

CONVERSACIONES EN ANDALUCÍA



ESTUVO EN EL DISEÑO INICIAL DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA CUANDO HUBO QUE CERRAR LOS MANICOMIOS Y EMPEZAR A TRATAR LA ENFERMEDAD MENTAL SIN EL ESTIGMA QUE LA HABÍA ACOMPAÑADO POR SIGLOS. LUEGO LO DESENGANCHARON DE AQUELLO Y AHORA SE MUESTRA MUY CRÍTICO CON EL DIRIGISMO EN QUE HA CAÍDO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

ANTONIO HIGUERAS

«Si la penicilina saliera ahora, la Junta tardaría tres años en recomendar su uso»

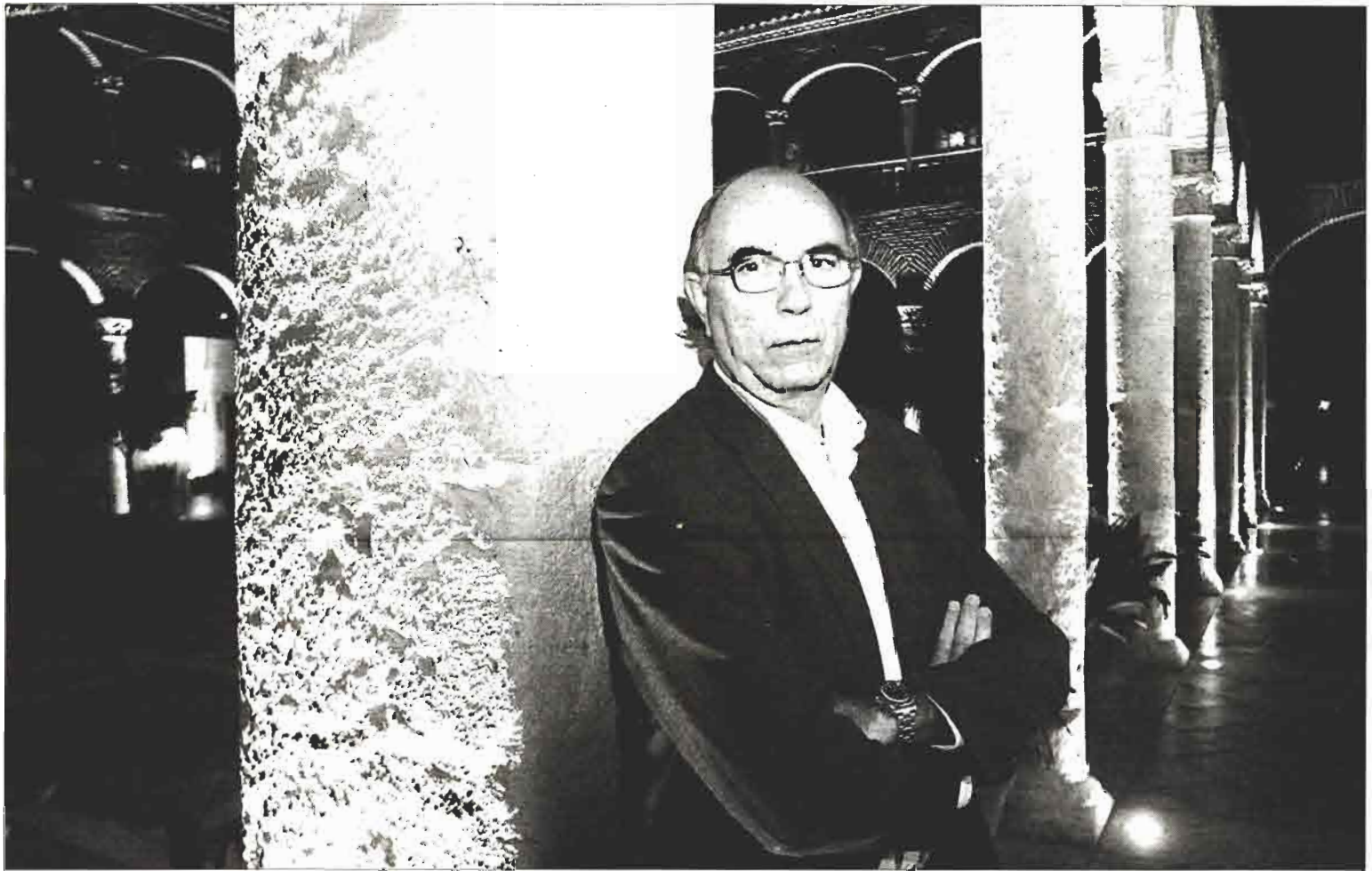
Una entrevista de BERTA GONZÁLEZ DE VEGA. La culpa será del cine y de la literatura. Aparece este psiquiatra, elegante, calmado y se esfuman las imágenes de médicos que acaban por mimetizarse con los pacientes. Higuera está tan cuerdo como para sobrevivir en el Servicio Andaluz de Salud haciendo públicas las críticas que, en su opinión, merece una casta de gestores que no tienen al paciente en su punto de mira, ni, por tanto, a los médicos, sensación que ha motivado la convocatoria de varias asambleas de facultativos en su hospital, el Virgen de las Nieves.

Pregunta.— ¿Está satisfecho con la organización psiquiátrica en Andalucía?

Respuesta.— Hace 24 años, la Psiquiatría estaba al margen del sistema de salud, a cargo de las diputaciones y de la beneficencia. Cuando se traspasan las competencias, el primer consejero de Salud, que contó con una serie de profesionales entre los que me encontré, decidió acometer una reforma de la asistencia psiquiátrica, para lo que se promovió desde el Parlamento la creación de un organismo transitorio: el Instituto Andaluz de Salud Mental, y fue la primera ley sanitaria aprobada por el Parlamento. Tenía como misión ordenar todos los recursos dispersos que había y organizarlos en una única red, que se integraría en el Servicio Andaluz de Salud como una especialidad más. Se crearon las diferentes unidades de Salud Mental, lo que llevó aparejado el cierre de los manicomios porque no tenían razón de ser. En teoría, la Psiquiatría sería una especialidad más, nada diferenciada porque veníamos de ser totalmente distintos. ¿Qué se ha hecho? Contravenir aquella ley parlamentaria al consolidar una red de cuadros en su estructura jerárquica que son unos 100 de libre designación y de libre destitución, junto a unas oficinas centrales: el Programa de Salud Mental, sin parangón en el resto de las especialidades, reducto del sabiamente diseñado para su extinción IASAM, y recuerda al ejército de Pancho Villa.

P.— De hecho, a usted lo cesaron...

R.— Yo fui el gerente en Granada de ese organismo mientras existió todo aquello. Cerré el hospital psiquiátrico y abrimos los 14 centros distribuidos en las dos áreas sanitarias que actualmente existen. Soy jefe de servicio y me cesaron como coordinador de un área, sin que al día de la fecha conozca los motivos de mi cese. Todos son de libre designación, y por



REPORTAJE GRÁFICO: LUPE VILLA

tanto anulables. Se hizo un decreto de ordenación de estos servicios en 1988, que iba a ser transitorio, y ha durado 20 años, hasta que, una semana antes de las elecciones, con la valoración negativa de las asociaciones profesionales, sacaron otro que consolida esta atipicidad. Ahora, mi impresión es que estamos en un régimen totalitario y represor, donde existe un órgano central, el Programa de Salud Mental, que facilita el seguidismo y sanciona las discrepancias. Si añadimos más de 10 años

de fragilidad laboral con más de 10 años sin convocatorias de plaza, dirigido por cargos de libre designación, el resultado es que hay un temor muy consolidado. No existe un panorama así en el resto de la sanidad. Unos días antes de las elecciones y por sorpresa se consagró la más gorda de las diferencias: convertir por decreto a todas las unidades en unidades de gestión clínica.

P.— El lector no sabrá qué es eso...

R.— Es un concepto atractivo en principio: supone que los profesionales

participen de los objetivos, que tengan cierto margen de maniobra, pero tras el eufemismo se esconde una estructura intervencionista porque los objetivos vienen marcados desde arriba, con criterios economicistas, como el llamado uso racional del medicamento, por lo que se convierte más en una farsa y en un instrumento de control. Además, el acceso a todos los puestos es a través del decreto de cargos intermedios; o sea, mediante libre designación de nuevo, a pesar de que el Estatuto Marco de los

funcionarios prohíbe que hasta en los tribunales de acceso a los puestos técnicos haya personas de libre designación, pero en Andalucía se amparan que en el Estatuto de Autonomía tienen transferidas las competencias de Salud y es del mismo rango legal, por lo que se saltan las garantías de objetividad, capacidad y mérito de acceso a las plazas.

P.— Y para los enfermos tampoco es un sistema sin fallos...

R.— Aquel modelo era opuesto a la reclusión en un manicomio porque se creaba una red de servicios que promovía la máxima inserción social de los pacientes. Pero sólo llegamos a la mitad del guión, hicimos las unidades de agudos, los centros de salud mental con las consultas, los hospitales de día, infantiles y comunidades terapéuticas insuficientes. Hay gente en la calle, hay mucho sufrimiento familiar y nadie les hace caso. Y hay una mala política de prestaciones, porque no se puede fomentar que se les dé dinero a cambio de nada, se lo gastan en una semana y luego coaccionan a sus familias.

P.— Pero cerrar los manicomios fue



«Mi impresión es que estamos en un régimen totalitario y represor, donde existe el Programa de Salud Mental, que facilita el seguidismo»

«El sector ha cambiado, fue un acierto prohibir el bromuro y ahora la tendencia es a investigar en productos no tan agresivos»

CONVERSACIONES EN ANDALUCÍA

«Uno de los problemas en salud mental siguen siendo los traslados de enfermos en crisis. La mayoría de las veces, hay que acudir al juzgado»

«Estamos cada vez a las órdenes de más gestores. En la Junta, hay un control férreo de las opiniones, un panorama represor de la crítica y la queja»

«En la unidad de agudos hacemos una asamblea semanal y hay más orden que en cualquier reunión de comunidad de vecinos»

un dogma *progre* entonces...

R.— Los manicomios eran un concepto, una forma de exclusión y de marginalidad, pero no eso no significa estar contra todo lo que sean paredes, camas y comida. Lo que no vale es citar a un enfermo mental grave dentro de dos meses, recetarle unas pastillas, como si fuera un diabético, sin tener un despliegue en rehabilitación. Es cierto que es mejor ese modelo médico que estar en mano de los hechiceros, pero hay que acomodar las estrategias a las peculiaridades de la enfermedad. Esos enfermos necesitan programas suficientes de rehabilitación y tutela. Atender a muchos de ellos pasa pura y llanamente por residencias de por vida, y decir esto es una herejía en psiquiatría. El organismo de prestaciones sociales para enfermos mentales está colapsado. Otro de los problemas son los traslados cuando se requiere una hospitalización. Si uno de estos enfermos tiene una crisis que requiere hospitalización urgente empieza una cadena de dificultades, porque las unidades de emergencia no están organizadas para este tipo de enfermos. La mayoría de las veces, hay que ir al juzgado a pedir la autorización para ingreso involuntario, a veces el juez pide un psiquiátrico, y después de muchas vueltas, se consigue el papel. Con frecuencia requieren a la policía, lo reducen esposado y se lo llevan al hospital agitado. El procedimiento adecuado sería que llegara un dispositivo de profesionales y requirieran el concurso de la policía y le sedaran. Ahora, está sin resolver.

P.— ¿Dónde se va a quedar la Psiquiatría respecto de la Neurología?

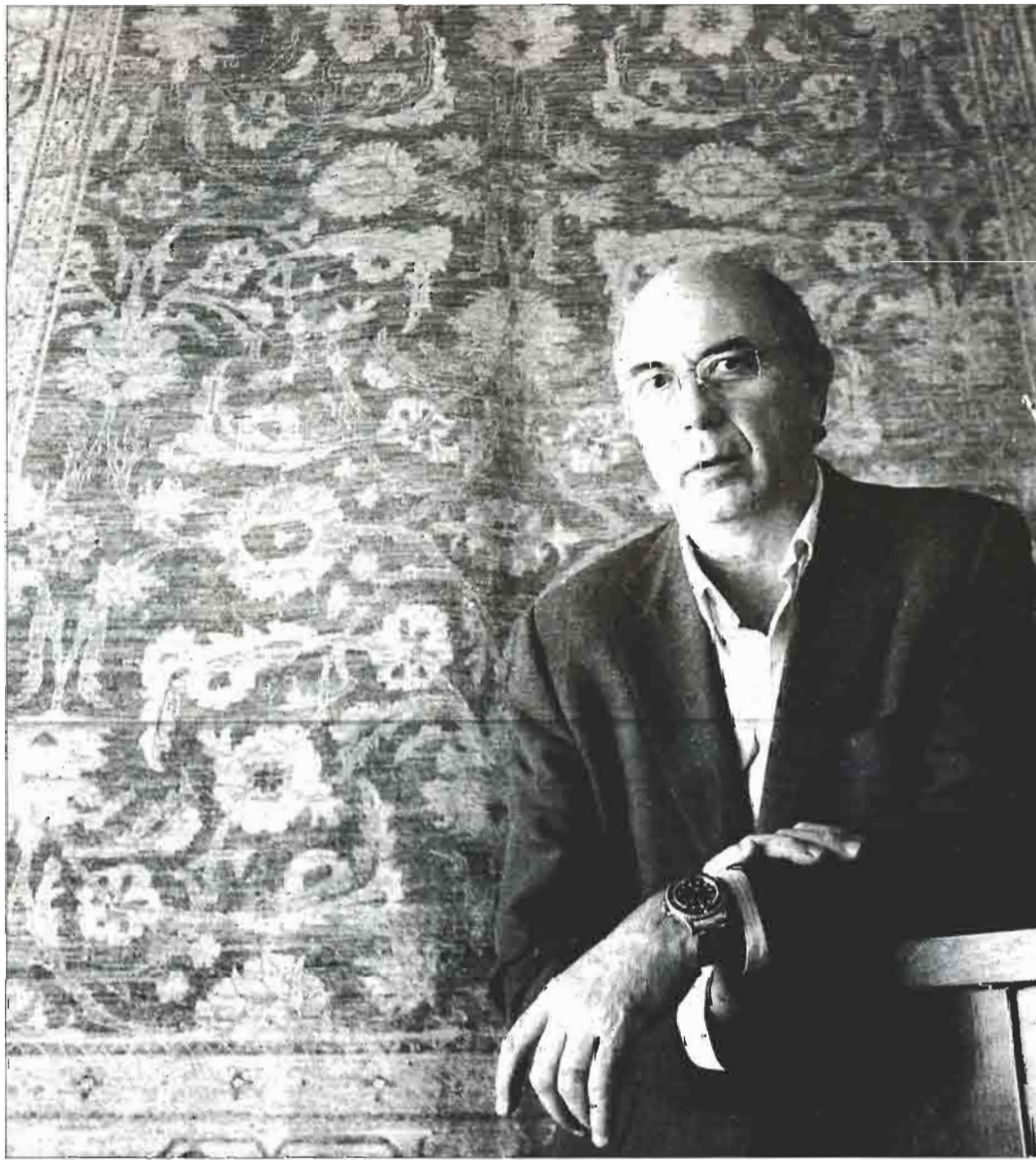
R.— Al final, nos quedaremos con cuatro o cinco patologías, pero como se afinen más las bases biológicas, pasarán a manos de Neurología. Así podría ir sucediendo en la medida en que se conozcan los mecanismos biológicos de las enfermedades mentales. En cualquier proceso psíquico hay un proceso biológico. En una conversación, hay zonas del cerebro más activas, pero de ahí a traducir todo a meros hechos biológicos hay diferencia.

P.— Hay médicos de familia que se quejan de la cantidad de mujeres que ven con trastornos de ansiedad a las que sólo le pueden recetar ansiolíticos y no dar una terapia...

R.— El 14% de esta población tendrá síntomas de depresión o ansiedad, en una proporción de cuatro mujeres a un hombre. La mayoría son consumidores sistemáticos de ansiolíticos y de antidepresivos. Este es uno de los países de más consumo de estos medicamentos, hay una masa de población dependiente de tranquilizantes.

P.— Ahí se va un dinerito y, sin embargo, la Escuela de Salud Pública restringe otros medicamentos...

R.— ¿Quién es la Escuela de Salud para decir qué medicamentos son los más adecuados? No tienen criterios técnicos suficientes. Sale un fármaco aunque lleve tres años en EEUU y, siempre, por definición, la Junta dice que es una novedad terapéutica no recomendada, sólo porque es nuevo. Si saliera ahora la



LA CUESTIÓN

P.— ¿Qué pasa en su hospital para que surgiera la rebelión de las batas blancas?

R.— Los médicos estamos a las órdenes de cada vez más gestores, que no asignan los recursos en función de las necesidades y recibimos directrices de profesionales sin prestigio técnico que han encontrado en la Administración lo que no hubieran logrado ejerciendo. Durante años, se ha ido acumulando malestar. En la Junta, hay un control férreo de las opiniones, un panorama represor de la queja y la crítica. Aquí ha habido un conato de rebeldía, se denunció que se daban plazos en pago de servicios prestados, que los cargos administrativos están sobredimensionados, que hay clientelismo y que no se puede represaliar a una médico que tiene la valentía de denunciar cómo se manejan las listas de espera.

penicilina, la Escuela de Salud Pública no la recomendaría. Luego, lo aprueba el Ministerio y está en el vademecum, pero si yo lo receto, el SAS me recorta la productividad y recibo indicadores de mala praxis. Y es verdad que el mayor abuso que se da en la sanidad es con los antidepresivos. Cualquier signo de insatisfacción vital se palía con un antidepresivo y no hay nada peor que creer que son píldoras de la felicidad. Estos fármacos sólo son útiles en la depresión mayor.

P.— No compartirá que la depresión es una enfermedad occidental...

R.— No, la depresión es una tristeza patológica. Si es una tristeza que tiene causa, no lo es; para que sea patológica se tiene que acompañar de otras manifestaciones como el insomnio, la anorexia, la disminución de la actividad y, con mucha frecuencia, el deseo de morir. Es

un hecho que un 15% de estos pacientes se suicida. Es la enfermedad que provoca más suicidios. Y existe en todo el mundo. Curiosamente, ahora ha pasado de ser una enfermedad estigmatizante a esgrimirse para una baja cómoda, se busca mucho para eludir responsabilidades laborales. Y, cuando es auténtica, es la enfermedad más dolorosa y más grave.

P.— Muy cochinómanos, consumidores de ansiolíticos...¿qué pasa?

R.— Está en nuestra cultura modificar las condiciones emocionales con sustancias. Antes era sólo el alcohol, que está presente en todos los eventos sociales y te desinhibe, modifica el ánimo y como tal es una sustancia psicotrópica. Cuando se ha tenido acceso a más sustancias, la cocaína, el cannabis, los ansiolíticos... se ha incrementado el consumo. Hay una permisividad

enorme con estas últimas sustancias y parte de culpa es nuestra por prescribir tranquilizantes como si fueran antibióticos. Todos los días se crean dependencias.

P.— ¿Aumentan las patologías mentales por las drogas?

R.— Las drogas inducen trastornos mentales severos. El alcohol es de las peores. La supresión del uso de la cocaína y de las anfetaminas produce depresiones porque dejas de estar en una superproducción artificial. Lo malo es que en Andalucía se ha creado una red paralela de atención a los drogodependientes desglosada de la asistencia psiquiátrica, y nos llegan pacientes que requerirían atención inmediata y se les da citas con mucho retraso. No hay cauces de comunicación con Salud Mental, todo son protocolos difícilmente cumplibles.

P.— Fue testigo en un reportaje de

CUESTIONARIO MÍNIMO

La vela, Sabina, Philip Glass, Keith Jarrett y Camino de última película

LIBRO. Mis lecturas son muy pragmáticas (ando con el manual de instrucciones de una PDA). Para esparcimiento prefiero mejor una conversación, un deporte o recrear mis propias fantasías, que deleitarme con las ajenas.

MÚSICA. Aquí mis gustos son de lo más amplios desde Rachmaninov, Grieg (mi favorito: el concierto para piano) a Sabina, que es un genio y casi paisano. No me canso de oír la banda sonora de la película *Las horas* de Phillip Glass, también al pianista de jazz Keith Jarrett o al prolífico Chris Spheeris. Mi último concierto, el de Madonna en Sevilla (muy flojito).

CINE. La última película que he visto ha sido *Camino*, de Javier Fesser. Me parece que está muy bien hecha.

EPOCA DE LA VIDA. Siempre el presente, como dijo Steve Jobs en su discurso en Stanford, me sumerjo en cada día como si fuera el último, con la ventaja de que algún día acertaré.

RINCÓN DEL MUNDO. Disfruto mucho a caballo por el campo, en moto... y con buen repertorio de deportes en los que no destaco. Mi mayor afición es la vela, y lo que más amo junto a mi familia y mis amigos, es mi barco.

un supuesto exorcismo...

R.— Ideológicamente, iba contra mi convicción racional aceptar que alguien pueda estar poseído por un diablo que se rebela frente a Dios y que, un intermediario, logre echarlo. Me parece ridículo, con el respeto de quien crea, pero he tenido curiosidad por los supuestos endemoniados, por alguien capaz de hablar en lenguas extranjeras que no conocía o desafiar las leyes de la gravedad. Reconozco que si veo un solo caso de eso, mi escepticismo se vendría abajo. Me acerqué con ojos receptivos y todo era falso. Era una mera inducción de un estado de trance porque la supuesta endemoniada estaba totalmente convencida e ideologizada. El poder de la mente es tal, que el efecto placebo está plenamente aceptado en la medicina y por eso la gente va a un hechicero y se cura, ellos manejan la herramienta de intervenir psicológicamente en el individuo. Creer, además, es un soporte vital para muchas personas que no son capaces de asumir la angustia de la inexistencia. A nadie le angustia no venir de ningún sitio, pero sí el creer que no se va a ninguna parte.

P.— ¿Ayudaría en las enfermedades mentales que algún famoso reconociera haberlas padecido?

R.— Pondrían los hechos en términos más reales. *Una mente maravillosa* ayudó mucho. La gente tiene una idea que no responde a la realidad. La gran lección en la unidad de agudos es el nivel de tolerancia. Una vez a la semana hacemos una asamblea y hay más orden que en cualquier comunidad de propietarios.