribuido en las últimas décadas a la complejización y enriquecimiento de los servicios de Atención Psiquiátrica y a la Salud Mental. Más adelante señalaremos algunos aspectos generales de esta contribución.

En el encuentro Psicoanálisis-Asistencia Pública, como en cualquier otro, ninguna de las partes permanece indiferente. De ello da testimonio el propio nacimiento y desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica.

Estas aplicaciones y adaptaciones de la cura-tipo han dado lugar a una ingente producción científica en los terrenos tanto teórico y técnico como institucional psicoanalítico. Pero existen otras derivaciones de este encuentro, digamos las de índole administrativa y de organización de servicios, que son poco frecuentadas en la literatura sobre psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis aplicado.

Un ejemplo de estos aspectos es la consideración de la psicoterapia psicoanalítica como una de las «tecnologías sanitarias» que una administración puede incluir en el catálogo de prestaciones que ofrece a la población a la que da cobertura. ¿Acaso la psicoterapia psicoanalítica puede conceptualizarse como una tecnología? Pensamos que ello es perfectamente posible cuando si por «tecnología» entendemos «cualquier herramienta o técnica, cualquier equipamiento físico o método de

hacer u operar que amplían la capacidad humana» (1). Por otra parte, aunque nos referiremos específicamente a la psicoterapia psicoanalítica, muchos de los puntos que se abordan en este trabajo son de aplicación a otros tipos de psicoterapia.

¿Dentro o fuera de lo sanitario?

Una primera pregunta es la de qué lugar se pretende para la psicoterapia psicoanalítica en la práctica pública. La psicoterapia psicoanalítica, lo mismo que la mayor parte de los abordajes médicos o psicológicos implementados por profesionales «psi», ocupa un lugar no sujeto, hasta ahora, a los cánones de acreditación y evaluación que rigen de ordinario para el conjunto de lo sanitario. Un lugar «especial».

Es un hecho el contexto personal, reservado, de intensa implicación afectiva, que connota a este tipo de psicoterapia. Por otra parte, es imprescindible un determinado grado de cuidado por lo específico para el mantenimiento de la identidad de una técnica. Pero la fosilización en «lo singular», «lo aparte», puede llegar a operar un efecto análogo a la segregación que ha perseguido secularmente al paciente mental.

Por el contrario, entendemos la Atención Psiquiátrica y a la Salud Mental desde una voluntad de convergencia con «lo sanitario». De hecho, sólo consideramos posible la re-integración del paciente cuando la atención de que es objeto se funda en un discurso teórico-técnico a salvo de cualquiera de las escisiones posibles de la integral bio-psico-social.

Dentro de lo sanitario. La eficacia

Desde el momento en que la psicoterapia psicoanalítica es considerada como un instrumento terapéutico más dentro del arsenal de tratamientos que ofrecen los servicios públicos, habrá de familiarizarse con procesos de evaluación, garantía de calidad y acreditación, homologables a los que rigen para el resto de las actividades. En definitiva, queda bajo la observación de los órganos de gestión sanitaria, y esta observación se realiza desde ángulos distintos a los que estamos acostumbrados los psicoterapeutas.

Desde este ángulo de observación y de comprensión es desde donde nos situamos a la hora de hacer estas reflexiones. Nuestra doble identidad, en este momento, de psicoterapeutas y de gestores sanitarios, nos facilita, al menos eso esperamos, diferenciar estas perspectivas y hacer el proceso de disociación-integración necesario para ello.

El primer elemento a considerar desde el punto de vista de la evaluación de una técnica sería la eficacia de la misma. A pesar de la controversia planteada a partir de algunas investigaciones acerca de la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica frente a otros tipos de psicoterapia, en especial la cognitivo-conductual, se mantiene el criterio de la validez de ambas según las condiciones de aplicación de las mismas. Existen numerosos estudios que acreditan la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica para abordar diferentes trastornos mentales.

Algunos estudios muy significados, como los de Eysenck (2), y otros más recientes como el de Rochman y Wilson (3) o el de Prioleau y col. (4), han realizado críticas feroces a la psicoterapia psicoanalítica, aunque han sido posteriormente contestadas y contrastadas con toda contundencia por los de autores como Grawe (5). Este autor realizó un completo estudio de todas las investigaciones controladas sobre la eficiencia de métodos de psicoterapia (hasta 1983-84). En esta misma línea hay que mencionar los de Smith y col. (6), Shapiro y Shapiro (7), Andrews y Harvey (8), etc. En todos ellos se puso claramente de manifiesto el poder y la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica como instrumento terapéutico.

Muchas de las críticas realizadas a la psicoterapia psicoanalítica son comunes a las dirigidas al psicoanálisis en general y se centran en los clásicos argumentos de falta de rigor científico, poca eficacia y excesivo coste (poca eficiencia). Obviamente, no compartimos esa visión, y aunque nos gustaría hacer nuestra pequeña contribución al debate, no es objeto de este trabajo rebatir estas críticas.

Sin embargo, no deberíamos extrañarnos de que en el medio de la planificación y la gestión sanitarias, donde predomina la tendencia a buscar soluciones que rindan resultados a un plazo inmediato y generen el menor gasto posible, las terapias cognitivo-conductuales gocen de cierto predicamento en perjuicio de las terapias psicoanalíticas. Por nuestra parte, estamos convencidos de que la vía para enfrentar este ambiente poco favorable es la definición de un «espacio potencial» (9) entre psicoterapia psicoanalítica y metodología evaluativa.

Implicaciones asistenciales y organizativas

La decisión de catalogar cualquier modalidad específica de tratamiento como una prestación potencial de la red asistencial pública, psicoterapia psicoanalítica incluida, debería ser el resultado de un proceso racional de toma de decisiones. Dicho proceso debería empezar por identificar las condiciones de factibilidad, así como las previsibles consecuencias de su inclusión. De lo contrario se corre el riesgo, bien de dar carta de naturaleza a una categoría terapéutica completamente devaluada, bien de inducir una demanda imposible de definir y aún menos de cuantificar. Esperemos que no haya sido ninguno de estos dos el caso de la cate-

goría «psicoterapia» incluida en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Insalud (10).

Es indudable que la incorporación del modelo conceptual que sustenta la psicoterapia psicoanalítica al ámbito asistencial público ha aportado una serie de aspectos genéricamente beneficiosos para el conjunto de la organización sanitaria. Pensemos, por ejemplo, en su potencialidad como modelo de comprensión y mejora del trabajo en equipo y de los procesos institucionales. O también en la oportunidad que brinda la teoría psicoanalítica de la mente y de las relaciones objetales al conjunto de profesionales que han de tratar con pacientes para una comprensión más amplia de la enfermedad mental y, sobre todo, de la relación con los pacientes. El conocimiento de los procesos emocionales que operan en una relación terapéutica de cualquier tipo favorece los resultados de la misma y disminuye el nivel de ansiedad de los profesionales. Asimismo, no hay que desconocer cómo la conceptualización psicoanalítica puede impregnar y enriquecer otras actividades terapéuticas o de rehabilitación.

Si embargo, nunca se enfatizará bastante que ninguna de las tareas y actividades recién mencionadas constituyen trabajos de psicoterapia, y que realizarlas no acredita a nadie como psicoterapeuta. Es muy importante discriminar nítidamente al respecto, sobre todo para preservarse de caer en la confusión respecto a lo que se entiende y no se entiende por psicoterapia y psicoterapeuta en un servicio público.

Límites para la psicoterapia psicoanalítica en el ámbito público

Desde la perspectiva de la Administración Sanitaria podemos considerar dos tipos de limitaciones en cuanto a la psicoterapia psicoanalítica. En primer lugar, el de los límites externos, que le vienen dados, y en segundo lugar, el de los límites internos, en cuya definición y alcance puede y debe tener la Administración Sanitaria un papel mucho mayor que en el de los externos. Dejamos fuera del alcance de la presente comunicación la cuestión del impacto que sobre la situación psicoterapéutica tiene la presencia de la Administración Sanitaria en el encuadre, tanto en los aspectos del pago de los honorarios, como de acreditación y contratación de los psicoterapeutas, circunstancias que plantean problemas teórico-técnicos de la mayor trascendencia (y administrativos, aunque en menor medida).

Como se decía, los límites externos vendrán definidos por una serie de dimensiones, como son: el marco socio-político general y sus directrices; el modelo y la política sanitarios del país; el grado de desarrollo social y económico; el marco profesional general en el que se mueven los servicios públicos; la normativa general de formación y acreditación de profesionales y el marco legal. La arti-

culación de cada una de estas dimensiones con –y en– la Administración plantea problemas de política sanitaria del mayor interés, pero que exceden por completo el ámbito de esta comunicación.

Ahora bien, en su incorporación al ámbito asistencial público, la psicoterapia psicoanalítica, como cualquier otra técnica, va a acabar viéndose enfrentada por aquél a toda una serie de cuestiones que van a terminar operando como límites internos para la psicoterapia psicoanalítica en «la pública». A continuación enumeraremos estas cuestiones. Para ello, adaptaremos el esquema propuesto por St. Leger y cols. como protocolo de evaluación de propuestas de innovación en materia de tecnologías de la salud.

En primer lugar, cuestión de la definición. ¿En qué manera la inclusión de la psicoterapia psicoanalítica en nuestro catálogo de prestaciones se diferencia y mejora la práctica actual en nuestra organización? A este respecto, son cuestiones centrales a responder: ¿qué es lo que hace la técnica?, ¿cuáles son las indicaciones?, ¿por qué sería preciso incorporarla? Es evidente que no es posible responder a estas preguntas en ausencia de un mínimo consenso previo respecto a unos ciertos criterios de estructura y de proceso que permitan, primero, establecer lo que es *psicoterapia* y lo que no lo es, y en segundo lugar, diferenciar modalidades de psicoterapia. Aunque suele ser generalmente aceptado que existen dos modalidades de psicoterapia psicoanalítica (psicoterapia breve y psicoterapia de grupo) que parecen tener una relación coste-beneficio razonable, la Administración Pública no debería establecer sus límites si no es capaz de conocer con cierta precisión lo que hace y no dispone de medios para evaluarlo.

Cuestión de los resultados. ¿Qué es lo que se prevé conseguir con la incorporación de la psicoterapia psicoanalítica a nuestro catálogo de prestaciones?, ¿cómo definir y cuantificar los futuros beneficiarios?, ¿cómo estimar la demanda inicial y final?, ¿cómo abordar la cuestión del manejo del tiempo (limitación del número de sesiones, duración de las sesiones, manejo de las inasistencias, etc.), ¿cuáles serían los mecanismos posibles de control de la demanda?, ¿cuál sería el procedimiento de cuantificación, seguimiento y evaluación de los costos y de los resultados previstos?, ¿qué problemas o qué riesgos pueden derivarse de la inclusión?

Cuestión de los costos. ¿Cuáles son los costos previstos de la inclusión de la psicoterapia psicoanalítica en nuestro catálogo de prestaciones? Costos de capital inicial. Implicación para la institución en cuanto medios necesarios para llevar a cabo esta actividad (capacitación, recursos de personal). Si la demanda excede la previsión inicial, ¿cuál es el límite superior que se producirá en cuanto a capital y a recursos humanos? ¿Cuál será el coste-oportunidad si la inclusión es adoptada? ¿Se generará ahorro en algún capítulo con la inclusión?

Cuestión de la validez. ¿Qué evidencia hay de que la inclusión de la psicoterapia psicoanalítica en el catálogo rendirá beneficios? Este apartado incluye bási-

camente dos aspectos: la acreditación de la evidencia científica suficiente (¿eran adecuados y trasladables a nuestra realidad los aspectos formales –diseño, tamaño, realización, análisis, interpretación– de los estudios?, ¿existen evaluaciones desde el punto de vista del coste-efectividad o del coste-beneficio?) y el análisis de experiencias de implantación en otros lugares. Caso de que ni la evidencia ni otras experiencias aportaran información significativa, sería sensato plantearse la posibilidad de poner en marcha ensayos formales en el propio entorno.

Cuestión de la eficiencia. ¿Es posible considerar otras modalidades de tratamiento que superen a la psicoterapia psicoanalítica en términos de consecución de los objetivos asistenciales de nuestra organización? Existen algunos estudios sobre eficiencia de los métodos psicoterapéuticos, como el meta-análisis realizado por Grawe (5), en Alemania. Este autor analizó 900 estudios clínicos sobre psicoterapias de todo tipo, incluidas las terapias cognitivo-conductuales y las psicodinámicas. En sus resultados quedaba demostrada la eficiencia de algunas terapias cognitivo-conductuales, terapias psicodinámicas de duración breve (≤ 30 horas) y psicoterapias psicodinámicas de duración prolongada (=100 horas) y algunos tipos de terapia interpersonal.

Finalmente, si la propuesta de inclusión de la psicoterapia psicoanalítica es adoptada, ¿cómo se llevará a cabo la evaluación de los resultados y el análisis de coste-efectividad? Y si la inclusión es con carácter experimental, ¿se han acordado previamente los criterios en función de los cuales la experiencia sería interrumpida?

Obviamente, la respuesta a cada una de estas preguntas exige un largo y complejo proceso de análisis. Nuestra pretensión con este trabajo es limitarnos a plantear los problemas e introducir algunas cuestiones que tendrían especial relevancia a la luz del nivel de desarrollo de nuestra Red Asistencial. Para que una institución sanitaria pueda establecer unos límites razonables en cuanto a los servicios que presta, necesita, como las personas, atravesar periodos de «maduración» y de evolución. Particularmente entendemos que el problema de los límites también depende de una cuestión de evolución y de madurez.

Acreditación y formación

Cuando se habla de acreditación de la Atención Sanitaria en el ámbito público hay que distinguir dos órdenes cosas: acreditación de las prestaciones que la organización ofrece y acreditación de los profesionales que pueden prestar esos servicios.

Aunque consideramos que la Administración de Salud Mental debe tener su influencia, aún por definir, en los foros donde se hayan de definir los criterios

generales que orienten la toma de decisiones sobre acreditación de psicoterapeutas y regulación de los tratamientos psicoterapéuticos en general, el problema de la acreditación requiere de directrices y regulaciones que exceden en mucho el ámbito de responsabilidad de la Administración Sanitaria en materia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental, y que entran de lleno en las competencias de organismos estatales y comunitarios. Pero la existencia o la ausencia de una regulación en este sentido y la forma de esta regulación condiciona de manera determinante los servicios que puede ofrecer la Administración Sanitaria.

El tema de la acreditación de psicoterapias y psicoterapeutas está de plena actualidad en Europa. Algunos problemas son comunes con los países de nuestro entorno. Por ejemplo, la formación de los psiquiatras en materia de psicoterapia es muy parcial, y está sujeta a criterios completamente discrecionales (de centro, de escuela, de tutores, etc.) y ajena a cualquier estrategia de política sanitaria. Ello determina que el psiquiatra, a menudo, deba buscar esa formación en un mercado de escuelas y de programas de formación completamente desregulado, con frecuencia divorciado de la clínica institucional pública.

Las soluciones adoptadas por los diferentes países son diversas y entendemos que se trata de un proceso en evolución. La psicoterapia se ha introducido en la formación psiquiátrica avanzada en Países Bajos, Suiza y Dinamarca. Es interesante la iniciativa tomada recientemente en Alemania en cuanto a la integración de la formación en psicoterapias en la formación psiquiátrica general y la creación de la especialidad de «Psiquiatría y Psicoterapia». Ello posibilita a los jóvenes psiquiatras la formación en psicoterapia, en niveles básico y avanzado, en las dos ramas aceptadas en la formación: terapias cognitivo-conductuales y psicoanalíticas, con una serie de exigencias y estándares de formación para cada una de ellas entre los que se incluyen la experiencia psicoanalítica personal. También es digno de señalar el empeño de la Junta Europea de la Unión Europea de Médicos Especialistas por formular estándares de formación de psiquiatras en este sentido.

Más grave si cabe es, en nuestro medio, el problema de la capacitación y formación de psicólogos clínicos. En España ni siquiera existe la titulación específica de Psicólogo Clínico. ¡Cuanto menos entonces la capacitación como psicoterapeutas! Ésta debe ser adquirida en ese *mare magnum* de institutos y escuelas privadas, donde el profesional va a encontrar desde programas de formación del nivel más exigente hasta propuestas educativas del carácter más folklórico. Todo ello sin un marco general de acreditación que le ayude a orientarse.

Este complejo panorama complica aún más tanto lo relativo a la acreditación de las diferentes modalidades de psicoterapia a incluir en un hipotético catálogo de prestaciones de la Red de Atención Psiquiátrica y en Salud Mental como la correspondiente acreditación de los psicoterapeutas. Pero la dificultad de la tarea debe servir de estímulo a todas las instancias implicadas (administraciones educa-

tiva y sanitaria, colegios, asociaciones y escuelas profesionales, sindicatos, universidades, etc.) para consensuar y proponer procedimientos y estándares de acreditación que garanticen niveles mínimos de calidad en los tratamientos ofrecidos.

No sería justo cerrar este apartado si, en atención a lo que es la práctica real en muchos dispositivos de la Red, no hacemos referencia a otro tipo de intervenciones con vocación terapéutica, quizá incluso catalogables en su momento como psicoterapéuticas, y que incluyen elementos de psicoterapia psicoanalítica. El no considerar este tipo de tratamientos como psicoterapia psicoanalítica no significa no reconocer su importancia asistencial. Significa, simplemente, que deberán medirse y evaluarse de diferente manera.

Investigación

Considerando lo hasta aquí expuesto, más que seguir ahondando en aspectos individuales o particularizados de la psicoterapia psicoanalítica, la estrategia que parecería más sensata en materia de políticas regionales y nacionales de investigación sobre psicoterapia sería toda aquella por la que se promuevan y prioricen proyectos y sinergias institucionales centradas en la revisión, combinación e interpretación de resultados obtenidos a partir de estudios individuales (12) o, en todo caso, impulsar sólo aquellos estudios individuales que se adecuen a especificaciones de diseño que les permitan ser incluidos en proyectos colaborativos multicéntricos (e.g.: bases de datos aptas para meta-análisis).

Desde el punto de vista de la Administración Sanitaria es un elemento de singular importancia el de la efectividad. Los pacientes que se atienden en la clínica diaria de los dispositivos públicos, con su particular *case-mix* (no selección previa, comorbilidad, etc.) y sus preferencias más o menos racionales, constituyen una población que poco tiene que ver con la que forma parte de los ensayos controlados y aleatorizados (13).

Evaluación

La existencia de un cierto consenso acerca de la necesidad de algún tipo de evaluación de las tecnologías sanitarias no se apoya exclusivamente en cuestiones de fe o de sentido común. En las últimas décadas ha crecido exponencialmente el número de estudios sobre evaluación de tecnologías médicas. Algunos de estos estudios (14, 15) pueden tener un singular valor demostrativo, precisamente porque se centran sobre tecnologías aparentemente indiscutidas e indiscutibles en términos de eficacia, efectividad, eficiencia y mejora de la calidad. Predomina asi-

mismo un estado de opinión según el cual las estrategias evaluativas constituyen instrumentos de garantía y mejora de la calidad de la atención sanitaria (16), así como de la eficiencia del gasto sanitario, mediante la mejora del proceso de asignación y distribución de recursos (17, 18).

Desde hace décadas está desarrollándose en el campo de lo «psi» un debate sobre el ser y el no-ser de la psicoterapia psicoanalítica. Debate que con demasiada facilidad queda cautivado no por la búsqueda de «un lugar» dentro de lo-terapéutico-no-farmacológico sino por la conquista «del lugar», por la imposición como único tipo de escucha posible de la del propio modelo identificatorio, sometido a las influencias del propio analista, los maestros, la escuela psicoanalítica, los compañeros de formación, etc. A nuestro juicio, la metodología evaluativa puede contribuir modestamente a este debate introduciendo un vértice externo de contraste con la realidad asistencial.

Se trata de confrontar a la psicoterapia psicoanalítica con la metodología de validación (acreditación) y evaluación que se terminará aplicando a cualquier tecnología sanitaria que pretenda su inclusión en el conjunto de actividades a desarrollar o fomentar por la Red Pública de Atención en Salud. En este escenario, la investigación sobre psicoterapia psicoanalítica tendrá que ir concediendo mayor atención a cuestiones como la eficacia, efectividad y eficiencia de la psicoterapia psicoanalítica.

Enumeraremos a continuación una serie de considerandos que, a nuestro juicio, legitiman a la Administración Sanitaria para reclamar para sí un papel más participativo que el de mero financiador.

En tanto que exigencia normativa, los recursos disponibles para la atención de los pacientes no son ilimitados ni son propiedad de los administradores sanitarios ni de los profesionales. Por otra parte, los problemas de salud ya no pueden plantearse exclusivamente desde una lógica clínico-individual, siendo obligado incluir la dimensión epidemiológico-poblacional (que introduce el problema de la equidad). En respuesta a todo esto, la Administración Sanitaria tiene la obligación de atender el mandato que funda su naturaleza: representar la demanda del Tercero Social (19) y administrar sus recursos. A este respecto la Administración Sanitaria debe ejercer una función normativa (o sea, de garantía). Esta función consiste en definir el marco de intercambio de servicios en términos de estructura, proceso y resultados (20).

El problema de la validez ya ha sido mencionado párrafos atrás. Baste decir ahora que aunque no tenemos noticia de que la psicoterapia psicoanalítica haya sido formalmente evaluada, como ocurre con muchas tecnologías médicas de uso habitual (21), la Administración Sanitaria no se plantea ya la discusión sobre la eficacia o no de la psicoterapia psicoanalítica. La preocupación de la Administración Sanitaria se centra actualmente en la efectividad, en si tal o cual técnica va

a tener un impacto, y qué impacto, sobre su ámbito poblacional de influencia, y no si la p va a ser mayor o menor de 0,05 entre muestras seleccionadas para su inclusión en los grupos experimental o control de rigurosísimos ensayos clínicos. Existe un profundo desconocimiento sobre cuál es el impacto real de muchas tecnologías sobre la salud y la calidad de vida de la población (22).

La cuestión de la eficiencia significa ir un paso más allá en el cuidado por la administración de los recursos. Sin profundizar en el complejo campo de las variables que afectan a la eficiencia de la psicoterapia psicoanalítica (23), conviene recordar que desde hace décadas es conocida y cuantificada la mínima contribución potencial que tiene el gasto sanitario de un país (en términos de tecnologías médicas) a la mejora potencial de los indicadores de salud (24). Aunque hasta el presente no tenemos constancia de estudios similares en el ámbito de la salud mental, estamos tentados a suponer un escenario no demasiado diferente.

Finalmente, el problema de la indicación destaca nítidamente en un panorama de 400 técnicas psicoterapéuticas de adultos y 200 de niños y adolescentes (25) para unos 300 síndromes y patrones sintomatológicos actualmente reconocidos (26). Por otra parte, existe heterogeneidad en términos de eficacia, efectividad y eficiencia en cuanto al comportamiento que muestran los recursos disponibles frente a una determinada situación patológica, así como frente al conjunto de los estados de enfermedad.

Ciertamente que, en nuestro medio, al mundo de la atención psiquiátrica y a la salud mental le resulta bastante ajena, en general, la conceptualización de los medios técnicos que utilicemos –ya sea médicos, psicológicos o de otra índole–, en términos de «producto intermedio» de un proceso sanitario, familiar ya a otros campos de la actividad de atención a la salud («gestión por producto» en Atención Primaria [27, 28], «gestión por actividades y/o procesos» en Atención Hospitalaria y Atención Especializada Extrahospitalaria [29, 30, 31, 32]).

En la práctica pública, el proveedor de la psicoterapia psicoanalítica o de cualquier otra técnica o terapéutica, y tanto si su vínculo con la Administración Sanitaria es contractual directo o concertado, tendrá que definir con mucho mayor precisión que hasta ahora, pero no más que lo propio en otras áreas de lo socio-sanitario, las eternas preguntas del *cómo, para quién, por quién, para qué y cuándo*.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) SCHON, D. A., *Technology And Change*, Nueva York, De la Corte Press, 1987.
- (2) EYSENCK, H. J., «The Effects of Psychotherapy». *J. Consult. Clin. Psychol.* 1952, 16, pp. 319-324.
- (3) RACHMAN, S. J.; WILSON, G. T., *The Effects of Psychological Therapy*, Oxford, Pergamon, 1980, 2.ª ed.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (4) PRIOLEAU, L.; MURDOCK, M.; BRODY, N., «An Analysis of Psychotherapy versus Placebo Studies», *Behavioral and Brain Sciences*, 1983, 2, pp. 275-309.
- (5) GRAWE, K., *Psychotherapieforschung zu Beginn der Neunziger Jahre*, 1992.
- (6) SMITH, M. L.; GASS, G.; MILLER, T. I., *The Benefits of Psychotherapy*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1980.
- (7) SHAPIRO, D. A.; SHAPIRO, D., «Meta-analysis of comparative therapy outcomes studies: a replication and refinement», *Psychol. Bull.*, 1982, 92, pp. 581-604.
- (8) ANDREWS, G.; HARVEY, R., «Does Psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of Smith, Galss and Miller data», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981, 38, pp. 1.203-1.208.
- (9) WINNICOTT, D. W., *Realidad y Juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1982.
- (10) INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones. Criterios de acreditación. Indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas*, Madrid, Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General, Servicio de Documentación y Publicaciones, 1995.
- (11) LEGER, A. S.; ALLEN, D.; ROSEWELL, K. V., «Procedures for the evaluation of innovative proposals», *British Medical Journal*, 1989, 299, pp. 1017-8.
- (12) KOCIS, J. H., «Practice Guidelines and Professional Challenges. What Psychotherapists Need to Do», *Arch. gen. Psychiatry*, 1996, 53, pp. 303-4.
- (13) MERRIAM, A. E., «The Role of Psychotherapy in the Treatment of Depression. Review of Two Practice Guidelines», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, 53, pp. 301-2.
- (14) COOPER, L. S. y otros, «The poor quality of early evaluations of magnetic resonance imaging», *JAMA*, 1988, 259, pp. 3.277-80.
- (15) GRANADOS, A., «El litriptor y su difusión. Un ejemplo de ausencia de evaluación de las tecnologías médicas», *Medicina Clínica (Barcelona)*, 1990, 94, pp. 622-3.
- (16) GRIMES, D. A., «Technology Follies. The uncritical acceptance of medical innovation», *JAMA*, 1993, 269, pp. 3.030-3.
- (17) RELMAN, S. A., «Assessment and accountability: the third revolution in medical care», *New England Journal of Medicine*, 1988, 8, pp. 158-68.
- (18) FUCHS, V. R.; GARBER, A. M., «The new technology assessment», *New England Journal of Medicine*, 1990, 323, pp. 673-7.
- (19) HOCHMANN, J., *Hacia una Psiquiatría Comunitaria*, Buenos Aires, Amorrortu, 1971.
- (20) DONABEDIN, A., «The assessment of technology and quality: A comparative study of certainties and ambiguities», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1988, 4, 4, pp. 487-96.
- (21) GRIMES, D. A., «Technology Follies. The uncritical acceptance of medical innovation», *JAMA*, 1993, 269, pp. 3030-3.
- (22) EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, «Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine», *JAMA*, 1988, 259, pp. 3.277-80.
- (23) LASTRICO, A., «Niveau de formation des psychothérapeutes et résultats de la psychothérapie analytique», *Annuaire Médico-Psychologique*, 1995, 153, p. 10.
- (24) DEVER, G. E. A., «An Epidemiological Model for Health Policy Analysis», *Soc. Ind. Res.*, 1976, 2, pp. 465.
- (25) DE KARASU, T. B.; KAZDIN, A. E., en SALMAN, A., «Between the Past and the Future of Psychotherapy Research», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1995, 52, pp. 642-644.
- (26) SALMAN, A., «Between the Past and the Future of Psychotherapy Research», *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52, pp. 642-644.
- (27) INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones. Criterios de acreditación. Indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas*, Madrid, Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General, Servicio de Documentación y Publicaciones, 1995.

- (28) CONSELLERÍA DE SANITAT I CONSUM, *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Documento Marco*, Valencia, Consellería de Sanitat i Consum, 1995.
- (29) CASAS, M., *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Utilización y Perspectivas*, Barcelona, Masson, 1991.
- (30) AHICART, C., «Técnicas de medición del case-mix hospitalario (III)», *Hospital 2000*, 1988, 3, pp. 3-22.
- (31) ARBITMAN, D.; SMIGHLINE, N., «Ambulatory case-mix classification systems», *The Journal of Ambulatory Care Management*, 1988, 11, p. 3.
- (32) STARFIELD, B., y otros, «Ambulatory Care Groups: A Categorization of Diagnoses for Research and Management», *Health Services Research*, 26, 1, pp. 53-74.

Trabajo presentado en el Simposio sobre «Estrategias psicoterapéuticas desde los Servicios Públicos de Salud Mental», del X Congreso Mundial de Psiquiatría (Madrid, agosto 1996).

* Blanca Reneses Prieto, psiquiatra, y Fernando García-Solano, psiquiatra. Servicio Regional de Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Correspondencia: Fernando García-Solano, Servicio de Salud Mental, c/ O'Donnell, 52, 3.^a planta, 28009 Madrid.

** Fecha de recepción: 3-III-1997.