

## LA IDENTIDAD PROFESIONAL: DE TERAPEUTA A ADMINISTRATIVO

Francisco Chicharro Lezcano. Médico psiquiatra.<sup>1</sup>

**Estamos en tiempo de crisis. De cara al nuevo milenio la escala de valores con que nos manejábamos hasta hace poco parece no servir. La línea divisoria entre “lo bueno y lo malo” cada vez es más borrosa. La política, la judicatura, las religiones, están en tela de juicio. Cayó el “telón de acero” y poco falta ya para que “Rusia se haga cristiana”, que cuando yo era niño se decía que era una de las señales que anunciaban el fin del mundo. La emancipación (parcial) de la mujer parece que tiene como consecuencia una crisis de identidad del hombre, que despojado de estereotipos no sabe como comportarse... pero siempre nos quedará el terapeuta... ¿o también estará en crisis?.**

### **S**e cambia empleo por subvenciones

En 1992 Guillermo Rendueles publicaba un artículo titulado “*El usuario gorrón y el terapeuta quemado*”, en el que se hacía un repaso de dos temas habitualmente tratados por separado: *la neurosis de renta y el síndrome de burn-out*. En dicho artículo se relacionaban ambas cuestiones, exponiendo la tesis de que la sociedad tras el fracaso de las políticas de pleno empleo, ha ido produciendo una población cada vez más numerosa, que “utiliza” los servicios sanitarios para otros fines que los diseñados (obtención de informes, pensiones, incapacidades) lo que al final, junto con la creciente burocratización de la vida pública, y por tanto también de la sanidad, redundan en la desilusión y “queme” de aquellos terapeutas que eligieron la profesión motivados por un criterio esencialmente vocacional, y se sorprenden un día tramitando bajas, extendiendo recetas o haciendo informes.

Estando o no de acuerdo con esta argumentación, hay un hecho cierto, y es que el poder político ha manifestado en más de una ocasión al defender la sanidad pública y universal que “*el sistema sanitario constituye un factor equilibrador de la renta*”. En este sentido un

compañero de la cuenca minera asturiana decía: “*el cierre de las minas ha llevado al paro a cientos de mineros, muchos de los cuales acuden a consulta deprimidos. Pues bien, ¡qué les den trabajo!*”. Otra compañera de la misma zona comentaba que cada vez es más frecuente que algunos pacientes acudan a consulta acompañados de su abogado (generalmente de algún sindicato de clase) para proceder a la denuncia del profesional si sus expectativas se ven defraudadas.

Como consecuencia de esta y otras cuestiones que veremos más adelante, se está produciendo una desmotivación que lleva a que se adopten actitudes defensivas y/o regresivas añorando los “viejos tiempos”, e incluso quien tiene ocasión abandone la profesión, o al menos la asistencia pública.

### **De pacientes a “clientes”**

Pero todo esto no es nuevo. Desgraciadamente la psiquiatría, sobre todo en sus inicios se ha visto obligada a ejercer, al margen de la estrictamente terapéutica, una función social en dos sentidos: el manicomio como “*refugio para locos pobres, necesitados de un medio protegido de vida*”, y por otro una “*función de protección de la sociedad frente a un grupo de población, generalmente inclasificable desde*

*la psicopatología, que transita en el límite de la legalidad y cuya forma de vida no suele ser aceptada por la mayoría*”(Desviat, 1994). Esta última definición encaja perfectamente con la del “*Trastorno de personalidad y consumo de tóxicos*”, usuario actual de los Servicios de Salud Mental, y cuyo tránsito por los mismos suele ser fuente de conflicto.

### **Y de verdugos a víctimas**

La industria cinematográfica, y los medios de comunicación en general, se han acercado a la práctica psiquiátrica de forma poco afortunada, haciendo hincapié en el encierro, las camisas de fuerza, el electrochoque (*Corredor sin retorno; Alguien voló sobre el nido del cuco; La naranja mecánica*) y supuestamente eran los psiquiatras, enfermeras, celadores, etc..., quienes “torturaban” a los pacientes. Hoy las cosas han cambiado. Los usuarios demandan, las familias exigen, asociaciones diversas de afectados denuncian, y como caso extremo recordemos el reciente asesinato de un psiquiatra, apuñalado por la espalda por el padre de un paciente, al no habersele facilitado el “informe a la carta” que exigía para solicitar una pensión.

### **La presión asistencial (“La salud está mental”)**

*«A mediados de la década de los ochenta, bajando en el C.S.M de Fuenlabrada (localidad de un perfil entre obrero y ciudad-dormitorio, situada en el cinturón sur de la Comunidad de Madrid) acudió una señora con uno de aquellos conocidos P-10 del médico de cabecera, diciendo: “vengo a pedir consulta para la salud, que está mental”.*

Los esfuerzos de la secretaria por dar un sentido a aquél sinsentido eran infructuosos, ya que aquella buena mujer se empeñaba en el mismo discurso. Al rato se desveló que lo que quería era “que le dieran una cita para una hija llamada Salud”, ya que el médico de cabecera había dicho “que estaba mental».

En los años ochenta se instauraron los Centros de Salud Mental, lo que supuso una importante mejora desde las antiguas consultas de Neuropsiquiatría del Insalud, y formándose por fin equipos multidisciplinares cuyo antecedente inmediato fueron los C.P.S. (Centros de Promoción de la Salud) municipales. El cambio de nombre -de Consultas de Psiquiatría a Salud Mental- trataba de eliminar el estigma que rodeaba a la locura, pero a cambio ha coadyuvado en producir una inflación de la demanda. Porque -según la definición de salud mental- ¿quién en algún momento de su vida no se siente insatisfecho, incomodo con los demás, o incapaz de responder ante determinados acontecimientos vitales?

Estamos asistiendo a una época de inflación del malestar<sup>2</sup> que curiosamente coexiste con un deseo de hedonismo inmediato, lo que produce que cada vez sea menor la tolerancia al dolor o la frustración y mayor la exigencia y la depositación. La salud, el bienestar, han dejado de ser una suerte para convertirse en un derecho. Del viejo «a ver si me acierta», hemos pasado al «tiene que curarme». Aunque no sepamos como ni de que.

### **Morir de éxito**

El problema es que la población (ingenua ella) se ha creído lo que le hemos contado, y ha colapsado los Centros de Salud Mental. A su vez la presión asistencial ha influido en las modalidades de atención, produciéndose una “medicalización” de la respuesta que casualmente (¿o no?) ha coincidido con la invasión de nuevos psicofármacos como no se conocía desde la década de los cincuenta. En el catálogo de productos milagrosos ya tenemos píldoras para la infelicidad, la ludopatía, la timidez, la impotencia...a ver si sale algo contra el envejecimiento.

Repasando los datos de la evolución de la asistencia psiquiátrica en Bizkaia, encontramos (cuadro 1):

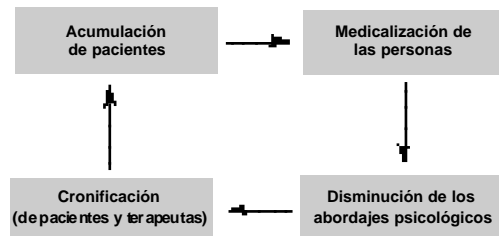
<sup>2</sup> El desarraigo, la falta de redes familiares y sociales, el paro, etc., son aspectos que -una vez más los avatares sociales- ha influido sobremanera en la demanda, tanto cuantitativa como cualitativa.

**Cuadro 1:** Demanda asistencia extrahospitalaria en Bizkaia

VOLUMEN	1993	1997	+ - %
Pacientes nuevos	9.711	10.932	+ 13%
Total pacientes en tratamiento	27.546	37.757	+ 37%
MODALIDAD DE ATENCIÓN			
Consulta evaluación	26.545	31.014	+ 17%
Consulta seguimiento	101.929	141.316	+ 39%
Terapia individual	45.250	51.682	+ 14%
Terapia grupal	13.284	10.820	- 19%
Otras intervenciones	46.555	90.492	+ 94%
Total consultas	233.563	325.324	+ 39%

## Las formas de intervención

Al aumento de la demanda se ha respondido con una disminución de las psicoterapias, primando las consultas farmacológicas. Al malestar que supone la cada vez mayor incomunicación respondemos negando la palabra. Así, las modalidades de atención cronicantes son responsables en gran parte de ese acumulo de pacientes en tratamiento. Como consecuencia se ha producido:



## Corren malos tiempos para la lírica (pero buenos para la “botica”)

En las Jornadas sobre “*La Asistencia Psiquiátrica y sus profesionales ante los nuevos modelos sanitarios de gestión*”, celebradas los días 11 y 12 de noviembre de 1999 en Bilbao, en una de las intervenciones del debate se expresó algo parecido a esto:

1. “*Las formas de intervención son generadas por los clínicos*” (Dicho esto con cierto tono de crítica, ya que al parecer debían ser los gestores quienes los definieran). A este respecto señalar que la sanidad debe ser de las pocas

empresas donde se contrata un titulado superior, en una actividad de gran responsabilidad, donde nadie le dice cual es su misión ni como debe acometerla.

2. “*Los gestores están alejados de la realidad*”. De forma que siendo así ¿cómo podrían definir los modos de intervención?

3. “*Los clientes son los únicos que saben lo que quieren*”. Cuestionable cuando menos, ya que desde la clínica es conocido que la demanda manifiesta no necesariamente tiene que ver con la necesidad real.

4. “*La industria farmacéutica manipula la información para obtener sus fines*”. Probablemente es la única que tiene claros sus objetivos. Sabe lo que quiere (vender) como conseguirlo (convenciendo a los prescriptores) y de que estrategias valerse (halagarles de forma que en la actualidad constituye casi la única fuente de gratificación -narcisista o lúdico festiva- para la mayoría de los clínicos).

No resisto la tentación de reproducir el editorial de la Txori-Herri Medical Association del pasado 15 de noviembre:

*Los foros donde los psiquiatras (y por extensión, el resto de los médicos) nos juntamos para poner en común sesudas investigaciones e interesantes experiencias son variopintos; y algunos más variopintos que otros. Lo cierto es que la creciente confusión entre marketing y ciencia está llevando a ciertos acontecimientos de este tipo a un mercadillo sin ningún tipo de credibilidad. El templo de la ciencia profanado por los mercaderes es cada vez más una realidad, y quizás empiece a hacer falta un Jesucristo que saque el látigo y los expulse. Pero no nos engañemos; no son los mercaderes los culpables, o al menos los únicos culpables, de la situación. Nuestra ego-sintónica aquiescencia nos hace cómplices de una degeneración de un aspecto fundamental de nuestra profesión: la investigación y la*

comunicación científica. Y además, hacemos el ridículo.

*Cualquier observador independiente alucinaría a colores viendo pelearse a personas mayores, y con carrera, por llevarse un paraguas de propaganda, un chubasquero barato, o arramplando con los bolígrafos a puñados. Y mientras, las salas de ponencias, absolutamente vacías. En la mayoría de las ocasiones, ponentes expertos y de calidad, desperdician su tiempo y energías en contar a una docena de personas perdidas en una sala apropiada para 500 (entre las que media docena son otros ponentes y la otra media compromisos) una milonga ensalzando las virtudes de algún antidepressivo que trata de buscar su supervivencia en un suculento pero competido mercado. Y en otras, ponencias de indudable interés se pierden en el vacío de las butacas, mientras el rumor del personal agolpado en los stands de los fenicios pone la nota animada.*

*Yo no defiendo congresos monacales; no sólo de ciencia vive el hombre. Pero creo que no sería tan difícil aunar el componente lúdico y social de un congreso con su seriedad y utilidad científica; y además creo que esto sería rentable para la propia industria farmacéutica. ¿Qué credibilidad merecen los cátedros que un día hablan de las virtudes de tal antidepressivo y al siguiente de tal antipsicótico?. ¿Qué credibilidad tienen los estudios esponsorizados que sin ningún rubor sólo señalan resultados del tipo "lava más blanco?"*

*Algunas cosas que se nos ocurren podrían mejorar, a nuestro juicio, la situación:*

*Alentar reuniones y congresos de tamaño medio, huyendo de la organización de eventos mastodónticos, con grandes gastos y muy dependientes de financiaciones perversas.*

*La esponsorización de ponencias por parte de la industria seguiría un sistema de doble ciego; es decir, ni el esponsor que ponencia esponsoriza, ni el esponsorizado quien le esponsoriza (vaya trabalenguas)...*

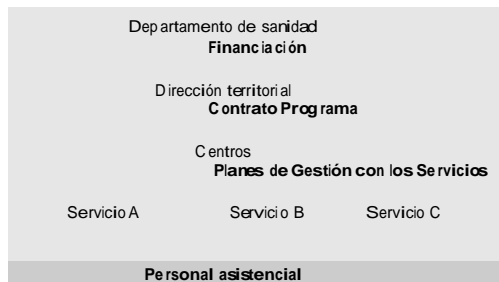
## Los gestores (los malos)

Independientemente del país o de la ideología del gobierno en el poder, en todas partes parecen estar de acuerdo en que para mantener una cobertura sanitaria pública y universal, hay que optimizar los recursos disponibles y gestionarlos de la forma más eficiente. *Cartera de servicios, contratos programa, gestión por procesos, P.M.C., G.R.D., calidad asistencial, eficacia, eficiencia, etc.*, son términos que hasta a los clínicos con fobia a todo lo que huelga a gestión les son ya familiares.

En Euskadi, la Ley de Ordenación Sanitaria aprobada en junio de 1997, determina la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios. Desde enero de 1998, Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado.

De esta forma, el Departamento de Sanidad a través de las Direcciones Territoriales (Alava, Guipuzcoa, y Vizcaya) negocia un Contrato Programa con los centros, que a su vez se organizan en Planes de Gestión con los distintos servicios.

*Resumiendo: el Departamento de Sanidad, con el dinero que le asigna el Gobierno y por intermedio de las Direcciones Territoriales, "compra los productos" tras negociar valor y precio con las Direcciones de los Centros, en unas condiciones que a su vez tienen que pactar con los diferentes Servicios, compuestos*



*por médicos, psicólogos, enfermería, auxiliares, etc.*

La imagen es lo suficientemente gráfica en cuanto a la distancia que separa el lugar de la toma de decisiones del personal asistencial (“los terapeutas”) que se quejan de falta de información, unas veces con razón, pero otras porque no quieren enterarse, adoptando como se decía al principio actitudes defensivas, añorando “los viejos tiempos”, y despotricando de los gestores “que no tienen ni idea y solo se preocupan de los aspectos económicos”.

Pero los gestores lo tienen difícil. Por una parte, y utilizando términos mercantiles, no tienen la posibilidad de ofrecer el “producto” que consideran más adecuado, tienen una capacidad relativa de negociar el precio, difícilmente pueden elegir al trabajador según el perfil necesario o recompensar al que más rinde, y es imposible sancionar al que no lo hace.

En las jornadas de gestión a que antes se hacía referencia, y dentro de los objetivos del Insalud, se planteaba la contención de las listas de espera sin aumentar la actividad.

En principio parece un objetivo razonable, pero que sin otra serie de indicadores puede ser perverso: un clínico que se interesa por sus pacientes, les escucha, y trata de dar una atención esmerada aún dentro de las limitaciones que la demanda impone, puede aumentar de año en año el número de consultas y tener una lista de espera considerable, con lo que estaría incumpliendo los objetivos. Objetivos que cumpliría otro cuyas características de personalidad le permitieran desentenderse de sus pacientes, que lógicamente acudirían en menor número que en el caso anterior.

### Los incentivos

En realidad estamos funcionando con un sistema de incentivos inverso y perverso: al que

trabaja mucho y bien le damos más trabajo, y al que lo hace poco y mal con tal de quitarle del medio se le permite “hacer nada”.

Como decía Jorge Valdano<sup>3</sup>, empleado actualmente en una empresa de asesoría en gestión de recursos humanos, cuando le explicaron el modelo de gestión de personal del sistema sanitario público: «*Es como si me contrata un equipo, no tengo posibilidad de hacer fichajes ni las alineaciones, no puedo pagar primas, y además me exigen que quede campeón*». Gráfico ¿no?.

### La carrera profesional

Uno de los objetivos de los gestores es conseguir que se establezca por fin la llamada “carrera profesional”, que permita evaluar los méritos de los profesionales y desde ahí poder promover incentivos reales. Por otra parte, resulta difícil de entender que se puedan tener cargos vitalicios en puestos de dirección y responsabilidad, sin ejercerla o ejerciéndola mal, y se cierre el paso a personas de valía y con ganas.

### La indefinición de las prestaciones

Un problema añadido en la gestión de los Servicios de Salud Mental, es la multiplicidad de modelos y la indefinición de muchas de sus prestaciones, que se ha tratado de defender con lo de que “*lo nuestro es diferente*”. Pero ese es un eslogan que ya no vende.

Sería interesante grabar una reunión donde un gestor de salud mental intenta “vender productos” como un hospital de día, un servicio de rehabilitación, o un programa de seguimiento en la comunidad, y la “parte compradora” exige conocer programas, objetivos, tiempos de tratamiento, y resultados esperables.

Los problemas de los gestores de salud mental:

<sup>3</sup> Para quién no sea aficionado al fútbol, Jorge Valdano fué jugador del Alavés, Zaragoza y Real Madrid. Campeón del mundo con Argentina ahora es entrenador. Con inquietudes intelectuales desde siempre, lo cual era una rareza, es el primer (y único) futbolista con un artículo publicado en la Revista de Occidente.



1. Indefinición del “producto”
2. Ausencia de Carrera Profesional
3. Limitaciones en la política de recursos humanos
4. Imposibilidad de incentivar

De forma que cuando algún gerente solicite voluntarios para la elaboración de cualquier plan, estudio, o indicadores ¡todos como un solo hombre –o mujer- un paso al frente!.

### **Los terapeutas – administrativos (los buenos)**

Y es que probablemente ha faltado visión de futuro. Desde hace años se viene anunciando la importancia de la recogida de datos y la necesidad de evaluar los distintos programas, tanto desde la vertiente estrictamente terapéutica como desde la eficiencia antes apuntada. Por el contrario, la defensa numantina acerca de la privacidad del “acto psi” y la imposibilidad de dar cuenta del mismo, ha supuesto que personas ajenas a la psiquiatría se hayan encargado de definir estándares, o determinar que prestaciones son necesarias.

### **La evaluación**

Se impone la evaluación -cuantitativa y cualitativa- de lo que hacemos. Antes se enuncian los nuevos modelos de gestión, basados en la cartera de servicios, contratos programa, calidad asistencial, eficiencia, etc. A partir de ahora la actividad que no se registra no existe, la que se registre pero no pueda dar cuenta de niveles de eficiencia no se valora, y la que no se valora no se paga.

Reflexionemos acerca de la práctica clínica: ¿Hemos pensado en la evolución que ha sufrido la demanda?. ¿Se ha efectuado un intento por adecuar las técnicas a las necesidades de los pacientes y no a la inversa?. ¿Se ha investigado acerca de indicaciones, eficacia y eficiencia de los distintos modelos de psicoterapia en los diferentes cuadros clínicos?. Desgraciadamente y en la mayoría de los

casos, la respuesta a estas preguntas es negativa.

### **La nueva demanda**

Y a nadie se le escapa que el perfil del consumidor del producto sanitario (del paciente) ha cambiado en los últimos años: Patología dual, Trastornos de la Alimentación, Demencias..., son ejemplos de la nueva demanda que nos ha cogido por sorpresa y a la que no se ha sabido dar respuesta con agilidad.

### **...Y las quejas**

Si la respuesta es la queja ahí van unas cuantas, extraídas de lo anterior y que son objetivables:

Quejas de los profesionales de salud mental:

1. En 5 años aumento de la demanda de un 40%
2. Actividad cada vez más semejante a las consultas de Neuropsiquiatría
3. Aumento de las exigencias de la población
4. Ausencia de Carrera Profesional (falta de reconocimiento)
5. Inexistencia de incentivos

Además de razonables, observemos que son bastante parecidas a lo que se exponía como problema para los gestores, luego en este aspecto no estamos tan lejanos y parece que el objetivo de resolverlas podría ser común.

Los problemas de los gestores de salud mental

1. Indefinición del “producto”
2. Ausencia de Carrera Profesional
3. Limitaciones en la política de recursos humanos
4. Imposibilidad de incentivar

### **¿Hay alternativas?**

De alguna manera se han ido esbozando acciones que sería necesario emprender. Unas pertenecen al terreno de la política sanitaria,

otras al de la gestión, y una gran parte al de la clínica.

En primer lugar habría que definir sin ambigüedades el contexto en que nos movemos (el modelo asistencial). Si efectivamente el modelo de atención a los problemas de Salud Mental es el de “Psiquiatría Comunitaria”, con la consiguiente sectorización y continuidad de cuidados, se debe avanzar hacia la consolidación de una red asistencial con criterios y objetivos comunes, que no dependan exclusivamente del voluntarismo de algunos profesionales.

Una vez definido el modelo, debe quedar clara la cartera de servicios (patologías a atender, dispositivo debe hacerse cargo de ellas y prestaciones que se ofertan).

Es importante efectuar una correcta recogida de datos de actividad, al ser la herramienta que permite un reparto equitativo de cargas de trabajo entre estamentos y profesionales.

Para que no quede en un registro simplemente cuantitativo, hay que hacer una evaluación continuada, con determinación de estándares clínicos y estudios de eficacia y eficiencia de las distintas técnicas. Sería fundamental diseñar como en otras especialidades, “guías de práctica clínica” para las diferentes enfermedades mentales. De esta forma y como ejemplo, la utilización de un modelo concreto de psicoterapia dejaría de ser una ocurrencia puntual de un profesional interesado en ella, pudiéndose entonces solicitar otros recursos, jornadas de tarde, incentivos, etc.

Por último, el desarrollo de la carrera profesional es clave en la resolución de conflictos que como hemos visto, influyen tanto en el grado de satisfacción de los profesionales como en la gestión de los servicios.

**Cuadro 2:** Acciones a realizar:

Definición del modelo asistencial, cartera de servicios, y oferta de prestaciones Desarrollo de la carrera profesional	POLÍTICA SANITARIA
Miñuciosa recogida de datos Evaluación de la actividad Reparto de cargas de trabajo	GESTION - CLINICA
Determinación de estándares clínicos Estudios de eficacia y eficiencia (farmacológicos y psitoterapéuticos) Consideración de las técnicas “psf” como en las demás especialidades	CLINICA - GESTION

**Conclusiones.**

El tono irónico empleado en la presente exposición no debe confundirse con una falta de respeto, sino como una licencia o quizás una defensa (recordemos a Freud y “el chiste y su relación con el inconsciente”) y además hay cuestiones tan serias que es más fácil tratarlas en clave de humor (recordemos a Marx –Groucho- y su epitafio: “perdonen que no me levante”).

Tanto clínicos como gestores estamos embarcados en una tarea difícil pero apasionante. Es un momento de cambio a todos los niveles y por lo tanto lleno de incertidumbres. La profesión médica, la identidad del terapeuta, valores sólidos antaño, ahora son cuestionados y en ocasiones nos sentimos como espectadores de una obra de teatro que pretende relatar nuestra historia sin que nos reconozcamos en ella. Pues bien, dejemos de ser espectadores y tratemos de ser actores, o porque no, el autor.

La creciente complejidad de las intervenciones sanitarias, el mayor nivel de exigencia de los usuarios, y la contención de costos a un nivel asumible, han hecho inevitable la introducción de nuevos modelos de gestión, pero evitar que esos modelos sean perversos y nos conviertan definitivamente en terapeutas – administrativos (o “terapeutas – funcionarios” en el peor sentido de la palabra) depende también de nosotros.

<sup>1</sup> Hospital psiquiátrico de Zamudio.

**BIBLIOGRAFIA**

1.Rendueles, G. (1992). “El usuario gorrón y el terapeuta quemado”. *Rev Psiquiatría Pública*. Julio-Septiembre.  
2.M. Desviat (1994). *La reforma psiquiátrica*. Edic. Dor, S.L.  
3.Txori-Herri Medical Association (1999). Editorial de Congreso. *THMNews* n° 47. 15 de Noviembre.