

SOBRE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ¿UNA TAREA IMPOSIBLE?

Begoña Bevià Febrer. Enfermera Especialista en Salud Mental
Eva Maria Garcés Trullenque. Trabajadora Social Especialista en Salud Mental.
José Leal Rubio. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica

Han sido muchas las declaraciones favorables de las diferentes ministras de sanidad, pero de haber habido una voluntad política firme, tres años hubieran sido tiempo más que suficiente para sacar adelante la nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

No ha sido posible hasta el momento. Los redactores de este escrito, miembros del equipo de coordinación científica que ha elaborado la propuesta de una nueva Estrategia, dimitidos por voluntad propia en agosto de 2020, queremos expresar algunas de las circunstancias que han conducido a esta situación.

En noviembre de 2017, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales designa a un grupo de profesionales de diferentes disciplinas (Trabajo Social, Enfermería especializada en Salud Mental, Psicología Clínica, y Psiquiatría), para constituir el Comité Científico encargado de elaborar el documento de la nueva Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Con anterioridad habían sido elaboradas dos Estrategias en los períodos de 2006 al 2009 y de 2009 al 2013, ambas con la coordinación científica de Manuel Gómez Beneyto, que marcan un magnífico precedente y es referencia incuestionable. Posteriormente, un borrador desarrollado por otros coordinadores no fue aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud en su reunión de abril de 2016.

Con la designación de este equipo coordinador se daba cumplimiento al mandato del Consejo Interterritorial del SNS de 21 de junio de 2017 sobre la reorientación de la Estrategia de Salud Mental¹, y a la Proposición No de Ley sobre la Actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada ese mismo año. Esta actualización, propone un nuevo enfoque basado principalmente en los derechos de la ciudadanía, la integración social, la lucha contra el estigma, la prevención de la conducta suicida y el desarrollo de prácticas centradas en la recuperación de la persona dentro, todo ello, del modelo de salud mental comunitaria. El

¹https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Punto_19-Informe_reorientacion_Estrategia_SM%5B1%5D.pdf

cumplimiento del encargo elaboración de la Estrategia suponía una muy importante transformación de los parámetros en los que se movía el anterior borrador.

En la primera reunión, el equipo coordinador expresa al Ministerio que es importante sean incorporados, para participar en igualdad, representantes de organizaciones y personas usuarias de salud mental. Ello no se produce hasta que, con el cambio de Gobierno, la ministra Montón sustituye a la ministra Montserrat. (Desde el inicio de nuestro trabajo, desde noviembre de 2017 hasta agosto de 2020 ha habido dos gobiernos de diferente color político, cuatro ministras de sanidad y un ministro).

Hay que señalar el hecho novedoso que supone la elaboración de una Estrategia de Salud Mental desde una perspectiva ampliamente interdisciplinar, consensuada entre los diversos profesionales que intervienen en los servicios de salud mental y las organizaciones de familiares y personas usuarias. Se construía así un espacio de horizontalidad de los diversos saberes profesionales y los de los usuarios y rompía una jerarquización tradicional de dichos saberes, de los estatus y de las disciplinas. Con ello, entendimos, se reconocía la salud mental como construcción interdisciplinar y, en alguna medida, como campo transdisciplinar. Evidentemente esas aportaciones en igualdad habían de quedar reflejadas en el documento a elaborar y creemos que así fue.

El propósito del nuevo equipo coordinador era sacar adelante un texto abierto, consensuado, comprometido, que tratara, con todo respeto, de disminuir el predominio del peso y del lenguaje psiquiátrico en la salud mental incorporando otras perspectivas. Asimismo, nos propusimos reforzar la idea y práctica de una salud mental comunitaria, muy cercana humanamente al sufrimiento psíquico y a las personas que lo sufren, y preocupada por la transformación de los determinantes diversos que lo generan.

En tanto equipo interdisciplinar se requería un esfuerzo para el encuentro con el otro y con los diversos lenguajes en busca de nuevas maneras de definir los procesos de salud y enfermedad con términos incluyentes y no estigmatizantes. Esta cuestión forma parte algunas de las recomendaciones expresadas en los objetivos finales del documento de la Estrategia.

La primera tarea fue organizar los objetivos. El primero de ellos estableció los Derechos Humanos y el respeto a los valores como la dignidad y la autonomía de la persona como la base imprescindible de todo hacer en salud mental. A partir de ahí fueron siendo elaboradas las diversas líneas estratégicas, objetivos y recomendaciones generales que constituyeran un marco de

referencia teniendo en cuenta, además, los desarrollos de los planes estratégicos de las diferentes comunidades autónomas.

La experiencia de deliberación y debate, aunque no siempre fácil, fue altamente creativa. El diálogo interdisciplinar desde la horizontalidad, tan necesario, no es tarea fácil porque, aunque involuntariamente, el peso de poder y saber atribuido a las diversas profesiones sigue excesivamente jerarquizado. Para construir un proyecto desde la diversidad es necesaria la renuncia a algunos de los postulados originales de cada miembro.

La realidad es que muchas de esas renunciadas, para quienes escribimos estas reflexiones, han sido especialmente difíciles porque han afectado a propuestas que nos parecía muy importantes: la necesidad de una absoluta crítica a los diversos tipos de coerción y la necesidad de poner plazo a su extinción y a los tratamientos que no cuentan con la voluntad de las personas. Asimismo, ha afectado a la propuesta de mayor presencia y poder de las personas usuarias en los servicios de salud mental, al reconocimiento de su saber sobre sus malestares y el modo de hacerles frente, así como al aprovechamiento de éste a través de su incorporación a algunos de los dispositivos de atención, etc.

La propuesta de erradicación de las diversas prácticas coercitivas lo antes posible, la desaparición de la crítica hacia los diversos tipos de violencias aún existentes en los dispositivos asistenciales y la urgencia en la búsqueda de condiciones y formas humanas de contención nos hubiera gustado que quedaran reflejadas de forma más firme. Lo mismo ha pasado con las referencias al aún exceso de poder profesional, al difícil reconocimiento del saber de las personas usuarias, la formación especializada, la coordinación horizontal entre los equipos de salud mental, servicios sociales y otros, así como la dotación económica para el desarrollo de algunas de las líneas estratégicas.

El 6 de marzo de 2020, hace ya un año, en una reunión en la sede del Ministerio de Sanidad en Madrid se da por terminada la propuesta de texto definitivo de la nueva Estrategia de Salud Mental. Para llegar ahí fue necesario sobrellevar durante mucho tiempo una muy insuficiente infraestructura que fue mejorada en el último tiempo. También por parte del Ministerio se produjeron diversas postergaciones del proceso, de cuyas razones nunca fuimos informados a pesar de requerirlo.

El documento definitivo de la Estrategia de Salud Mental del SNS terminado, como hemos dicho, en marzo del año 2020 ha contado con la implicación de muchas personas, organizaciones varias,

responsables de los programas de SM de todas las Comunidades Autónomas, etc. Todas ellas han participado en la elaboración y revisión de los diversos borradores del equipo coordinador científico y sus propuestas han sido incorporadas en el texto definitivo.

Dos sociedades científicas (la Sociedad Española de Psiquiatría -SEP- y la Sociedad Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente -AEPNyA-) mostraron su desacuerdo con el documento y decidieron no darle su apoyo. Conocemos que una de las razones expresadas fue la no inclusión en el documento de la necesidad de crear la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. A pesar nuestra opinión favorable a ello el Ministerio se mostró inflexible en el tema porque, se nos decía, era competencia de otra dirección general. No conocemos las otras posibles razones planteadas por dichas sociedades profesionales, pero podemos decir que, salvo la referida a la especialidad, las demás aportaciones fueron incorporadas en el texto que decidieron no compartir. Nos cuesta entender que solo la especialidad haya podido ser un escollo tan importante como para detener un trabajo terminado que ha requerido tantos esfuerzos y que es tan necesario. Tal vez para entenderlo hay que conocer otras claves ajenas al tema concreto en el que estamos. En tanto proceso ampliamente participativo ha recibido muchas aportaciones y opiniones, pero algunas de las expresadas por quienes no dan su apoyo al trabajo realizado nos hubiera gustado que hubieran sido más respetuosas. En relación con ello queremos, no obstante, decir que ha sido un trabajo serio, pensado, fundamentado en conocimientos y experiencias profesionales rigurosas, hecho desde la responsabilidad y el compromiso con los derechos de las personas, los valores y la ética, como creemos que debe hacerse. El menor peso de contenidos y lenguajes psiquiátricos, como ha señalado alguno de esos colectivos, no está planteado desde otro lugar que desde las aportaciones respetuosas de cada una de las disciplinas y saberes que tienen el deber de dejar constancia de sus miradas a un campo, la salud mental, en el que la Psiquiatría es una más de las disciplinas. Insistimos, estamos hablando de la Estrategia de Salud Mental y este campo no es reducto de nadie porque es ya, aunque no siempre sea fácil concretarlo, un campo interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial.

La situación del proyecto de Estrategia ya acordado se complica cuando el psiquiatra que formaba parte del comité científico se retira del mismo tras conocerse la posición definitiva de las citadas asociaciones de psiquiatras. El Ministerio decide sustituirlo por otro profesional de la Psiquiatría vinculado al propio Ministerio. Las propuestas que éste hace de modificación y nuevas

aportaciones evidencian actitudes y perspectivas de la salud mental muy alejadas de las mantenidas, en forma y fondo, por todo el equipo científico hasta ese momento. Volver a entrar tras tres años de trabajo en nuevos debates sobre los añadidos y cuestionamientos al documento ya acordado y preparado para su pase al Consejo Interterritorial, nos pareció una tarea agotadora, sin sentido y una nueva manera de postergar el proyecto, como así ha sido.

La razón de nuestra decisión voluntaria de cesar es producto del descontento por cómo se estaba llevando la nueva situación creada y la preocupación por la deriva hacia la que puede ir una revisión de la estrategia ya consensuada pero detenida por el no soporte de las sociedades antes citadas.

No ha podido ser. Dejamos el proyecto ya terminado y lo hacemos cansados de un esfuerzo que ha contado, durante largo tiempo, con muy escasa infraestructura de todo tipo, incluidas condiciones de la sala de trabajo, de soportes técnicos y de otros elementos básicos. Tal vez hemos entendido tardíamente que nuestros esfuerzos no estaban siendo correspondidos con una decidida voluntad política de cumplir el mandato de una adecuación de la Estrategia a los nuevos tiempos y al encargo del Consejo Interterritorial y del Parlamento.

Actuamos honestamente, pensando que lo mejor era evidenciar con nuestra renuncia lo insostenible y engañoso de la situación en la que estábamos.

Desconocemos cómo está la cuestión en este momento ni el uso que se hará de los contenidos de las líneas estratégicas de las que hemos sido coautores.

Queremos expresar nuestros temores ante la renuncia a algunos postulados en la nueva Estrategia, si llega a concretarse, y a la reaparición de antiguos lenguajes y modos de hacer que creemos es necesario superar. Tememos el retroceso en una concepción amplia de lo que es la salud mental y un alejamiento del aún muy frágil e insuficiente modelo comunitario agravado por los efectos de la pandemia por el Covid19 y cuyos efectos sobre el desarrollo de la atención a la salud mental son más que evidentes.

Por todo ello, transmitimos a los responsables de la continuidad del proyecto tengan en cuenta los elementos que fueron ampliamente consensuados:

1. El respeto de los Derechos Humanos y la disminución de las prácticas coercitivas hacia su pronta erradicación. La recuperación como paradigma y las prácticas basadas en valores, en la ética del cuidado y en el reconocimiento de las diversas evidencias.
 2. Un lenguaje cuidadoso, no estigmatizante, que incorpore perspectivas y términos la salud y no solo la enfermedad.
 3. Una práctica centrada en la persona, en el apoyo a su autonomía y en el respeto a la dignidad.
 - 4.- Una perspectiva decididamente comunitaria, garantizando la continuidad de los cuidados, que rompa el hospitalocentrismo persistente, el predominio de las formas y modelo biomédico aún imperante y se aleje del peso de los estatus vinculados a dicho modelo. Aumento de recursos humanos y de servicios de cercanía abiertos, de fácil acceso, basados en la voluntariedad y el acompañamiento y muy especialmente en los momentos de crisis. Dotación económica específica para los programas vinculados al desarrollo de los objetivos de la Estrategia.
 - 5.- Cuidado prioritario a las personas y grupos más frágiles. Reconocimiento del saber de las personas con experiencia propia de sufrimiento psíquico y la incorporación de dicho saber en el desarrollo de los diversos servicios y en la formación de los profesionales.
 - 6.- El reconocimiento de las condiciones y determinantes sociales sobre la salud mental y la calidad de vida. Y por tanto la cooperación entre servicios e instituciones en el marco de un trabajo en red que tenga por objetivo complementar los recursos y mejorar las condiciones de vida.
 - 7.- El desarrollo de programas de prevención del suicidio, de ayuda a la persona y de apoyo a los familiares.
 - 8.- La atención a las familias y a las redes cercanas de apoyo.
 - 9.- La perspectiva de género.
 - 10.- El cuidado de los profesionales. La apuesta clara por la interdisciplinariedad y la intersectorialidad. El estímulo a la formación continuada, la gestión del conocimiento construido y la investigación. El desarrollo de la formación especializada en Infancia y Adolescencia.
- Persisten en los sistemas de salud y de salud mental formas de pensar y de hacer aún vinculadas a una cultura asistencialista, cuando no manicomial; a la creencia en la cronicidad resignada; a tratamientos involuntarios muy centrados en la medicación exagerada, escandalosa en la infancia y adolescencia, así como en las personas mayores, y al abuso de diagnósticos que se convierten en identidades estigmatizadas, etc. Estamos aún en un sistema de salud mental poco contenedor de las personas usuarias y de los propios profesionales; amenazado permanentemente por la privatización;

en riesgo de un distanciamiento del buen trato por el progresivo, y no siempre necesario, avance de relaciones telemáticas; escasamente preocupado por la formación e investigación; con una alta precariedad en la contratación y la amenaza de una gestión de corte neoliberal; de escasa cercanía a los servicios sociales, de educación, justicia, etc.; un sistema que, en estos momentos de crisis sanitaria y social está cuidando insuficientemente a quienes padecen un alto sufrimiento psíquico, bien sea previo a la pandemia o vinculado a ésta.

Urge una nueva Estrategia de Salud Mental que sea decidida, ilusionante, interdisciplinar, interinstitucional, intersectorial; que reconozca la amplitud del campo de la salud mental, alejada de gremialismos, respetuosa con los diversos programas o planes de salud mental que vienen desarrollando las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus competencias y que incorpore los nuevos saberes y las nuevas formas de hacer en la que están comprometidos también profesionales, organizaciones de usuarios, familiares y organizaciones comunitarias, no solo las sanitarias. Una Estrategia que contemple la dotación económica para el desarrollo de algunas de sus propuestas, tal como señalamos en su momento sin que fuera aceptada la propuesta.

El resultado de todo ello ha de generar un aumento de la igualdad, de la justicia, de la autonomía de la persona, de la esperanza y condiciones para una vida digna y la disminución del sufrimiento psíquico y de los otros sufrimientos que lo generan y lo acompañan.

8 de marzo de 2021