

LA PSICOTERAPIA Y LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA: EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) COMO CONTEXTO DE LA CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA

PSYCHOTHERAPY AND PUBLIC HEALTH IN SPAIN: THE NATIONAL HEALTH SYSTEM (SNS) AS A CONTEXT FOR THE PSYCHOTHERAPEUTICAL CLINIC

Begoña Olabarria

Psicóloga Clínica, psicoterapeuta sistémica
Vocal Consejo Asesor Ministerio Sanidad, España
ORCID ID; <https://orcid.org/0000-0002-0455-4188>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Olabarria, B. (2020). La psicoterapia y la sanidad pública en España: El sistema nacional de salud (SNS) como contexto de la clínica psicoterapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 53-75.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.406>

Resumen

El SNS se crea en España a partir de la publicación en 1986 de la Ley General de Sanidad, que establece la obligatoriedad del Estado de velar por la salud de todos los ciudadanos (universalidad y equidad) e integra la atención a la Salud Mental, abriendo la puerta a la incorporación de la Psicoterapia como prestación de la Cartera de Servicios del SNS.

Palabras clave: Sanidad Pública, Prestación Sanitaria, Cartera de Servicios, Psicoterapia.

Abstract

The SNS was created in 1986 from the publication of the General Health Law, which establishes the obligation of the State to ensure the health of all citizens (universality) and integrates mental health care, opening the door to the incorporation of psychotherapy as a provision of the portfolio of services of the SNS: A new challenge.

Keywords: Public Health, healthcare provision, Service Portfolio, Psychotherapy.



“No hagas muchas pragmáticas y, si las hicieres, procura que sean buenas, y sobre todo, que se guarden y cumplan, que las pragmáticas que no se guardan, lo mismo es que si no lo fuesen”

(Recomendación de Don Quijote a Sancho, Miguel de Cervantes)

El SNS: Aproximación al proceso reciente de su configuración y la incorporación de la Psicoterapia

Presentación

El conocimiento y consideración de la conformación del SNS posiblemente es imprescindible para evitar lo ininteligible hoy. También importa entender la profundidad y sentido de lo que hoy consideramos “natural” en ideas, denominaciones, acciones, tareas, términos de comprensión en los Servicios de Salud Mental de hoy. Conviene ver lo que se constituye, lo que cambia y lo que se destruye y se pierde. El pasado no es un tiempo perdido, puede ser recobrado y no existe (o no debería existir) el monopolio de la reproducción del saber y de la historia. La Psicoterapia, con sus tempranos y relevantes desarrollos tempranos habidos en España, prácticamente había desaparecido tras la guerra civil y la larga postguerra. Los muy pocos que pretendieron reintroducirla particularmente a partir de los años 70 encontraron un marco implacablemente duro y en lo sanitario-asistencial público, un contexto rígido, pobre y cosificador en el pensamiento teórico-técnico que con esfuerzo fueron levantando. La Psicoterapia en España de manera significativa se ha desarrollado y ha estado ligada al ejercicio liberal mayoritariamente, siendo su incorporación al SNS un proceso posterior y marcado por dificultades hasta su confirmación legal como prestación sanitaria.

Los profesionales, la ciudadanía, entidades culturales y ciudadanas, sindicatos y partidos políticos clandestinos, algunos medios de la prensa escrita, reclamaron transformaciones en diversos ámbitos –uno de ellos y significativo en la atención a la Salud Mental y específicamente a la incorporación de modelos teórico-técnicos alternativos, lo que incluía la Psicoterapia, con el peso de la amenaza, la sombra y la represión de la Dictadura. El *movimiento estudiantil* había surgido en la Universidad en los años sesenta en búsquedas de apertura democrática, enfrentando la *España Oficial* con la España real, abriendo espacios, sin aceptar y forzando los límites de la *censura*, tanto en las aulas como en espacios singulares para la cultura, el cine, el teatro, que estaban fuera de los circuitos oficiales, abriéndose a las relaciones con sindicatos y partidos políticos clandestinos, a la información y las ideas que venían de fuera de nuestras fronteras trayendo la fuerza de movimientos, realizaciones y aires nuevos. Este *movimiento estudiantil* se desarrolla en el tiempo y durante la Transición con progresiva intensidad y generalización en el territorio español, sufriendo las acciones represivas del Régimen franquista con expedientes que truncaban estudios universitarios, expulsiones de profesores, detenciones, juicios del Tribunal de Orden Público y encarcelamientos. También supuso formación,

experiencias, conocimientos de difícil acceso en la *España oficial*, ideas y nuevos “soplos” (Olabarría y Anxo-García, 2011). En todo el Estado los debates en muy diversos sectores y la participación de múltiples entidades frecuentemente o poco estables o clandestinas, se sucedían con intensidad, desorden y riqueza.

Algunos sectores del *Régimen* habían buscado desde mediados de los sesenta modernizar a un país que salía de la autarquía con los Planes de Desarrollo, el *desarrollismo*, que se basaba en la mejora económica que aportaba la llegada de las “remesas” de los emigrantes y la llegada de turistas.

La Sanidad Pública española, entonces Previsión Social, ni en términos de cobertura, ni de gasto público, ni de áreas de intervención era aceptable. Veamos unos brochazos que perfilen el contexto desde la segunda mitad de los setenta, donde el fallecimiento de Franco sitúa al país ante la posibilidad del cambio. La necesidad de introducir cambios sustanciales en materia sanitaria era un hecho incontrovertible.

El retraso en la Previsión Social española queda puesto de manifiesto en términos económicos:

En 1975 el gasto público era del 24,7% del Producto Interior Bruto, mientras que la media de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) era del 40,2% (Tanzi, 1988). En 1975 las transferencias económicas del Estado a la Seguridad Social en España eran 28 veces menos que la media de los países de la OCDE (González Catalá y Vicente Merino, 1985).

En la Legislatura Constituyente de 1977 se crea un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social por primera vez independiente del Ministerio de Trabajo, pero que no gestionó el Instituto Nacional de la Salud. En poco tiempo se deroga esta creación. Tras diversos avatares queda adscrito al Instituto Nacional de la Salud.

Las medidas específicas desarrolladas en el campo sanitario durante la Transición en aplicación y desarrollo de la Constitución Española (BOE 311 de 29/12/1978, pp. 29313-29424) fueron escasas, ocasionales y sin lógica interna, pero cabe destacar la liquidación del Instituto Nacional de Previsión y la creación, mientras se debatía y elaboraba la Constitución, de cuatro institutos dedicados cada uno a una parcela de la política social pública: El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para la atención sanitaria; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión de las pensiones; el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para las prestaciones a la tercera edad y los disminuidos físicos y psíquicos; el Instituto Nacional de Empleo (INEM), para la gestión del desempleo. Así mismo se creó la Tesorería General de la Seguridad Social, que mejoró la gestión económica del sistema, si bien aumentó la rigidez administrativa (Gonzalo González, Tejerina y Ferreras, 1985).

En 1981 el reciente Ministerio de Sanidad y Consumo quedaba adscrito al Instituto Nacional de la Salud.

Además de la falta de modelo sanitario para impulsar la construcción de la necesaria nueva estructura y organización sanitarias, se está sufriendo la impor-

tante crisis económica que coincide con la Transición, cierre de empresas públicas y privadas, que arroja al desempleo a millones de trabajadores, lo que dificultaba una expansión del imprescindible gasto público (Olabarriá, 2003a).

Se produce una importante incapacidad entre 1975 y 1982 para modificar el *statu quo* sanitario con arreglo a los cambios que se estaban manifestando aceleradamente en lo socioeconómico, ideológico y político en el Estado. No existía un Sistema Nacional de Salud, la Seguridad Social, que prestaba atención sanitaria, tenía un modelo mutual, es decir, que únicamente atendía a los trabajadores con nómina o contrato y a sus familias, no garantizaba la atención universal y la equidad a los ciudadanos, no existía la Atención Primaria, el desarrollo hospitalario era escaso y carecía de modelo estratégico, no existía un modelo de formación de especialistas... Y muy a destacar para nosotros: La asistencia en Salud Mental se circunscribía por una parte a los hospitales psiquiátricos dependientes de las Diputaciones Provinciales, por tanto fuera de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y que mayoritariamente seguían un modelo manicomial, y las muy insuficientes en diversas vertientes, consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social (de 2 a 3 horas de consulta diaria para un cupo de población amplísimo) a su vez sin vinculación orgánica ni funcional con otros servicios.

En resumen, con contradicciones, confusión, inseguridad, y temor en el desarrollo de los cambios imprescindibles en lo sanitario, los poderes públicos se circunscribieron básicamente e insuficientemente a la expansión de la población cubierta por dicho sistema de la Seguridad Social, de carácter y modelo mutual, no de cobertura universal como derecho ciudadano constitucional, que sólo surge en los ochenta a partir de la iniciativa del primer gobierno socialista, que inicia sus trabajos en Sanidad con el Ministro Lluçh y el Subsecretario, Pedro Sabando, y publican la Ley General de Sanidad en 1986. Una Ley fundamental que supone gran apuesta y empeño frente a la potente y activa confrontación entonces de intereses de grupos médicos, ideológicos y políticos organizados, a partir de la cual se establece progresivamente el Sistema Nacional de Salud, como veremos más adelante.

Durante la Transición la producción de información para la mejora de la planificación sanitaria, así como su calidad, eran escasas. Datos tan básicos para diseñar y planificar cambios, como el número de personas con cobertura sanitaria y su evolución temporal desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, eran desconocidos, manejándose cifras aproximativas con diferencias entre sí de varios millones.

Lo mismo ocurría con los recursos humanos y materiales y su distribución en el territorio del Estado. Por eso se realizaron estudios y propuestas (informes, libros blancos, pactos, etc.), pero no generaban cambios en el ámbito sanitario. De hecho, la existencia de una amplia coincidencia acerca de la necesidad apremiante de cambiar sustancialmente el sistema sanitario, no generaba cambios por sí misma.

Antes al contrario, y hasta mitad de los 80, los principios regidores, organizativos, el modelo de financiación, el modelo de atención, etc. se caracterizaron por la

continuidad con la etapa anterior a la Transición, el final del Régimen Franquista.

Los resultados de las encuestas a la población y a los médicos mostraban el descrédito de la Seguridad Social, la falta de confianza de los ciudadanos y una opinión mayoritaria y generalizada, pero no organizada, entre los médicos de la necesidad de reforma.

Existía un consenso acerca de importantes vacíos de la cobertura sanitaria española:

- No era un derecho constitucional del ciudadano, sino que seguía un modelo mutual, es decir, que dependía de la condición de recibir una nómina (y aún con ello había sectores de producción excluidos).
- La población cubierta recibía diferentes prestaciones de servicios en función del régimen al que estuviese adscrita. No se concebían los principios de universalidad y el de equidad.
- Los trabajadores autónomos en muchas ocasiones no realizaban contribuciones impositivas burlando el fisco, con lo que quedaban al margen del sistema de prestaciones sanitarias, como también quienes no habían trabajado nunca y no estaban casados con alguien que sí contase con contrato laboral fijo.
- No existía la Atención Primaria y las prestaciones de la Medicina General –hoy desaparecida, todos los profesionales del SNS son especialistas- eran deficientes. Además, los médicos contaban con horarios muy restringidos y cupos de población muy altos, no se contaba con historias clínicas, etc.
- El número de camas hospitalarias, en crecimiento, era el más bajo de Europa y las urgencias estaban saturadas.
- La organización y gestión del sistema estaba fragmentada entre diversas instituciones con falta de coordinación entre ellas.
- Se contaba con un modelo de atención asistencialista, rígida y estereotipadamente *medicalizado* y una visión biologicista y parcializada de la salud.
- El modelo de formación de médicos especialistas era muy deficiente y no existía la *formación continuada* para los médicos de la Seguridad Social.
- La hospitalización psiquiátrica era la prestación sanitaria pública de Salud Mental más establecida y definida (a través de la Ley de Bases de la Seguridad Social) y se prestaba en los hospitales psiquiátricos dependientes de las diputaciones provinciales, al margen de la organización sanitaria estatal de la Seguridad Social.
- Las consultas ambulatorias de SM existentes en la Seguridad Social eran las de Neuropsiquiatría (2h30m de consulta para un neuropsiquiatra -hoy esta especialidad no existe- que atendía diariamente entre 15 y 30 pacientes), de prestaciones muy limitadas y biologicistas.
- El estado calamitoso de la asistencia psiquiátrica era enfrentado en y por muy importantes *conflictos psiquiátricos* que denunciaban aquella

asistencia mayoritariamente manicomial con enfermos institucionalizados, deshumanización de la atención, frecuente estado calamitoso de los centros, etc. Una asistencia que era preciso superar.

- El vacío en la formación y el pensamiento psiquiátricos -con dominancia de un biologicismo especulativo- eran hechos lamentables que a su vez anclaban las praxis dominantes.
- Tal vez por todo ello, los debates, los diseños y desarrollos alternativos para alcanzar la meta de la superación del hospital psiquiátrico y la modificación del modelo asistencial y del pensamiento clínico-asistencial, fueron ricos y profundos, generando ideas avanzadas y praxis en línea con aquellas, si bien con un carácter muy limitado a algunos centros específicos en el Estado que en general fueron reprimidos mayoritariamente en la primera mitad de los setenta.
- La necesidad no atendida de nuevos profesionales en la atención sanitaria pública era un hecho incontrovertible, destacadamente los psicólogos, cuyos primeros titulados universitarios salen de las facultades a mitad de los setenta, si bien quedaron globalmente fuera del sistema sanitario durante los primeros años (Olabarria, 2003b).

Ante la situación de la asistencia psiquiátrica mayoritariamente de carácter manicomial, periférica y, en tantas ocasiones, terrible, en 1976 y como única consecuencia del inoperante Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Sanitaria de 1975 se asignaron fondos para la asistencia psiquiátrica, que no sólo resultaron muy insuficientes, sino que quedaba definida como prestación social, no sanitaria. Se aumentó así su marginalidad. El impacto efectivo de este Informe resultó inapreciable (García, Espino y Lara, 1998).

Hemos de considerar que la Seguridad Social, con todos sus defectos, era una enorme organización que realizaba como principal organización sanitaria pública del Estado prestaciones a muy importantes sectores sociales (Gonzalo González et al., 1985). Además no existían procedimientos adecuados de información sanitaria producidos por el sistema, por lo que el conocimiento de su que-hacer, su eficacia, eficiencia, etc. eran limitados y deficientes.

La conciencia pública en torno a la necesidad de la reforma sanitaria se había iniciado antes de la Transición, desde el inicio de los setenta a través de la conflictividad protagonizada por los primeros MIR, en torno a la asistencia y específicamente a la formación de los especialistas. Reclamaban reformas en los contratos y derechos laborales, cambios en la atención sanitaria y en la formación, y, junto a ello, en el régimen político.

De este modo, durante la Transición se desarrolló un significativo eje de *pensamiento sanitario* y la idea del cambio alcanzó fuerza e identidad.

Lo que se produce con carácter singular desde al final del *Franquismo*, en la Transición y primeros ochenta es la participación de múltiples actores en múltiples escenarios (y su importante interrelación) en el gran debate sobre las reformas

imprescindibles, entre ellas la sanitaria y, dentro de esta, la de Salud Mental (SM). Aparecen múltiples publicaciones incitadoras de tomas de decisión y de posición.

Grupos de profesionales (en el campo de la SM, la AEN, y en organización corporativa la Sección de Psicología del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados, que desaparece a partir de la creación del Colegio Oficial de Psicólogos en 1979) apostaron por reformas profundas en los modelos de atención. También colaboraron activamente los diferentes partidos políticos y los sindicatos recientemente legalizados.

Especial relevancia habían alcanzado en los setenta los “conflictos psiquiátricos” habidos en algunos hospitales psiquiátricos del Estado, mayoritariamente manicomios, donde jóvenes profesionales y especialistas médicos en formación habían desarrollado modelos de asistencia con praxis alternativas, incorporando ideas procedentes del exterior, enriqueciéndolas con especificidades valiosas, considerando el pensamiento y modelo psiquiátrico dominante retardatario, porque marcan el inicio y desarrollo de unos movimientos muy relevantes en la primera mitad de los setenta que se extienden por gran parte de España durante la década de los 70 llegando al inicio de los 80 (González de Chávez, 1980). Logran concitar y vertebrar apoyos diversos como el del movimiento estudiantil, particularmente entre los estudiantes de Psicología y desde luego entre médicos de otras especialidades y entre otros espacios y fuerzas sociales.

Los *conflictos* producidos a partir de los objetivos planteados y las acciones desarrolladas -no exentas de profundos debates-, fueron rápidamente objeto de importantes y graves tensiones con el régimen político, tuvieron muy frecuentemente costes personales (despidos, ruptura del proceso MIR, exilios, obligadas búsquedas de trabajo en países extranjeros...), “cierres” o finales duros, auténticos “ataques” de organizaciones profesionales corporativas. Paralelamente, la organización médica colegial había sido denunciada reiteradamente por su alejamiento del colectivo profesional produciéndose fuertes cuestionamientos de su legitimidad y representación desde distintos ámbitos democráticos.

Tal vez por ello la influencia colegial/corporativa de los médicos en los debates sobre la salud y la reforma sanitaria no fue relevante (a excepción de las presiones para la evitación de cambios). De hecho se abrieron otros múltiples escenarios donde participaron diferentes profesionales y grupos interesados, entre ellos los médicos jóvenes, los MIR y también los primeros jóvenes licenciados con currículum específico en Psicología en la primera mitad de los setenta. Todo ello con una presencia frágil y pequeña de la Psicoterapia en España.

Se abrió una nueva dirección con el entramado de intercambio-reflexión-ideas-acción que supieron generar, modificaron el contexto en ideas, valores, metas, objetivos, formación, diseños de servicios, comprensión de la asistencia y la atención pública a la Salud mental. Conviene aquí añadir la capacidad que tuvieron de obtener crédito, de aportar pensamiento, discurso, objetivos, de generar movimiento entre colegas, con lo que el soporte obtenido en entramado permitía afrontar las

enormes dificultades que existían. Ideas persuasivas e idiosincráticas. Abrieron una reforma epistemológica de profundo calado cuya huella es hoy perceptible aún en este momento de posible reversión involutiva en diferentes vertientes. Es en el marco de esta reforma donde se inicia progresivamente la incorporación sustantiva de la Psicoterapia a los servicios públicos de SM, al SNS.

Así, desde una calamitosa situación asistencial y en los contextos políticos de la Dictadura, la Transición y primeros años de afianzamiento democrático, se empieza a pensar y establecer cambios de radical impronta en los hospitales psiquiátricos hacia su superación, en la concepción del que-hacer con los procesos de participación democrática interna, en los derechos de los pacientes y sus familias, en las ideas y praxis asistenciales y a establecer nuevas líneas de asistencia y formación considerando el contexto, la comunidad. Y también después a avanzar hacia el diseño y realización una red de servicios de SM diversificada, pluridisciplinar, atenta a los modos de atención, respetuosa con los ciudadanos y su sufrimiento, en la escucha, en los derechos, que supusiera la superación del hospital psiquiátrico y estableciera líneas de actuación comunitaria y de servicios diversificados desde una óptica de continuidad de cuidados, nuevas concepciones en el que-hacer clínico, en la conformación de equipos interdisciplinarios. Pensaron también la psicopatología y la clínica rompiendo los moldes viejos, rígidos y duros existentes; la mirada y la escucha hacia la Psicoterapia adquiere relevancia. Años más tarde la OMS (2000) define su nuevo paradigma de Atención en Salud Mental que viene a recoger muchas de las ideas, propuestas y ejecuciones realizadas en España en los 70 y los 80.

Creo poder decir que tanto los alcances de las realizaciones como su modernidad resulta hoy a todas luces sorprendente. Como también que hoy resulten en grandes sectores de nuestro contexto inmediato desconocidos, siendo sin embargo contexto significativo de la incorporación de la Psicoterapia al SNS, como veremos más adelante.

Acerca de la formación de especialistas en España

El Ministerio de Sanidad -con el acuerdo del Ministerio de Educación- tiene la competencia sobre el establecimiento de las Especialidades sanitarias. El Sistema Nacional de Salud cubre sus plazas asistenciales, las plazas de sus servicios sanitarios, con estos especialistas (*facultativos sanitarios* en las plazas de titulación superior). No existen en el Sistema Nacional de Salud plazas generalistas en ningún ámbito de conocimiento. La formación de los especialistas sanitarios (de Medicina y de otras disciplinas sanitarias, entre ellas la Psicología) se adecúa al Modelo de Interno Residente. Este Modelo supone que, tras la superación de un examen de acceso a la formación especializada, esta se realiza como ejercicio profesional (reglado en jornadas laborales y pagado), tutorizado, con progresivas cuotas de responsabilidad asistencial, en base a un programa único realizado en servicios sanitarios especializados que deben alcanzar parámetros de calidad definidos y configurar una red de prestaciones diversificadas que a su vez están dirigidas a

los diferentes tramos de edad de la población y siguiendo un programa formativo específico de la especialidad de que se trate. Este Modelo se instaura como el sistema de formación de especialistas en 1984 (RD 127/1984), (Espino y Olabarria, 2003). La mayor parte de las especialidades cuentan con una duración de cuatro años, entre ellas la Psicología Clínica, creada legalmente en 1998 (RD 2490/1998).

Podemos ver que este modelo de formación de especialistas está muy alejado, no se superpone ni es equivalente a un programa de formación de postgrado con prácticas supervisadas.

Se trata de un proceso estructurado acorde con un modelo sanitario y sus demandas y necesidades, adecuadamente normativizado y muy positivamente valorado tanto fuera como dentro de nuestras fronteras por sus excelentes resultados en cuanto a la capacitación de los especialistas sanitarios. Su calidad y eficacia obliga a la consideración progresiva de nuevos desarrollos en los que trabaja la Comisión Nacional de la especialidad de que se trate. Las especialidades superiores de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud son Psicología Clínica y Psiquiatría, y son estos profesionales quienes cubren la atención de los tres niveles de Prevención de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. En los programas formativos de los Servicios de Salud Mental que obtienen la condición de *Unidades Docentes Acreditadas* (UDAs) para la formación de estos especialistas, no está incorporada de manera adecuada/suficiente la Psicoterapia, que, sin embargo, se realiza en dichos Servicios Públicos, como veremos más adelante.

Proceso de construcción en el marco europeo de la Sanidad Pública, algunos antecedentes significativos y el SNS en España hoy: Incorporación legal de la Psicoterapia

Al final de la Segunda Guerra Mundial, la mayor parte de Europa estaba hundida por los estragos de la guerra. La pobreza, el hambre, la destrucción existente, la falta de empleo, eran dominantes y afectaban a millones de personas. Esa situación extrema llevó a algunos países a desarrollar políticas con la intención de afrontar tanto sufrimiento. Se produjo un marco de ideas y contribuciones para crear lo que pronto se denominó el *Estado de Bienestar*, que buscaba ser un contrapunto relevante, una puesta de límite reguladora, al hegemónico capitalismo liberal que había en Europa, estableciendo progresivamente acciones para una base de igualdad de los ciudadanos.

También hay que referirse al marco político-ideológico: derrotada Alemania, la Unión Soviética se convirtió en el enemigo de Occidente y representaba y quedaba definido como una amenaza por su exportación de políticas revolucionarias anti-capitalistas. En Europa, con una amplia trayectoria democrática, el enfrentamiento reconstructor de las sociedades castigadas con la Segunda Guerra Mundial requería de un plan sostenido en el tiempo, lo que planteó un modelo alternativo de hacer política dentro del marco de una economía capitalista. Una política de carácter reformista comprometida con la democracia representativa, incluyendo, de mane-

ra relevante, la justicia social considerando el *mercado* sujeto a regulaciones que permitieran redistribuir riqueza generando servicios públicos en ámbitos centrales (Sanidad, Educación, Derechos Laborales y Servicios Sociales, principalmente) a través de la progresividad fiscal. Europa quedó dividida en dos bloques en línea con cada uno de los modelos socioeconómicos dominantes tras la victoria de la II Guerra Mundial y se estableció la Guerra Fría.

El *Estado de Bienestar* no podía quedar dependiente del mercado y de los flujos financieros, por lo que se planteó la financiación pública para poder asegurar la cobertura de derechos sociales de la población y, entre ellos, destacadamente, la asistencia sanitaria pública.

El electorado de Gran Bretaña, los ciudadanos, en 1945 no votaron a Winston Churchill pese a que había sido un gran líder ganador de la Segunda Guerra Mundial. La ciudadanía optó por el Partido Laborista y el primer ministro fue Clement Attlee. Desde su llegada al poder, trabajó por el objetivo de avanzar hacia la conformación del Estado de Bienestar. Para ello la creación de una Sanidad Pública, fue un escalón primero y fundamental: pusieron en marcha el Servicio Nacional de Salud en julio de 1948. El Reino Unido fue pionero en implantar el primer Servicio Nacional de Salud en el mundo y en la historia.

En España, poco más de 10 años después de la muerte del dictador, en 1986, se crea un Sistema Nacional de Salud público de calidad, gratuito y universal con la promulgación de la Ley General de Sanidad (14/1986). Esta ley se elaboró en la primera legislatura dirigida por Felipe González que entra en el Gobierno con el Partido Socialista en 1982. Era Ministro de Sanidad Ernest Lluch y el Subsecretario, el doctor Pedro Sabando. Hay que decir que el Sistema Nacional de Salud se inicia en un marco de una gran crisis económica (Fundación Foessa, 1983).

Pero no se partía de cero. Vamos a irnos un poco más atrás para ver los caminos, los procesos, los desarrollos que supusieron creación de servicios públicos y de prácticas públicas sanitarias anteriores a todo esto.

Nos vamos a situar -ahora que estamos en el marco de una pandemia nueva con un virus nuevo y desconocido (el coronavirus)- en 1853, en donde como consecuencia de la segunda epidemia de cólera que había causado en España 200 mil muertos (y arrasado la población europea y mundial), la reina Isabel II promulga la primera Ley de Sanidad. Era presidente el General Espartero. Esta Ley es actualizada en la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904 -fue un real decreto reinando Alfonso XIII- y se aprueba primero con carácter provisional. Es don Antonio Maura, poco después, quien firma dicho Decreto. Precisamente en ese momento desaparece lo que había existido hasta aquel momento dentro de la Administración pública, que era la Dirección General de Sanidad. Este Decreto fue importante porque esta norma abandona lo que Pedro Sabando ha llamado en diferentes ocasiones: “la sanidad defensiva”, basada en cuarentenas, en cordones sanitarios para pasar a la sanidad que se llama en la época “la sanidad ofensiva” basada en las inspecciones e instrucciones (Sabando, Torres-González y Lamata

Cotanda, 2020).

Durante la Dictadura de Primo de Rivera se toman dos medidas significativas en la historia de la Sanidad española. En 1900 se crea la Escuela Nacional de Sanidad para la formación técnica del personal sanitario, en 1927 se fusionan en un cuerpo único de Sanidad Nacional los tres entes de sanidad: exterior, interior e instituciones sanitarias de manera tal que todos pueden trabajar en las distintas áreas.

En la Segunda República se abordan con rapidez reformas que pretenden ser en profundidad. Son pocos años, pero muy intensos. Se abordan reformas que van desde la organización de los recursos, entre ellos los que van a prestar atención a la Salud Mental, hasta criterios para la desinfección y desinsectación. Previamente, en 1932, Largo Caballero había encargado al Instituto Nacional de Previsión un Proyecto de Ley acerca del Seguro de Enfermedad, Invalidez, Vejez, Maternidad y Muerte como desarrollo del artículo 46 de la Constitución. En 1935 estaba elaborada una propuesta de proyecto de ley acerca de un Seguro Obligatorio de Sanidad y, de hecho, ese mismo año se crea por primera vez el Ministerio de Sanidad.

En 1942, con la creación (por un relevante Ministro falangista del primer gobierno franquista, Girón de Velasco) del Seguro Obligatorio de Enfermedad recién terminada la Guerra civil, se establece por primera vez un sistema generalizado de atención a la enfermedad. Este Seguro garantizaba al trabajador, a través del pago de una cuota (otra cuota mayor la pagaba la empresa paralelamente), prestaciones sanitarias que ejercían profesionales médicos pagados por el Seguro Obligatorio. Es la base para el desarrollo de una estructura sanitaria ambulatoria y, posteriormente, hospitalaria. Más aun cuando en 1944 se promulga la Ley de Bases de la Sanidad Nacional. De hecho, si bien la asistencia de carácter ambulatorio se va desarrollando en toda España –aunque con grandes diferencias entre las zonas rurales y las ciudades–, hasta mediados de los sesenta no empiezan a construirse los grandes hospitales progresivamente (Segovia de Arana, 1971). Se había producido, a partir de los años sesenta particularmente (con el *Desarrollismo*), un desarrollo científico y tecnológico de la Medicina que tiene su traducción en estos soportes de la Sanidad que habían comenzado con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, base de lo que fue pocos años más tarde, la Seguridad Social. En todo este esfuerzo la atención sanitaria a la Salud Mental era psiquiátrica y se circunscribía en la Seguridad Social a las consultas de Neuropsiquiatría, como antes ha quedado reseñado, y fuera de la Seguridad Social, básicamente a los hospitales psiquiátricos o manicomios.

A partir del año setenta y siete y bajo la presidencia de Adolfo Suarez, se elaboraron las primeras reformas sobre la Sanidad heredada del periodo franquista. Los gobiernos de UCD tuvieron dificultades o no quisieron hacer una Ley de Sanidad que diera cumplimiento a los artículos 43 y 49 de la Constitución Española de 1978. Incluso en 1980, el ministro Rovira zanjó el debate que estaba vivo con una afirmación rotunda: “no a un Sistema Nacional de Salud”. Se desprendía que el Gobierno de entonces se mostraba partidario de una provisión privada de los servicios sanitarios sin tener en cuenta la red de hospitales y ambulatorios de

la Seguridad Social que se habían construido durante el Régimen anterior. Pero el pensamiento sanitario de la izquierda se fue desarrollando en sintonía con los movimientos democráticos contrarios a la Dictadura y con un amplio espectro de participantes como ya ha quedado dicho. Todos estos sectores demostraban un denominador común que era que, sobre la base de la herencia recibida, debía articularse un sistema sanitario de cobertura universal y financiación por impuestos que debería recoger y complementar la estructura existente. El horizonte era la creación de un Servicio Nacional de Salud en línea con lo desarrollado en el Reino Unido.

Hay que tener en cuenta que era una situación complicada por muchas razones: había varias redes asistenciales sin coordinación, la principal la de la Seguridad Social. Pero estaban también las de las Diputaciones provinciales, las de los Ayuntamientos con responsabilidades sanitarias de distinto tipo, incluso con pequeños hospitales con camas y otras. Había en aquel momento una gran confusión (Lamata, 2011).

Los trabajos para gestar la Ley General de Sanidad se inician en 1983 como antes ha quedado señalado, con la llegada al Gobierno del Partido Socialista. Los principios inspiradores de una Ley General de Sanidad, con el proyecto del Servicio Nacional de Salud, eran: la cobertura universal y gratuita de las necesidades sanitarias, la financiación pública directamente desde los presupuestos del Estado, la descentralización autonómica de la gestión, la integración de todas las redes sanitarias, la provisión de servicios a través de los centros y profesionales públicos y la organización territorial de salud en áreas y zonas básicas cubriendo los tres niveles de Prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria. Además, esta orientación contaba con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y el diseño de estructura como Servicio o Sistema Nacional de Salud era una propuesta que se consideraba satisfactoria en los foros sanitarios internacionales.

Los primeros borradores de Anteproyecto de Ley General de Sanidad que se inician en 1983 con comisiones específicas a este respecto, fueron muy importantes y objeto de múltiples debates. Hay que tener en cuenta que en esos momentos arrieron las críticas y descalificaciones por parte de Alianza Popular y fueron aliados protagonistas el Consejo General de Médicos y los sindicatos médicos, que desarrollaron una dura campaña contra el desarrollo de una Ley General de Sanidad que introdujese la creación de un Sistema Nacional de Salud. Diez años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986, en 1996, el Partido Popular accedió al Gobierno y el Ministro de Sanidad, Romay, no la derogó como había sido anunciado durante años por Alianza Popular. Al revés, en 1997 el Ministro Romay aprobó el dictamen para “avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso”. Este dictamen fue muy importante porque significaba la aceptación por el Partido Popular del modelo que se desprendía de la Ley General de Sanidad 14/1986 y es, por lo tanto, una situación que cierra la base del consenso que determina la consolidación del Sistema Nacional de Salud

(hablaremos brevemente después de las reformas introducidas a partir del 2012 que suponen una contrarreforma).

En la época de gestación de la Ley General de Sanidad y puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud (SNS), hay que tener en cuenta que había una crisis económica importante (González Catalá y Merino, 1985) y se instauraba, junto al miedo, prudencia en la expansión del gasto (Lamata y Oñorbe, 2014).

Elemento sustancial de la Ley General de Sanidad es, sin duda, el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria de todas las personas que viven en el país. La *universalidad* de la atención sanitaria de calidad es una de las conquistas más importantes de la humanidad y en España fue fruto de un empeño de miles de personas a lo largo de años defendiendo el desarrollo de bases para la igualdad y una distribución más justa de la riqueza. Naturalmente este derecho es reversible y ha vuelto a aparecer el debate (más bien la lucha), entre quienes defienden que la Sanidad no es un derecho sino un problema de cada ciudadano; un ámbito donde, por lo tanto, cabe el negocio -la salud como “nicho de negocio”- (Gonzalo, 1985). Un debate, decía, entre aquéllos y quienes pensamos que el derecho a la salud, a la atención sanitaria, debe estar garantizado por el Estado y financiado por un sistema fiscal progresivo.

La Salud Mental quedó incluida en el capítulo 20 de la Ley General de Sanidad 14/1986. Algo muy singular pero que se pensó necesario considerando que era imprescindible un cambio radical tanto de modelo de atención como de recursos, y la integración en el SNS resultó clave.

La Constitución de 1978, al crear un Estado autonómico, cuasi federal, condicionó uno de los rasgos importantes de nuestro sistema sanitario, que ha sido una fuerte descentralización. Otro rasgo fundamental es el modo de financiación del Sistema Nacional de Salud. La Constitución lo dejó definido en el Artículo 31 de una manera genérica estableciendo en sus ítems 31.1 y 31.2, que para garantizar la financiación, el gasto público realizaría por la asignación de fondos estatales con impuestos progresivos.

No cabe duda que con la Ley General de Sanidad se alcanzaron logros importantísimos que posteriormente y durante años instauró la creencia generalizada de la imposible modificación hacia el retroceso del SNS. La contrarreforma que se inicia en el 2012 en el contexto de la crisis financiera del 2008 demostró que la firmeza del Sistema Nacional de Salud que se construye desde el año 1986, no era irreversible.

Hay que decir que hoy en día el Sistema Nacional de Salud español es uno de los Sistemas de Salud del mundo con un Catálogo de Prestaciones (“Cartera de Servicios”) más amplio, que incluye la Salud Pública, la Atención Primaria, la Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria, la rehabilitación, prestación farmacéutica, productos sanitarios, urgencias, transporte sanitario, etc. con altos niveles de calidad (Schütte, Marin Acevedo y Flahault, 2018).

El Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del

Sistema Nacional de Salud actualizó el primer catálogo, que era insuficiente, de las prestaciones incluidas en el Sistema Nacional de Salud (Olabarría, 1997) y lo central, en relación a la Psicoterapia, es que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, estableció la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. La existencia de dicha Cartera es central por cuanto establece las prestaciones obligatorias en el SNS e incluye la Psicoterapia entre esas prestaciones obligadas del SNS en España.

Como antes decía, el Real Decreto 16/2012 ha supuesto una marcha atrás en el reconocimiento de las prestaciones con financiación pública y se ha ido procediendo a lo largo de estos últimos años en la gestión de gran parte de las Comunidades Autónomas, a aumentar la gestión privada con conciertos, privatizaciones y concesiones a largo plazo. De manera tal, que en 2016 la proporción de gestión pública de la sanidad financiada públicamente, aunque sigue siendo mayoritaria, ha bajado al 70% sin contar farmacia.

En los últimos años el freno a la inversión pública y el aumento de gasto privado aún está alterando más este equilibrio (López-Valcárcel y Barber, 2017). Se trata de una auténtica *contrarreforma* basada en un discurso neoliberal sobre la supuesta mayor eficiencia de la gestión privada que se ha impuesto en los gobiernos conservadores de España y de varias Comunidades Autónomas (y fuera de nuestras fronteras), aunque no se haya demostrado e incluso sean muchos los autores de Salud Pública que defienden que es radicalmente falso (Tanzi, 1988). Esto parecería evidenciarse si comparamos el sistema sanitario con mayor gestión privada -lo tiene Estados Unidos- con los sistemas con mayor gestión pública europeos, donde la eficiencia es mucho mayor: en los de gestión pública, con la mitad de gasto sanitario en relación con el PIB, consiguen mejores resultados en salud y accesibilidad (Miller y Lu, 2018).

Bases y retos para una adecuada prestación de la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud

Conviene decir ahora que con la breve e intensa historia de la Psicoterapia en España se produce un importante desarrollo de los distintos modelos teórico-técnicos o de las distintas escuelas psicoterapéuticas.

La Guerra Civil había truncado el potente desarrollo de la Psicoterapia iniciado durante la II República, llevado al exilio a sus protagonistas y condenado a los que quedaron a lo que se dio en llamar un “exilio interior”.

El final de los sesenta y los primeros setenta, con sus movimientos políticos, culturales y a veces científicos, impregnaron también España y ya durante el Franquismo se obtuvo la apertura de algún servicio hospitalario (con convenio con la Seguridad Social) donde se realizaban prestaciones de Psicoterapia, destacando el Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz, dirigido por el prestigioso psicoanalista Dr. José Rayo. Por otro lado, y sin conexión alguna con la Sanidad Pública, se crean progresivamente los estudios universitarios de Psicología de la

mano de un psiquiatra exiliado que vuelve: El Dr. José Germain (Olabarria, 1995). Dichos estudios van logrando progresiva autonomía y entidad, con un peso específico predominante de la Terapia de Conducta en el ámbito académico, hasta el surgimiento de los primeros psicólogos licenciados en la primera mitad de los setenta.

El desarrollo de la Psicoterapia en España desde entonces hasta hoy ha sido importante, significativo, potente y ha obtenido un importante reconocimiento tanto entre los profesionales del Sistema Nacional de Salud y la población como fuera de nuestras fronteras. Pero este desarrollo significativo, tanto en lo que se refiere a la formación como al ejercicio, quedaba establecido como una práctica profesional privada desde una formación privada. Es decir, dentro de un modelo de contrato para un ejercicio de profesión liberal. El planteamiento de ofertar prestaciones de Psicoterapia a los ciudadanos en el SNS (Ministerio de Sanidad, R.D. 1030/2006) supone un alto reconocimiento y también un reto a consolidar en su desarrollo e implantación. Conviene ahora destacar que esta inclusión supone poner al alcance del SNS, de la globalidad de sus profesionales y desde luego de los ciudadanos, un saber riguroso y liberador que interviene de manera específica y singular sobre problemas de salud humanos.

Por otra parte hay que decir que llamar “Psicoterapia” a la Psicoterapia no deja de ser un cierto modo de convención, pues declina en diferentes escuelas y modelos teórico-técnicos muchos de los cuales se han venido comportando como rivales entre sí con fuertes descalificaciones entre ellos. No voy a proponer aquí una de las múltiples definiciones de Psicoterapia existentes (Mahoney, 1995), solamente decir que vamos a entender la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud como una aplicación sistemática de técnicas y procedimientos reglados de carácter psicoterapéutico para abordar, como tratamiento, problemas referidos a trastornos mentales; si queremos, problemas de conducta, problemas relacionales, emocionales y afectivos del sufrimiento humano.

Además, la Psicoterapia tiene distintos posibles objetivos, uno de los cuales sería la atención sanitaria ante problemas de Salud Mental, es decir, para realizar tratamientos por la presencia de psicopatología o por indicaciones precisas como propondré más adelante. Pero como sabemos, la Psicoterapia puede tener otros objetivos: desarrollo personal, afrontamiento de problemas... y solamente uno de ellos, el primero definido, es compatible con las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, y Mass Hesse, 1997).

Por tanto, ejercer la clínica psicoterapéutica en el Sistema Nacional de Salud significa el establecimiento de algunas condiciones que son imprescindibles en el mismo. Entre ellas, además del rigor, el establecimiento de parámetros de eficacia y eficiencia que deben ser visualizables. Y al mismo tiempo, es preciso avanzar perfilando las indicaciones de Psicoterapia dentro de los Servicios de Salud Mental.

Esas condiciones no sólo son necesarias, sino que son posibles (como la praxis psicoterapéutica en los Servicios de SM viene demostrando), pero su desarrollo

enfrenta la frecuente creencia de que la Psicoterapia que se puede realizar en los Servicios Públicos es de mala calidad o al menos de una calidad “de segunda”, mientras que la Psicoterapia en la práctica privada sería la que verdaderamente alcanzaría el nivel de calidad exigible. Una creencia de base frágil, pues la Psicoterapia en el ejercicio privado tiene una condición que frecuentemente se oculta: que el acceso está limitado al nivel de renta del ciudadano que la necesita y supone al tiempo, un modo (“favorable”) de selección de casos (de pacientes, de población) a atender, lo que no se puede producir en el SNS. Al revés, las condiciones del ejercicio de la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud, podemos decir que multiplican los efectos terapéuticos y la llegada al conjunto de la población. Y el que tengan algunas variables diferentes que, naturalmente, condicionan el marco de actuación, no significa que lleven aparejada una calidad de segundo nivel si atendemos a la visibilidad de la actuación del profesional y de los efectos que produce. Como sabemos, esta visibilidad es mucho menor (a veces dramáticamente menor) en un ejercicio liberal.

Los profesionales facultativos especialistas que trabajan en los Servicios Públicos de Salud Mental (en cualquiera de los tres niveles de atención: Primaria, Secundaria y Terciaria) ofreciendo formas eficaces de tratamiento para trastornos mentales no consideran el límite definido por el nivel de renta del paciente -que en ese caso es un cliente-, sino por su pertinencia en el caso de que se trate, los recursos públicos para afrontar una Psicoterapia, su indicación como tratamiento de primera elección o como tratamiento combinado, así como la eficacia y eficiencia de su intervención en un sistema que se gestiona con gasto público, es decir, con el dinero de todos.

Mayoritariamente en los Servicios públicos de Salud Mental de España que prestan Psicoterapia, los tratamientos son breves y de objetivos limitados, lo que no significa que se obtengan bajos resultados. Son muchos los autores desde Haley (1994) hasta Lazarus y Fay (1994) que ya han definido que la mayor longitud de una intervención no demuestra mayor eficacia ni mejores resultados (Lambert, 2013). Hay que entender también que por *Psicoterapia Breve* la mayoría de los autores entienden una Psicoterapia que no sobrepase las 20 sesiones. Creo que este aspecto es importante porque los facultativos especialistas que ejercen la Psicoterapia, los psicoterapeutas del SNS, han establecido pragmáticamente y casi siempre de manera tan implícita como clara, un objetivo por consenso: el de conciliar las expectativas del Sistema Nacional de Salud y sus posibilidades reales con el rigor del conocimiento teórico-técnico que exige la Psicoterapia y la calidad de esta prestación sanitaria, haciendo progresivamente una oferta más abarcativa, y a su vez, haciendo más eficiente el sistema.

Como desarrollo de la Ley Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud quedó publicado, como ya antes he hecho mención, el Real Decreto 1030/2006, publicado en el BOE núm. 222, del 16 de septiembre del 2006, que estableció la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud donde se incluye la

Psicoterapia. Es necesario destacar que la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud compromete las prestaciones que la Administración Pública sanitaria oferta a los ciudadanos en todo el Estado con carácter obligado, obligado para los Servicios. Y queda la competencia de su organización y gestión en manos de las Comunidades Autónomas que son las que han de gestionar específicamente estos servicios sanitarios. Sin embargo, la oferta de estas prestaciones, siendo existentes y en un desarrollo imparable (no creo que exista Servicio de SM donde no se incluya la Psicoterapia), reconocido por los profesionales de otros servicios y valorados por la población, no cuenta con el ordenamiento y transparencia que el SNS precisa, siendo el perfil formativo y la iniciativa del profesional de Salud Mental de que se trate, elemento clave para el ejercicio de esta prestación.

Por ello es ineludible avanzar en el desarrollo de Programas y Unidades de Psicoterapia en el SNS, no dejándolo meramente a criterio de cada profesional, equipo o jefatura. Y esto ha de hacerse desde las modalidades de las necesidades de la población atendida, de las necesidades de los servicios sanitarios en relación con el dispositivo asistencial, desde la cultura del equipo, desde las necesidades de otros servicios (Educación, Serv. Sociales, Justicia, etc.) y de la comunidad. Y siempre atendiendo al rigor, el cuidado de la calidad y la búsqueda de resultados objetivables.

Este objetivo significa que tenemos por delante un camino para avanzar progresivamente, considerando fases o estadios operativizables en función de la situación existente en cada Área Sanitaria de cada Comunidad Autónoma del Estado con una garantía de eficiencia para usuarios, profesionales y el propio Sistema Nacional de Salud.

Elemento clave es cuidar la formación, la capacitación específica de los profesionales en tratamientos psicoterapéuticos. Y aquí vuelvo a recordar que el término "Psicoterapia" no presupone una orientación o enfoque teórico-técnico científico único definido, en realidad hay diferentes orientaciones teóricas, técnicas y aplicadas. La hoy frecuente creencia y concepción de algunos gestores de que Psicoterapia es conversar con el paciente o aplicar ciertas técnicas instrumentales, es un error. Además de ser un error es un riesgo. Es preciso arbitrar recursos eficientes en la propia red y apoyados por las Áreas Sanitarias con un modelo de formación permanente y sostenido en el tiempo. Es decir, dentro de lo que obligadamente está establecido en el Sistema Nacional de Salud para sus profesionales: la *formación continuada*. Necesitamos contar en el Sistema Nacional de Salud con profesionales formados y, además, con tiempo para el ejercicio clínico psicoterapéutico. La Psicoterapia puede ejercerse en tratamientos combinados que incluyan la prestación de psicofármacos pero también puede, debe y es un tratamiento de primera elección. Su ejercicio no requiere, en muchos casos, de la aplicación de ningún otro tratamiento, pero lo que sí requiere es tiempo del profesional. Por lo tanto, la escasez de recursos humanos que tienen los Servicios de Salud Mental, particularmente de psicólogos clínicos, suponen una base de déficit que resulta imprescindible corregir.

La Psicoterapia en el SNS, bien como tratamiento primero y único de elección, o en combinación con otras intervenciones, es el tratamiento elegido y pertinente de un gran número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud.

Es preciso, por lo tanto, avanzar en la definición de marco para la prestación, formación e implantación.

Marco para la actuación: Propuestas para la asistencia, formación e investigación en Psicoterapia en el SNS

Con el fin de ofrecer una Psicoterapia de calidad los Servicios Públicos de Salud Mental del SNS deben ofrecer Programas específicos con profesionales adscritos, objetivos definidos en dichos programas, psicólogos clínicos y psiquiatras con capacitación específica en Psicoterapia, acreditados como psicoterapeutas. Sus actividades deben ser evaluables, los programas deben ser flexibles y capaces de evolucionar de acuerdo a las necesidades de la población y a los cambios de la organización; y deben de tener tiempos asegurados para la agenda de los profesionales. Deberían desarrollar tratamientos en intervenciones psicoterapéuticas bien de eficacia demostrada a partir de la evidencia disponible, bien a partir del consenso de la comunidad clínico profesional y siendo evaluados sus resultados en términos de salud (Johnstone y Dalos, 2017; Jonstone et al., 2018).

Deberían desarrollar tratamientos, intervenciones y técnicas psicoterapéuticas breves, individuales, grupales, de parejas y de familias, tratamientos, intervenciones y técnicas focales de tiempo limitado y psicoterapias de apoyo dirigidas a pacientes crónicos y sus familias. Psicoterapia especialmente en trastornos graves de Salud Mental en los diferentes grupos etarios, en los trastornos de mayor prevalencia, en casos de riesgos evolutivos de cronicación, en las complicaciones psicopatológicas de crisis de ciclo vital en primera infancia, adolescencia, edad media y envejecimiento, y en complicaciones psicopatológicas de las crisis vitales accidentales. Y de manera complementaria, desarrollar intervenciones psicoterapéuticas para problemas de salud desarrollados en servicios diferentes a los servicios de Salud Mental, particularmente en Atención Primaria y en ingresos hospitalarios por diferentes patologías “físicas”.

El Sistema Nacional de Salud y, más específicamente, los Servicios de Salud Mental de cada Área Sanitaria de las distintas Comunidades Autónomas han de definir y facilitar públicamente la oferta de intervenciones y tratamientos psicoterapéuticos para cada nivel asistencial, primario, secundario y terciario. Y en cada uno de los niveles se debe de garantizar que sea un acceso equitativo, universal, ofrecido de manera no parcelada ni separado de otras intervenciones, atendiendo al contexto asistencial y al curso del proceso del trastorno.

Hay que tener en cuenta que además de los programas, los tratamientos psicoterapéuticos han de comportar la formalización de un contrato terapéutico. Un

contrato en el que se definan los objetivos, el número de sesiones, la duración de las mismas, el tiempo total del tratamiento e indicadores de calidad del plan terapéutico. Ha de presentar resultados de la intervención en todos los casos tratados en términos de cambios de salud. Cabe resaltar la pertinencia para ello de la observación de los *resultados de salud* como, por ejemplo, plantea en sus evaluaciones el Prof. Seikkula (Seikkula y Arnkil, 2016), que permiten la valoración de resultados de los tratamientos psicoterapéuticos en modelos respaldados por la comunidad científico-profesional, donde los diseños dominantes de evaluación hacia la *evidencia*, no han sido suficientes hasta ahora (Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010), en gran medida por la dificultad inherente a algunos modelos teórico-técnicos para ello, pero que cuentan con respaldo y crédito entre los psicoterapeutas.

Los profesionales que ejercen la Psicoterapia requieren una formación y una capacitación específica, no basta con ser psiquiatra o psicólogo clínico para ejercer la Psicoterapia. Debe requerirse una formación específica añadida en Psicoterapia para poder ejercer con responsabilidad clínica como facultativos especialistas de los Servicios de Salud Mental del SNS.

Dos ámbitos principales a desarrollar en la formación en Psicoterapia de los profesionales de la Sanidad Pública:

1. En la Formación de Especialistas: Es preciso desarrollar e integrar dentro de los programas de formación especializada de los residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría, formación progresiva en Psicoterapia a lo largo de los cuatro años de duración de la Residencia, con opción de elección de Psicoterapia en el tiempo asignado para rotación elegida libremente. Al tiempo, resulta procedente crear un Área de Capacitación Específica (ACE) en Psicoterapia, al que puedan acceder psicólogos clínicos y psiquiatras al finalizar su periodo de formación MIR y PIR como especialistas. También es precisa la creación de Unidades Docentes Acreditadas para la formación del ACE en Psicoterapia.

2. En la *formación continuada*: Es preciso considerar la formación en Psicoterapia en los planes de formación continuada de los Servicios Públicos de Salud Mental con un carácter estable y con sentido propio, diferente al sumativo. Es preciso realizar evaluaciones periódicas de las Unidades Docentes Acreditadas del Sistema Nacional de Salud y de los Programas y Unidades de Asistencia Psicoterapéutica.

Es relevante considerar el establecimiento y acreditación de supervisores por Áreas Sanitarias con evaluaciones periódicas, sostenidas en el tiempo (González Torres, 2019); supervisores psicoterapeutas acreditados, si es posible externos al Servicio. Cabe la *acreditación cruzada* de un profesional que supervise servicios de otro Área Sanitaria como supervisor externo.

Por otra parte, es relevante la inclusión de aspectos básicos en Psicoterapia, en pre-grado, en las diferentes titulaciones y asignaturas, para el conocimiento básico de la Psicoterapia de los estudiantes de Medicina y de Psicología.

Tenemos un marco sanitario con recursos finitos y con exigencia profesional y ciudadana. Hemos de alcanzar lo que requiere todo Sistema Nacional de Salud:

obtener el mejor tratamiento psicoterapéutico con un coste adecuado y sostenible. Por ello necesitamos desarrollar líneas de investigación dirigidas a la elaboración de criterios de eficacia, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos en las intervenciones y tratamientos psicoterapéuticos y el establecimiento de indicadores de salud que permitan la verificación de los cambios funcionales en salud en cada tratamiento psicoterapéutico. Por ello resulta de alto interés impulsar la investigación de procesos y de resultados en Psicoterapia, promover metodologías de investigación cualitativa, realizar creación de redes de investigación que permitan diseños potentes con tamaños muestrales importantes y apoyar la investigación en Psicoterapia desde las Agencias Públicas de investigación.

Algunas reflexiones y propuestas finales sobre la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud hoy

La *contrarreforma* puesta en marcha desde la publicación del Real Decreto de 2012 (RD 16/2012, BOE 98) con impacto de gran relevancia en Salud Mental debe ser frenada. El impacto de regresión de la atención a la Salud mental en ejecución, es enorme y, al tiempo, han de ser corregidas las insuficiencias que facilitaron el deterioro actual. Se están destruyendo activamente con las políticas neoliberales, las privatizaciones y los recortes, las bases de una atención sanitaria, base del Estado de Bienestar, favorecedor de las bases de la convivencia social (Lamata, 2014).

La preocupante política en curso en Salud Mental compuesta de imprevisión, ausencia de dirección, incapacidad de gestión, desorganización, insensibilidad, prejuicio, autoritarismo, deficiente gestión de los escasos recursos, cuando no de una ignorancia cómplice de intereses de la industria farmacéutica que apuesta por el biologicismo como modelo de atención, nos conduce hacia un horizonte sanitario con niveles de sectarismo, exclusión, sufrimiento personal y colectivo de enfermedad, de insolidaridad, de injusticia y de miedo que resultan insoportables.

En el marco de la defensa de la atención a la SM en el SNS, de la gratuidad y universalidad en el acceso a sus prestaciones, de acuerdo con quienes promueven la mejora del Sistema Nacional de Salud por la búsqueda de la equidad y por la protección de la salud de la población de manera eficiente y justa, es preciso buscar y promover la Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud, para ello:

- Ha de reafirmarse el carácter público de todos los bienes y servicios tanto en su titularidad como en su gestión. La salud es un bien colectivo, su protección es un derecho de todos, es expresión del igual valor de las personas, es condición para un desarrollo socioeconómico más justo. La salud no debe ser “nicho” de negocio en los Sistemas Nacionales de Salud, la Psicoterapia tampoco. La atención a la Salud Mental ha de regirse por los principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad y normalización; también de escucha y de respeto de los derechos humanos. Todo ello, sin duda, en la Psicoterapia resulta más accesible y directo. Los ciudadanos y el SNS han de tener la posibilidad de recibir sus beneficios.

- La Salud Mental ha de revitalizarse. Es precisa la comprensión multidimensional, la respuesta multiprofesional, la orientación comunitaria, la continuidad de cuidados, la atención y apoyo en el ámbito domiciliario, la intervención precoz, el trabajo de prevención y, desde luego, la Psicoterapia resulta un elemento clave para todo ello frente al empobrecimiento terapéutico y al imperio y abuso de la respuesta farmacológica como instrumento principal de atención.
- La Psicoterapia resulta una opción de intervención en Salud Mental que es frecuentemente elegida como la mejor por parte de las *guías de práctica clínica* existentes, siempre que tenga suficiente rigor y profundidad (Wampold, 2015; Wampold e Imel, 2019). En realidad en nuestros servicios sanitarios de Salud Mental, prácticamente todos los equipos afirmarán que tienen una perspectiva comunitaria y psicoterapéutica de “escucha”, pero eso no quiere decir que en su praxis incluyan ambas perspectivas y la conjunción de las mismas con rigor. Necesitamos una perspectiva en los equipos, una cultura de equipo, que haga que quienes ejercen la Psicoterapia en el SNS sean conscientes de que tratamos con personas que se hallan en la realidad fundamental de un mundo interno en un contexto relacional significativo. Nos encontramos con que existen los instrumentos, existen las necesidades, existen las actitudes que favorecen el ejercicio de la Psicoterapia.
- Hay una parte importante de dispositivos asistenciales públicos que cuentan con una oferta de psicoterapias y psicoterapeutas, pero también los hay donde prácticamente este recurso no se ejerce como tal más allá de las iniciativas particulares de un profesional dado. Es preciso acabar con esta ausencia de planificación y programación y avanzar al establecimiento público de programas de oferta psicoterapéutica.
- Es precisa la conformación de “actitud psicoterapéutica” en los profesionales, para lo que la cultura del equipo es relevante. La incorporación permanente de la Psicoterapia en la *formación continuada* resulta también en este sentido, elemento estratégico.
- Resulta relevante el conocimiento por los facultativos especialistas psicoterapeutas con capacitación específica, de dos modelos teórico-técnicos, uno de los cuales al menos ha de serlo en profundidad y otro con un nivel básico suficiente.
- Es imprescindible avanzar y sostener la investigación en Psicoterapia y difundir adecuadamente las evidencias que apoyan la utilidad de estos abordajes, teniendo en cuenta que la investigación debería quedar promovida tanto dentro de los modelos que por su diseño teórico-técnico están más cercanos a los modelos de otros tipos de tratamientos sobre todo médicos, como los que no lo están. Por ejemplo, la cirugía no puede regirse por el mismo diseño de evaluación de resultados en su investigación (González

Torres, 2019). Algunos modelos de Psicoterapia tampoco, o al menos con dificultad. Sin embargo, los resultados en términos de salud sí deben ser evaluados, conocidos y difundidos.

Son muchos los retos, son muchas las exigencias, pero es una tarea necesaria.

Referencias Bibliográficas

- Butler, G. y Low, J. (1994). Short-term Psychotherapy. En P. Clarkson y M. Pokorny (Eds.), *The Handbook of Psychotherapy* (pp. 208-225). Nueva York, NY: Routledge.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (M 23603-1985). Madrid, España: Ministerio de Sanidad.
- Constitución Española. Boletín oficial del estado (BOE). Madrid, España. 28 de diciembre 1978.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-89. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- España, Ley General de Sanidad 14/1986, de 29 de abril. Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, 102, 15207-15224.
- España, Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado, 31 de enero de 1984, 26.
- España, Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado de 2 de diciembre 1998, 288.
- España, Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, de 16 de septiembre de 2006, 222.
- España, Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 20 de abril de 1998.
- Espino, A. y Olabarría, B. (Eds.) (2003). *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Madrid, España: AEN.
- Fernández Liria, A., Hernández Monsalve, M., Rodríguez Vega, B., Benito Cano, T. y Mass Hesse, J. (1997). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental; resultados de un grupo de consenso. En A. Fernández Liria, M. Hernández Monsalve y B. Rodríguez Vega (Eds.), *Psicoterapias en el Sector Público: un marco para la integración* (pp. 143-163). Madrid, España: AEN.
- Francisco, Papa. (2013). Exhortación apostólica Evangelii Gaudium. 24 de noviembre 2013. Recuperado de : http://www.vatican.va/content/francesco/es/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html
- Fundación Foessa (1983). *Informe sociológico sobre el cambio social en España 1975-1982* (IV Informe FOESSA). Madrid, España: Euroamérica.
- García, J., Espino, A. y Lara, L. (Eds.) (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- González Catalá, V. y Vicente Merino, A. (1985). *Análisis económico-financiero del sistema español de Seguridad Social*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- González de Chávez, M. (2003). La generación de la democracia: De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 87-114. Recuperado de: <http://www.revistaen.es/index.php/frenia/article/view/16387/16233>
- Gonzalo González, B. Tejerina, J. I. y Ferreras, F. (1985). *Evolución y tendencias de la Seguridad Social durante la crisis económica*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- González Torres, M. A. (2019). Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 39(136), 189-203. Recuperado de: <http://ww.revistaen.es/index.php/aen/article/view/17106/16977>
- Haley, J. (1994). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas* (pp.27-44). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Longden, E., ... y Read, J. (2018). *The power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester, Reino Unido: British Psychological Society: Recuperado de: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- Johnstone, L. y Dallos, R. (2017). *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Lamata, F. (2011). *Atención sanitaria y redes de servicios* [Internet]. Madrid. Escuela Nacional de Sanidad. Recuperado de: http://62.204.194.45/fez/eserv/bibliuned:500611/n2.9_Atencion_sanitaria_y_redes_de_servicios.pdf
- Lamata, F. y Oñorbe, M. (2014). *Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud)*. Madrid, España: Bubok.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 169-218). Nueva York, NY: Wiley.
- Lazarus, A. A. y Fay, A. (1994). ¿Psicoterapia breve Tautología u oxímoron? En J. K. Zeig y S. G. Gilligan (Eds.), *Terapia breve: mitos, métodos y metáfora* (pp. 63-81). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- López-Valcárcel, B. G. y Barber, P. (2017). Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain. *Appl Health Econ Health Policy*, 15(1), 13-21. <https://doi.org/10.1007/s40258-016-0263-0>
- Mahoney, M. J. (1995). The modern psychotherapy and the future of psychotherapy. En B. Bongar y L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp. 474-488). Nueva York, NY: Oxford University.
- Miller, L. J. y Lu, W. (2018, septiembre 19). These are the economies with the most (and least) efficient health care. *Bloomberg*. Recuperado de <https://www.bloombergquint.com/global-economics/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>
- Olabarriá, B. (1995). José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España. *Clínica y Salud*, 6(1), 25-43. Recuperado de: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/76dc611d6ebaafc66cc0879c71b5db5c>
- Olabarriá, B. (Ed.) (1997). *La psicología clínica en los servicios públicos*. Madrid, España: AEN.
- Olabarriá, B. (1998). La formación especializada en psicología clínica: el PIR. En J. García, A. Espino y L. Lara (Eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (pp. 311-332). Madrid, España: Díaz de Santo.
- Olabarriá, B. (2003a). Introducción. En A. Espino y B. Olabarriá (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España* (pp. 19-26). Madrid, España: AEN.
- Olabarriá, B. (2003b). La Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la psicología: Antecedentes, proceso de institucionalización, formación especializada y formación continuada. Valoración, reflexiones y propuestas. En A. Espino y B. Olabarriá (Eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España* (pp. 131-216). Madrid, España: AEN.
- Olabarriá, B. y Anxo-García, M. (2011). Acerca del proceso de construcción de la psicología clínica en España como especialidad sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 223-245. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10363>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *World Health Report 2000, improving health systems performance*. Suiza: World Health Organization.
- Sabando, P., Torres-González, F. y Lamata Cotanda, F. (2020). *El Sistema Nacional de Salud. Pasado, presente y desafíos de futuro*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Schütte, S., Marin Acevedo, P. y Flahault, A. (2018). Health systems around the world – a comparison of existing health system rankings. *J Glob Health*, 8(1), 010407. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.010407>
- Segovia de Arana, J. M. (1971). *Seminario de hospitales con programas de graduados*. Madrid, España: Edición facsímil descatalogada.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona, España: Herder
- Tanzi, V. (1988). Tendencias generales del gasto público en los países industriales. *Papeles de Economía Española*, 37, 100-115.
- The Lancet. (2018). Editorial: Time to loosen the grip. *The Lancet* Vol 391, May 5, 2018.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000117-000>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. Nueva York, NY: Routledge.