

Sr. Director:

Superado el estupor que inicialmente me produjo la lectura de la "carta al director", publicada en el n.º 76 de nuestra revista, firmada por tres expresidentes de la A.A.N., los Dres. Trujillo, González y Yanes, me animo a contestarles.

Lo hago entendiendo su texto, en beneficio de los autores, como una irónica y provocativa defensa del mas rancio modelo médico-hospitalocéntrico, aplicado, en este caso, a la asistencia psiquiátrica, con el que creo que lo que realmente pretenden es estimular, avivar y profundizar un debate, siempre necesario, sobre aspectos conceptuales y organizativos referidos al modelo comunitario de la asistencia a la salud mental.

Sirvan estas líneas como refutación crítica de los despropósitos postulados en la carta y como una defensa conceptual del modelo comunitario.

La "aspiración a ser un servicio especializado sin más añadidos, del S.A.S.", que nos proponen, como idea central los firmantes, resulta imposible y contradictoria para los que mantenemos un enclave epistémico, diferenciado y específico, para lo mental, respecto al que sustenta la biología y la medicina. Sobre la base de este enclave epistémico, es sobre el que se estructura, como modalidad organizativa, la asistencia comunitaria a la salud mental.

Lo mental, como objeto de la asistencia psiquiátrica, viene siendo definido, en tanto que fenómeno observable, como referido a los aspectos significantes, comunicacionales y relacionales de la conducta humana.

Esta definición, habitualmente aceptada y que reiteradamente han difundido, entre otros, en nuestro medio, el Dr. Tizón y el Profesor Castilla, corresponde a una acotación de objeto epistémico, para la Psicología y la Psicopatología, que fundamenta su especificidad y diferenciación, frente a los componentes asignificantes, también presente en todo hecho de conducta, que refieren a la episteme naturalista, biológica.

Esta concepción va a permitir también establecer un continuum epistémico entre ambos saberes expresado bajo el concepto de *Psico(pato)logía*.

La Psico(pato)logía, así fundamentada, se ocupa del conocimiento de las conductas desnaturalizadas del ser humano y se desgaja del campo científico propio de las Ciencias Naturales.

La no separación entre Psicología y Psicopatología, la continuidad observada entre los hechos de conductas adecuados y los anómalos, corroborada por los datos epidemiológicos de campo, conlleva la aceptación de un modelo graduacional y no categorico, para la construcción de las nociones de salud y trastorno mental, posibilitando así también una continuidad que permite, en razón de la coherencia interna del modelo, enlazar los aspectos comprensivos con los pragmáticos, esto es, con la Psiquiatría, dentro de una misma episteme.

La *Psiquiatría*, como conjunto heteróclito de técnicas de intervención, provenientes de los campos biológicos, psicológicos y sociológicos, ha de circunscribir sus actuaciones transformadoras al mismo objeto del que proceden sus

referencias teóricas, al ámbito de la conducta significativa.

Es así como la Psiquiatría, fundamentada sobre el modelo Psico-(pato)lógico, logra inscribirse en un corpus teórico-técnico necesariamente separado, aunque integre muchas de sus aportaciones, del constituido por el que corresponde a las Ciencias Naturales-Biología-Neurología, propio de la Medicina, para inscribirse en un espacio científico más amplio, específico, que, en algunos aspectos, es común a otras técnicas sanitarias, no necesariamente todas ellas médicas.

Por estas razones, y por otras que, en atención al carácter epistolar de mi contestación, no traeré a colación ahora, la aspiración a "ser un servicio especializado, (médico) sin más añadido", resulta una propuesta reduccionista, mal fundamentada y errada, desde el modelo que venimos defendiendo.

Pero, yendo más allá, este modelo de comprensión que entiende sobre las vicisitudes de la conducta relacional humana, requiere, para intervenir sobre ellas, de un diseño instrumental de carácter multidisciplinar, lo que llamamos "*el equipo terapéutico*", bio-psico-social, que posibilite primero el análisis interdisciplinar de la conducta anómala y luego desarrolle las intervenciones específicas, propias de cada disciplina, pero siempre dirigidas a un objetivo común (preventivo, terapéutico y/o rehabilitador), previamente consensuado interdisciplinariamente.

El equipo terapéutico psiquiátrico, en razón de la complejidad de su

tarea, se estructura con técnicas bio-psico-sociales, sin que, hasta el momento, pese a lo que puedan difundir determinadas propagandas comerciales, ninguna de ellas, en la práctica asistencial, se haya mostrado hegemónica en su capacidad de resolución, sobre todo si se pretende un modelo asistencial para el sufrimiento mental que supere las meras acciones sintomáticas. Es por ello que el equipo terapéutico, en función de la complejidad de su tarea, debe constituirse como grupo de trabajo, también en el sentido de Bion, que precisa de funciones de coordinación, que deberán ser ejercidas por el profesional que, con independencia de la disciplina que practique, en razón de sus capacidades personales, mejor posibilite la integración de las acciones del conjunto.

Otras concepciones sobre el equipo terapéutico, que priorizan, la predominancia espúrea de una disciplina sobre las demás y un funcionamiento operativo jerarquizado, como la que postulan los Dres. Trujillo, Gonzalez y Yanes con su propuesta basada en las "jefaturas" de Unidad, Sección y Servicio, pueden resultar útiles para fines corporativistas y para el modelo médico-empresarial del S.A.S., pero son absolutamente inadecuadas en su aplicación si lo que se pretende es una asistencia integral del paciente, que creo debe primar sobre las propuestas de integración funcional que reclaman en su carta.

Las intervenciones de los equipos terapéuticos multidisciplinarios, desde el modelo que defienden, han de estar dirigidas prioritariamente a atender,

CARTAS AL DIRECTOR

promover, contener, apoyar, desarrollar y, en su caso, reestructurar la función vinculante, "socialista" decía Bion, comunitaria del ciudadano.

El *modelo psiquiátrico asistencial comunitario*, utilizando la herramienta del equipo multidisciplinario, ordena sus acciones, con un sentido centrípeto, hacia el desarrollo y potenciación de las capacidades saneadoras existentes en los agentes de salud naturales y profanos de la comunidad más próximos al consultante, atendiendo al mayor número posible de los aspectos implicado en torno a la vida mental de los ciudadanos, desde la educación a la justicia y desde los servicios sociales de base a los sanitarios primarios, tanto interviniendo sobre poblaciones en riesgo como en situaciones individuales críticas, evidentemente algo mucho más amplio y complejo que la mera "función de apoyo a la Atención Primaria", con la que despachan, los autores de la carta, todo el programa asistencial comunitario de los E.S.M.D., que quedan ya, desde su propuesta, disponibles para pasar a ser las consultas externas de un modelo hospitalocéntrico, necesariamente orientado hacia una asistencia centrífuga, en función de sus propios intereses institucionales, dirigida hacia unidades asistenciales cada vez más especializadas y cada vez más alejadas del tejido comunitario; modelo organizativo que resulta eficaz para determinadas aplicaciones médicas, pero que, a estas alturas, se ha mostrado inadecuado para su aplicación a una concepción comunitaria de la salud.

Por el contrario, desde el modelo que defendemos, los segundos, terceros,

cuartos, ... niveles asistenciales han de actuar como estructuras organizativas de contención, concéntricas y centrípetas en sus acciones, respecto al primer nivel específico asistencial de la salud mental, representado por los E.S.M.D., que han de situarse lo más accesibles, próximos e integrados a donde se inician, desarrollan y resuelven la mayoría de las situaciones de sufrimiento mental, esto es, al ámbito social comunitario.

Por lo tanto, en mi criterio, no solo disiento de los autores cuando afirman que no "deben evitarse elementos de diferenciación", sino que, sin tal diferenciación se promoverá una "homologación y normalización organizativa", con la medicina hospitalaria, que en definitiva, acabará con el ya suficientemente amenazado modelo comunitario.

El mal acomodo de la asistencia psiquiátrica en el ámbito de gestión hospitalario general, derivado de la forzada inclusión de la salud mental en el estatuto epistémico de las especialidades médicas, se ha mostrado históricamente como fuente de conflictos, insolubles en origen, entre ambas organizaciones asistenciales, con el resultado de la habitual marginalización de la salud mental.

La especificidad epistémica de lo mental, las características multidisciplinarias de sus instrumentos de intervención y la compleja intersectorialidad que requiere la modalidad organizativa comunitaria, si se mantuviera una coherencia, en lealtad con la estructura interna del modelo, obligaría, al igual que la ciencia biológica se continúa con la asistencia médica y

la sociológica con los servicios sociales, a la creación de un subsistema sanitario específico para lo mental, por el que desde aquí abogo.

Múltiples modelos organizativos desarrollados y mantenidos para la asistencia comunitaria a la salud mental en nuestro ámbito cultural, (Cataluña, País Vasco), se han estructurado como subsistemas.

En nuestra Comunidad Autónoma Andaluza la experiencia del desaparecido I.A.S.A.M. fue un intento, incomprensiblemente nacido con fecha de caducidad, que posibilitó los mejores logros, operando como subsistema, de los que históricamente tenemos memoria los andaluces. Desde su desaparición prácticamente no ha habido desarrollo psiquiátrico en Andalucía. Volvamos a él.

Rafael Herrera Valencia
El Puerto de Sta. M^a.
8 de Marzo del 2001

Sr. Director:

La réplica del DR. RAFAEL HERRERA VALENCIA a la Carta al Director publicada en el n.º 76 de la Revista, suscrita por A. TRUJILLO, O. GONZÁLEZ y F. YANES, manifiesta información defectuosa, tiene algún adjetivo demas y expresa cierto desorden conceptual, particularmente una visión mecánica y unívoca de las relaciones entre los diferentes “niveles epistémicos”.

1. Además de los tres firmantes, la Carta al Director objeto de réplica ha sido suscrita por un considerable número de profesionales de los servicios de salud mental de Andalucía que, en general, están muy alejados del “rancio hospitalocentrismo, corporativismo y reduccionismo biologicista que nos atribuye D. RAFAEL. Puede ser cierta la afirmación de W. GOLDSCHMIDT...”lo que se ve está en quien lo contempla”.

2.- La denuncia y la propuesta de la Carta se limitan *al plano o modelo organizativo de los servicios*, y no a los modelos conceptuales y de intervención, que pueden ser (y son) relativamente independientes: Un equipo de salud mental puede hacer trabajo en la comunidad, participativo, grupal y preventivo, o puede dedicarse a pasar escalas y recetar psicotropos sin salir de los despachos, lo mismo si pertenece a un “subsistema específico”, si está en un centro de salud o en un centro periférico de especialidades, siendo mucho más determinante del quehacer el modelo que tengan en la cabeza los profesionales, o la orientación y objetivos *reales* de la política sanitaria.

3.- El DR. HERRERA propone un “subsistema específico” fundándose en la especificidad de lo mental, el carácter multidisciplinario del equipo y “la compleja intersectorialidad que requiere el modelo comunitario”.

Ninguna de las tres cosas es específica, ni privativa de la Psiquiatría.

3.1.- Lo mental...”referido a los aspectos significantes, comunicacionales

CARTAS AL DIRECTOR

y relacionados de la conducta humana” es propio de la medicina, como mínimo desde Platón, cuando señalaba la importancia de atender “al mudo lenguaje del cuerpo”, “lo que el enfermo no puede decir”. En este momento los pediatras que trabajan con prematuros y sus padres, los oncólogos, nefrólogos e intensivistas están perfectamente sensibilizados y ocupados en los aspectos relacionales y comunicacionales de la conducta... Profesionales que se ocupan de las denominadas “patologías psicosomáticas”, pertenecientes a los servicios de M. Interna conocen bien tanto la pluralidad de significados que conviven en un solo significante como el carácter infinito de la tarea interpretativa. por contra, es frecuente que los psiquiatras consultores se limiten a etiquetar al sujeto con la última versión del listín de turno y a recetar un I.R.S.S., con o sin una benzodiacepina.

3.2.- Ahora mismo hay equipos multidisciplinarios en la atención primaria y en la especializada (incluidos los quirófanos), en los servicios sociales y en los educativos. Muchos de ellos (entre los sanitarios, por ejemplo los de rehabilitación) se ocupan de analizar conductas de sujetos, actuaciones en contextos determinados, en expresión del profesor Castilla.

3.3.- Respecto a la modalidad organizativa comunitaria, ya está presente en las primeras prescripciones hipocrático-galénicas (la atenta observación del medio donde se ha producido la enfermedad). El hospital medieval islámico contaba con recursos complejos para asistencia en la comunidad, y en nuestros días hay cirugía

ambulatoria, hospitales de día oncológicos así como diálisis, hospitalización y otras formas de atención especializada *en* el domicilio. Los internistas, endocrinos, reumatólogos y oncólogos hace años que vienen trabajando *con* la comunidad, en formas cada vez más numerosas y complejas de relación con asociaciones de usuarios y familias.

La concepción médica de la salud y la enfermedad no se reduce a la individual, somato-fisiológica. Médica es la concepción psicológica y *médica, aunque pública y colectiva* es la concepción sanitaria, donde propiamente se articula la psiquiatría comunitaria. Para VIRCHOW la medicina es una ciencia social, “en su esqueleto y su médula”. PINEL, amén de uno de los padres de la Psiquiatría, fue promotor de la Higiene Pública en Francia. En nuestros días, las razones y ventajas de los modelos comunitarios han sido expuestos por profesionales como VOURI, S. MARTIN, NAVARRO y A. DARDET. En la *Revista* han sido (y son) reiteradas las reflexiones al respecto de V. APARICIO y MANUEL DESVIAT (la última, en el n.º 77).

4.- Un “subsistema específico” sirve, principalmente, para señalar la diferencia, establecer la separación e impedir la integración. De esa manera, el ciudadano enfermo mental continuará siendo distinto, especial, dando al traste con los avances contenidos en la Constitución, la legislación civil, la sanitaria y la de los servicios sociales, según los cuales, el ciudadano enfermo mental es antes que nada un ciudadano como los otros, y un enfermo *totalmente* equiparado a los

demás enfermos y cuya atención y cuidados deben estar *plenamente integrados* en los sistemas de atención sanitaria y social.

5.- Se trata de volver al I.A.S.A.M., que el DR. HERRERA propone expresamente. No habría que resucitarlo, bastaría con reanimarlo: Sus “eporras” resisten en los Servicio Centrales del S.A.A. (Programa de Salud Mental) y su espíritu y esencias han emigrado (metastatizado) a F.A.I.S.E.M.

El I.A.S.A.M. no cumplió uno de los fines principales de su creación (preparar jurídica y funcionalmente los recursos públicos dedicados a la S. Mental para su integración en el S.A.S.), como muestra la controversia en que estamos metidos. Lo ha hecho mal y se trata de arreglarlo, de integrarse bien.

A la vez, ha demostrado la verdad de una afirmación de S. Ferlosio: “Las cosas que fundan los humanos suelen generar un impulso de perduración al margen de sus fines y al cabo contra ellos”.

Los enfermos mentales son enfermos como los otros y ciudadanos como los demás. Sus sistemas de atención no tienen por que ser distintos.

La lógica de la especificidad conviene a quien la propone.

Onésimo González Álvarez
Huelva, 23 de Mayo de 2001

Sr. Director de la Revista de la AEN

Nuestra carta (nº76 de la Revista) pretendía dar cuenta de las dificultades que acarrea una defectuosa y no concluida integración de los servicios de Salud Mental en el SAS, formulando una serie de propuestas sobre el modelo organizativo más adecuado a las necesidades de los enfermos mentales (EM) de nuestra Comunidad, algunas de las cuales han sido suscritas públicamente por el propio responsable del Programa de Salud mental (SM), ampliamente consensuadas por lo demás. Así, denunciamos la no integración definitiva en el SAS, las disfunciones que se producen con la doble dependencia Atención Primera/Atención Especializada (AP/AE), también contemplar la carrera profesional y eliminar las estructuras diferenciadoras que a nuestro juicio están interfiriendo más que ayudando a lograr una mejor asistencia psiquiátrica. Por lo tanto sólo pedimos que se aplique la ley: Ley General de Sanidad (LGS), Ley de Salud de Andalucía (LSA) y Plan Andaluz de Salud (PAS) donde se contienen explícitamente estos supuestos. En su réplica el Dr. Herrera da una pirueta desde el modelo organizativo que nos ocupa, a un pretendido debate conceptual sobre los más diversos temas y que van desde la psiquiatría como ciencia, las ciencias naturales, las psicopatología, el equipo terapéutico, lo biopsicosocial y hasta el descubrimiento del modelo psiquiátrico comunitario. Todo para argumentar que somos diferentes, que lo mental tiene que ir por otro sitio, que hay que crearle un lugar, como si las necesidades de los EM no estuvieran ya ahí y lo que tenemos que hacer es darles la mejor respuesta con los

medios disponibles actualmente, como pretendíamos con nuestro escrito. Este discurso sobre la especificidad de lo mental, reproduce lo mejor del reproche que habitualmente se nos hace desde otras disciplinas médicas. Eso sí, todos sus argumentos arrojados con el término *epistemológico*, como si este por sí solo invistiera del saber científico que explica toda forma de conocimiento, hoy por hoy inaccesible, al menos en su totalidad, desde los modelos al uso, en decir de R. Penrose quien afirma que “quizá el conocimiento nunca pueda explicarse en su totalidad en términos científicos”.

En cualquier caso, sorprenden las afirmaciones de Rafael, al considerarnos defensores del hospitalocentrismo o que ponemos en riesgo el trabajo en equipo y el modelo comunitario; parecen más bien fruto de un despiste, ya que lo considero sabedor de nuestro compromiso y trayectoria profesional, como hemos dejado constancia a través de los debates y encuentros de nuestras Asociaciones (AAN, AEN...), ponencias y escritos, que se ven corroborados por nuestra ya larga experiencia asistencial.

Pero hay algo más que se desprende de su texto, y que interpreto, no sé si acertadamente, nada más y nada menos que como una vuelta al dualismo mente/cuerpo –heredero de la filosofía de la integración (holística) o los recientes avances de las neurociencias que abundan cada vez más en la dirección de superar esa vieja dicotomía (el mundo mental y físico sólo pueden comprenderse mediante las relaciones que se establecen entre ellos).

Dicho esto, quiero entrar en lo que realmente interesa en este debate: la integración. Quizá sea éste el concepto de mayor significado en nuestra trayectoria profesional/reivindicativa como forma de acabar con la exclusión. Para situarnos, recuerdo brevemente, la LGS que en su capítulo III, art. 20 dice: “la plena integración de las actuaciones relativas a Salud Mental, en el SSG y la total equiparación del E.M. a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales”. Este artículo, recoge en esencia las propuestas de sectores políticos progresistas, asociaciones profesionales (AEN,UPF...) colectivos ciudadanos, etc. que se habrían concretado en el texto de la Comisión Ministerial para la ref. psiquiátrica (1985). En el mismo artículo 20.3 dice: “se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del E.M.

Siguiendo esta misma filosofía, la LSA (1998) recoge en su capítulo I, art. 3: “concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, educación, prevención y rehabilitación... y en el capítulo III art. 18.1: “La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia... actividades curativas y rehabilitadoras”. Sin embargo, y aquí quiero llamar la atención, en el art. 18.2 del referido capítulo III, relativo a la S. M., no aparece la palabra rehabilitación, ¿es un olvido u obedece a otros intereses?. Este aspecto tiene relevancia para el debate sobre la organización de los servicios que mantenemos. Qué pasa con los enfermos mentales crónicos en el SAS?. Entendemos, según se desprende de la

propia LGS y LAS que son responsabilidad del SAS, ¿Es así? ¿Es así en todos los casos?. Considero esto un asunto de máximo interés, porque podemos encontrarnos que el SAS delegue en otras Administraciones o Agencias lo que por ley le corresponde asumir ¿Tendrá algo que decir FAISEM al respecto?.

Y para abundar más en la polémica sobre la necesaria integración, querido Rafael, te diré que somos muchos los que pensamos que los enfermos mentales con sus peculiaridades –como los de otras especialidades- deben compartir los espacios de rehabilitación con los enfermos de otras especialidades médicas. Efectivamente somos conscientes de las dificultades del modelo médico actual para el trabajo en S.M. (recuerda el debate sobre este asunto en el Reseau de Sevilla en el 86), pero si logramos abrir estos espacios, conseguiremos por un lado hacer justicia con un colectivo tradicionalmente marginado, y por otro, aportar al discurso médico componentes psicológico y relacionales que mejorarán su práctica; y esto podemos constatarlo en nuestro trabajo con A.P. Es más, si a un sistemas (SAS) ya de por sí burocratizado le incluimos un subsistema paralelo, corremos el riesgo de aumentar la burocratización, dificultaremos la accesibilidad del paciente y conseguiremos, ya de una vez por todas, que los responsables sanitarios se desentiendan de las cuestiones relativas a los E.M. Ya nos hacen poco caso, imagínate entonces, como decía un compañero nuestro en tu presencia hace unas semanas.

Es un hecho comprobado que el E.M., en especial el crónico, padece altos índices de comorbilidad con enfermedades

orgánicas, patología dual, complicaciones psicológicas secundarlas a enfermedades o tratamientos médicos, etc, de tal suerte que trabajar como es nuestro caso en un Equipo de Salud Mental integrado en el Centro de Salud, facilita las tareas de la necesario coordinación, para en última instancia resolver los problemas del paciente, que es en definitiva de lo que se trata.

Evitar, pues, la creación de redes paralelas, debe ser objetivo en un sistema (S/M) con gran diversidad de dispositivos y de difícil articulación entre ellos, como puedes ver a diario en tu servicio. Estas redes, a nuestro entender, más que atender a las diferencias nos haría diferentes manteniendo la exclusión y marginación que vernirnos denunciando. Así, la continuidad de cuidados, como principio generalmente aceptado de calidad asistencia, se vería seriamente amenazada.

Estas son algunas consideraciones que la réplica del Dr. Herrera me suscita, en el deseo de que sean entendidas en su contexto y compartidas por los firmantes de la primera carta (O. González y A. Trujillo) nº76 de la Revista, defensores del modelo comunitario, del que no debemos olvidar forma parte también el hospital. Continuamos dispuestos a debatir y reflexionar para mejorar en lo posible nuestro quehacer en Salud Mental. Si la polémica es fructífera, bienvenida sea... pero lo de volver o resucitar al IASAM, que pides en tu escrito, me parece una broma, pues ni sus propios creadores estarían por la labor.

Francisco Yanes Soria
Sevilla, 28 de Mayo de 2001

CARTAS AL DIRECTOR

Sr. Director:

Quien lea la carta que, como ex-presidentes de la AAN, firmábamos, en el nº 76 de la revista, O. Gonzalez, F. Yanes y yo mismo, comprobará que trata, casi en exclusiva, sobre aspectos organizativos de la salud mental en Andalucía. En ella, hacíamos énfasis en el estatus de indefinición en que nuestra red se encuentra y, en consecuencia, planteábamos como una necesidad perentoria la de integrar definitivamente a la salud mental en el SAS, en condiciones de equiparación organizativa con otras especialidades. No creíamos con eso atacar las esencias, sino reclamar para el ámbito donde ejercemos nuestro trabajo la saludable condición de estar ordenado, repito ordenado, como sus pares del sistema. En su contestación, el Dr Herrera reacciona arreándonos con los fundamentos, aunque haciendo un uso de ellos que no puedo compartir. Discrepo, por tanto, de muchas deducciones y estoy en desacuerdo absoluto con la conclusión última: la vuelta al subsistema.

Para sustentar su idea de una organización específica para la salud mental, el Dr Herrera, como decía, nos lleva, de excursión, directamente, a la teoría del conocimiento, terreno abrupto en el que reconozco que camino con dificultad. No obstante, de su ilustración epistémica acepto sin mucha oposición, (supongo que como mis compañeros firmantes), el modelo de sujeto que subyace a considerar a *la conducta* (en cuanto acto generalmente observable y con sentido), como el objeto epistémico de nuestro quehacer, pero no alcanzo a ver en qué se opone esta concepción, por demás

pragmática y operativa, a nuestra idea organizativa, salvo que el Dr Herrera crea que el hecho de compartir lo organizativo con otras especialidades médicas, presupone, sin más, identidad en lo epistémico con ellas. Es como si dijera: dado que dos o más saberes se dan en una determinada institución, deducimos por ello que sus objetos han de ser afines, o la recíproca: a cada objeto, su organización específica.

No comparto esta forma de ver las relaciones entre niveles; las instituciones están para mí en un nivel social y los objetos sobre los que el Dr Herrera dirime están en los niveles previos, (hasta cierto punto indisolubles cuando de conducta, de ser humano, se trata), del sujeto y del organismo. El proceso de desarrollo e implantación de las instituciones lo entiendo más complejo que la simple relación unívoca con un objeto y el nacimiento de estas, no suele responder directamente a la existencia de un objeto, sino a una necesidad social. Prueba de ello es que aunque nos debatamos en la búsqueda del "objeto perdido" la institución, ajena a ello, lleva siglos funcionando.

A la epistemología la concibo pues, como una herramienta formal, aunque un tanto espesa, que se ocupa, según entiendo, de los criterios de cientificidad de los llamados cuerpos de conocimiento y también de los instrumentos usados para adquirirlo, pero no encuentro entre sus potencialidades la de poder explicar, con los exclusivos criterios de un nivel precedente (el del sujeto), la razón de ser de algo situado en un nivel más elevado (las instituciones); ya se sabe, aquello de la condición necesaria pero no suficiente.

Quizá la Historia pueda ayudarnos más en este cometido, tal vez ahí podamos descubrir que la capacidad de escuchar, el valor de los signos, los gérmenes de la interpretación, la consideración de las condiciones y las circunstancias del hombre, y gran parte de la reflexión acumulada acerca del ser humano, sus sentimientos, necesidades y pensamientos, se han articulado alrededor de la institución médica o sus precedentes.

No sé de donde resuelve nuestro colega que cuestionamos el trabajo en equipo, que, dicho sea de paso, tampoco es patrimonio de la salud mental; una gran parte de las actuaciones médicas se estructuran en equipo y tanto en atención primaria como en campos de la atención especializada se avanza en este estilo. El trabajo en equipo es uno de los rasgos distintivos de la contemporaneidad y, desde luego, un instrumento enriquecedor y, por nuestra parte, poco cuestionable. Reconozco, eso sí, que el cometido que contemplo para los ESM es más modesto que el que, en su escrito, despliega el Dr Herrera, quien reclama para estos, tantas funciones y con tanto ardor que el trabajo de Atención Primaria, en salud mental, bien podría irse de vacaciones.

Aprovecha el Dr Herrera la defensa (compartida, no le quepa la menor duda) de la multidisciplinariedad de los equipos, para lanzar anatemas contra la concepción jerarquizada de los servicios a los que considera "útiles para fines corporativistas y para el modelo médico empresarial del SAS, pero absolutamente inadecuados si lo que se pretende es una asistencia integral del paciente." Admite,

en cambio (!menos mal!) necesidades de coordinación, "ejercidas por el profesional que, con independencia de la disciplina que practique, en razón a sus capacidades personales, mejor posibilite las integraciones". Sobre esta cuestión reiteraré lo dicho: quiero el mismo modelo que para el resto de especialidades e idéntico canal de acceso a las responsabilidades. Si en el futuro el SAS decidiese establecer las responsabilidades de otra forma, pues nosotros igual que los demás. Cuando se trata de estas cuestiones, entre lo supuestamente mejor y lo común, prefiero lo común.

No es el momento de hacer una defensa extensa del sistema clásico basado en la carrera profesional. Soy consciente de sus defectos, limitaciones y problemas, con todo, creo que pocos procedimientos, como este, tienen la capacidad de integrar o facilitar la identificación con el sistema de la mayoría los profesionales. El sistema puede, si quiere, armarse de medidas que mitiguen los inconvenientes de un blindaje de las responsabilidades sin alterar el modelo básico de carrera profesional, el cual desarrollado de una manera ágil y continuada es, a mi criterio, una buena forma de incentivar, de legitimar las responsabilidades y de legitimar el sistema a los ojos de la comunidad profesional.

Vuelvo de nuevo a la Historia para coincidir contigo, Rafael, en la observación de que la salud mental se ha apartado con frecuencia de la atención general y ha tomado los derroteros de la marginalidad. Divergemos, en cambio, al establecer las causas de tal hecho; lo que para tí deriva de "la forzada inclusión de la salud mental en

CARTAS AL DIRECTOR

el estatus epistémico de las especialidades médicas”, tiene para mi su explicación más lógica en la necesidad de disociar del cuerpo social a la locura. Por eso si hay una institución que necesita un baño de “naturalidad”, es decir: hacerse de todos, ser percibida por la población como una parte más de la atención a la salud, esa es la nuestra. Y eso se consigue, con tiempo, con esfuerzo, pero también normalizando su organización, fijándola a la estructura que posee el reconocimiento y la legitimidad de la atención general a la salud. No es tarea fácil, pues ha de vencer las resistencias externas, que las hay, de algunos gestores del sistema general y las internas, que también existen, más intelectualizadas pero que comparten con las primeras el miedo al cambio. Hay, dentro del amplio núcleo impulsor de la Reforma, quienes no parecen sentirse incómodos en esta situación inconclusa y, como si ya no fuese con ellos, asisten desde la posición distante del observador, al devenir de los acontecimientos, con la disposición de subsistir en sus bien ganadas posiciones, sin incomodar demasiado, ni meter prisa.

Finalmente, a nadie escapa el efecto desnaturalizador que sobre el papel tradicional de la Medicina y su estructura-base (la relación) ha tenido el impacto de varios fenómenos contemporáneos que van desde la tecnología a los intereses de la farmaindustria, pasando por la publicidad, pero, a pesar de ello, el campo donde se ha administrado históricamente la lucha contra el dolor, el sufrimiento y la enfermedad, es nuestro lugar natural, es donde organizativamente tenemos que estar y, según nuestra opinión, en las

mismas condiciones que otros sectores de atención especializada.

Lo que propones, Rafael, es una microsociedad que, siendo (supongo) sanitaria y pública, funcione, sin embargo, por sus propias reglas, ajenas a las que rigen en el sistema público de salud y se organice a su manera. Eso, simplemente, roza lo sectario.

A. Trujillo
Cádiz, 1 de Junio del 2001

Sr. Director:

Me ha sorprendido el artículo editorial del nº4 Vol. 63 de los Archivos de Psiquiatría, titulado “La alarma sobre la factura de psicofármacos”. Siendo aceptable como artículo de debate en ésta, o editorial en alguna otra revista, en Archivos resulta contradictorio con el rigor, actitud crítica e independencia que se debe suponer en quienes se reclaman del espíritu de los fundadores.

1- Me ha parecido un ejemplo típico de la actitud pasiva y sumisa de los profesionales ante la política industrial de consumo que dictan las corporaciones farmacéuticas, como acertadamente señalaba no hace mucho el profesor P. AMARANTE, a la vez que una muestra de la información “distorsionada o simplificada” y de la “complicidad intelectual” que provoca el poder económico de la empresa farmacéutica, en terminología de BENEDETTO SARACENO. Los argumentos que utiliza son una expresión característica de la retórica tecnológica de la razón

occidental, no menos mítica que el lenguaje religioso, según un oportuno aforismo de EUGENIO TRIAS.

No se pueden calificar como “argumentos simplistas” las razones esgrimidas en la prensa general para explicar el incremento de la prescripción, que compartimos muchos profesionales, así como otros observadores cualificados y sin cualificar:

A mí me han parecido muy acertadas las observaciones de LEO E. HOLLISTER sobre la polifarmacia en los trastornos psicóticos, totalmente vigentes a pesar de haber sido expuestas hace casi treinta años, o la conceptualización y ordenación de la yatrogénesis como forma productiva paradójica hechas por ILLICH y que resultan muy pertinentes para el análisis de la prescripción psicofarmacéutica y sus consecuencias, las observaciones de PETER CONRAD sobre la medicalización de la anormalidad, la reflexión de MALEVAL sobre la clínica del medicamento, el análisis de KOVEL sobre la industria norteamericana de la salud mental o la crítica de FUENTENEbro DE DIEGO a la supuesta epidemia de depresión en que estamos inmersos. Una parte esencial de estas reflexiones está contenida en una reciente colaboración de VICENTE VERDÚ en el diario EL PAIS: “En la actualidad, la laxa disposición clínica a administrar fármacos contra cualquier muestra de aflicción hace que se venga a tratar lo mismo una depresión endógena que un duelo, una falta de sustancias bioquímicas que un trance melancólico. El médico moderno, inducido por la pragmática norteamericana, prescribe para curar el malestar, aliviar la

desesperanza o sortear con celeridad el dolor...”

Así, se dan medicamentos cuando no deben darse, por innecesarios o perjudiciales, se dan en exceso, varios a la vez, cuando hay que darlos, y se recurre a los nuevos y caros (mucho más caros), cuyos efectos secundarios se ignoran o minimizan, no prescribiendo los antiguos, algunos ya desaparecidos del mercado, (o que no se incorporan siendo habituales en otros países), que son eficaces y seguros (“evidencia” en British Medical Journal 321-7273 de 2-12-00) pero muy baratos.

2. En el editorial que comentamos parece reivindicarse el rigor de los actuales modos de tipificar los trastornos mentales. Me parece que no pueden ignorarse las críticas a los vigentes criterios de clasificación y conceptualización de los trastornos mentales, procedentes tanto de dentro como de fuera de la profesión. LOBO subraya su carácter superficial y provisional, CASTILLA ha señalado la vulgaridad y peligrosa necedad de los listines sin gramática.

TOSQUELLES, poco antes de su fallecimiento se mostraba más conciso y lapidario: “estupideces americanas...” JUAN CUETO nos dice que el principal problema que plantea la depresión es su propia denominación falsamente científica y rotunda. PESSOA nos advierte de la vana pretensión de los “clasificadores de cosas”, hombres de ciencia cuya ciencia consiste sólo en clasificar, que ignoran el carácter infinito de lo clasificable, que por tanto no se puede clasificar, que ignoran el carácter infinito de lo clasificable, que por

CARTAS AL DIRECTOR

tanto no se puede clasificar, así como también ignoran la existencia de “clasificables desconocidos” cosas del alma y de la conciencia que se encuentran en los intersticios del conocimiento”... Advertencias del poeta presentes en profesionales de la psiquiatría, como HOCHÉ (nos lo recordaba, precisamente SACRISTÁN) cuando señala como lo psíquico representa una categoría absolutamente nueva, hermética e incommensurable... o LOPEZ DE LERMA, al definir como QUANTOFRENIA el afán casi morbosa de hacer cuantificables cualidades que por su esencia no lo son.

2- Por último, en lo que se refiere a las relaciones entre la industria farmacéutica y la administración (al margen de las relaciones de los laboratorios con los prescriptores, principal problema ético de la profesión, en este momento histórico), es evidente que los investigadores de los centros públicos trabajan en los temas que marcan las empresas y que los intereses comerciales prevalecen sobre los científicos en los ensayos clínicos de los hospitales. Hasta el *New England Journal of Medicine* ha tenido que pedir perdón, recientemente, tras admitir que algunos de sus expertos estaban directamente asociados a los grandes laboratorios farmacéuti-

cos, cuyos productos se encargaban de comentar en las páginas de la revista. A principios del pasado verano, MARCIA ANGELL, editora de la referida revista señalaba como “las declaraciones de la industria sobre el riesgo que corren con la investigación y lo innovadores que son con sus productos en los últimos años son exageradas, confusas o simplemente falsas”.

La industria farmacéutica es un ejemplo manifiesto del poder de las grandes corporaciones transnacionales, creciente, fundado en un impulso insaciable y carente de criterios éticos y prescripciones morales. Su contención y encauzamiento no es sólo cuestión de los gobiernos y los estados. Nos concierne como ciudadanos y como profesionales, y en esta última condición, al menos, porque debemos oponernos a la degradación del discurso que suponen la psicopatología psicofarmacológica o la clínica del medicamento, así como a la colonización por un saber ajeno y al servicio de intereses contrarios a los de la inmensa mayoría de la población.

Huelva, 26 de Marzo de 2001
 Fdo.: Onésimo González Álvarez
 Psiquiatra. H.J.R.J. S.A.S. HUELVA