

La Estrategia de Salud Mental: definiendo sus contenidos, sus logros y sus límites

The Spanish Mental Health Strategy: defining its contents, its achievements and its limits

José Luis Pedreira Massa

Psiquiatra y Psicoterapeuta de Infancia y Adolescencia. Prof. Psicopatología en el Grado de Criminología y de Salud Pública en el Grado de Trabajo Social (jubilado). Coordinación Científica de la Estrategia de Salud Mental del SNS.
Contacto: jolupedrema@gmail.com

EDITORIAL

La decisión de elaborar una estrategia sanitaria para el Sistema Nacional de Salud (SNS) permite un debate abierto, leal y riguroso. Desde el año 2007 no existía una Estrategia de Salud Mental (SM); quiere ello decir que el simple hecho de desatascar su elaboración representa un paso adelante de especial significado.

Debate significa controversia y discusión. Debatir significa, según la Real Academia Española (RAE), discutir un tema con opiniones diferentes. Con el fin de matizar, de forma más precisa, controversia, según la RAE, significa discusión de opiniones contrapuestas entre dos o más personas. Sean bienvenidos los debates e integremos las controversias de forma dialéctica. Si somos capaces de hacerlo, se avanza y, por ello, progresamos.

Se compuso una Comisión Científica multiprofesional que recogiera la pluralidad de las sensibilidades que operan en SM, incluyendo a las asociaciones de los propios afectados de problemas mentales. De esta suerte, la Comisión Científica respondía con profesionales que incluían juventud y experiencia, desarrollos profesionales clínicos y perspectivas académicas, mundo profesional y usuarios de los servicios de SM. Se trabajó de forma asertiva y positiva, obteniéndose los acuerdos por consenso, tanto más cuanto más delicados eran los temas o pareciera que el disenso era mayor.

El grupo tuvo que abordar la elección entre estrategia o ley en SM. Se optó por la estrategia, puesto que la ley facilita la segregación de la SM al ponerle un marco legislativo tan específico que lo separaría y aislaría del conjunto del SNS, con lo que podría reforzarse el estigma y la segregación de la SM del conjunto del SNS. La Ley General de Sanidad, la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y la ley de homogeneización del SNS ya contemplan la mayoría de los contenidos de la propuesta de ley de SM, por lo tanto, es una reiteración innecesaria y escasamente útil a los fines perseguidos.

Mental Health Europe (MHE), un organismo europeo que agrupa a más de 1000 organizaciones dedicadas a la SM de toda Europa, contó con el apoyo de OMS-Europa, en el año 2019, en un documento que señala: “Necesidad de una estrategia integral y proactiva de SM en la Unión Europea (UE), para garantizar la cohesión social, la sostenibilidad y el crecimiento económico de las comunidades y los Estados. La SM es un tema intersectorial que puede tener un impacto positivo en la cohesión, la riqueza y la productividad de la sociedad. Las políticas favorables a la SM en todos los sectores juegan, por lo tanto, un papel clave en el bienestar de los europeos y deben ser una parte crucial del nuevo panorama de la UE. En esta estrategia europea, deben desarrollarse, al menos, estos siete puntos clave:

- Salud mental en todas las políticas.
- Reformas relacionadas con la salud mental.
- Inclusión y políticas sociales.
- Salud digital.
- Coordinación de la atención médica.
- Planes y estrategias nacionales de salud.
- Estrategias de salud mental.

El día 7 de octubre de 2021, se presentó, por un grupo numeroso de diputados, en l'Assemblée Nationale Française, la solicitud 3563, en la que se incluía la propuesta de una ley de solo cuatro artículos. El artículo 1 proclama que la SM es una “*Grande cause nationale*” para el periodo 2021-2025. En el artículo 2, se especifica la creación de un plan estratégico nacional quinquenal en materia de psiquiatría y salud mental, donde se fijarán objetivos claros y se ofertarán los cuidados adecuados, y se reformarán la financiación y la investigación en el campo de la SM. Durante este periodo, los servicios de SM tendrán como autoridad directa al ministro de Salud, con un plazo de seis meses para entregar el plan estratégico. En el artículo 3, se crea un Instituto Nacional de Psiquiatría y Salud Mental, teniendo como modelo el Instituto Nacional del Cáncer, desde donde se impulsarán los programas de coordinación tanto de las acciones preventivas como de investigación. El artículo 4 hace referencia a la dependencia de la financiación de los presupuestos del Estado dedicados a los servicios de la salud.

La Estrategia de Salud Mental española tiene en su contenido estas orientaciones generales de MHE y sigue los criterios del nuevo proyecto de ley de Francia; es más, ya lo tenemos formulado. En Francia les restan, al menos, seis meses desde la aprobación de la ley propuesta.

La Estrategia consiste en la priorización de una serie de líneas que se consideran fundamentales y se priorizan durante un tiempo determinado; para ello se establecen objetivos específicos para cada línea con las correspondientes recomendaciones. Son líneas generales, para que luego sean las comunidades autónomas (CC. AA.) las que, a su vez, prioricen y desarrollen esas líneas estratégicas, según sus criterios concretos. Al no ser una ley, no está obligada a aportar una memoria presupuestaria, pero el presidente del Gobierno (PG) ha adelantado que el Gobierno central aportará 100 millones de inicio. Con ello, ha situado la pelota en el tejado de cada una de las CC. AA. y en los criterios de elaboración y priorización de sus correspondientes presupuestos, para que complementen la cantidad inicial de partida ofertada por el PG en la celebración del día internacional de la SM. Por cierto, es la primera vez que un PG asume personalmente el liderazgo en esta materia.

La Estrategia no es una tesis doctoral ni un trabajo para ser publicado en una revista de alto impacto, las citas de los datos se refieren a los que sean aceptados por los organismos oficiales, ya que son los datos de partida y de los que dispone la autoridad sanitaria. Por estas razones, las citas bibliográficas de grupos de investigación privados pueden ser muy interesantes, pero no es el lugar pertinente de hacerlos públicos, porque su contexto suele ser más limitado que los estudios generales, incluso en los estudios denominados multicéntricos. Lo cierto es que existen escasos datos consistentes relativos a la SM, pero esta carencia no es de ahora ni solo acontece en España, sino que en SM se han recogido los datos de manera muy insuficiente y variada, tanto en la selección de los instrumentos de evaluación, como en los criterios de caso. Por esta razón, la Estrategia propone unas líneas fundamentales de investigación a desarrollar en su periodo de vigencia.

La Estrategia tampoco es el lugar para establecer una reivindicación laboral o corporativa. Hacer esta deriva puede caer en una opción corporativista, que desnaturalizaría la Estrategia en su conjunto. Un ejemplo muy paradigmático es la cuestión de las “ratios” de profesionales; no existen ratios fiables y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) la señala como una variable no fiable para la planificación. Dentro de esta escasa fiabilidad de las ratios, la cifra más constante y con mayor fiabilidad para la comparación es la ratio de psiquiatras, no por detentar el poder, como de forma sesgada e interesada expresan algunos grupos, sino porque es la referencia internacional desde hace años y tiene un cierto matiz de comparación histórica, de forma limitada y solo como orientación. Los datos de psicólogos/as o enfermeras son tentativas a medias, por mucho que se repitan, pero no son homologadas como fiables. Estas ratios se obtienen por medias aritméticas en determinados países, pero no constituye un criterio imperativo a cumplir y mucho menos tomar estos datos para planificar servicios o dotar profesionales. De hecho, la OMS dice que la dotación de profesionales dependerá de la organización de los servicios y de su funcionamiento y será propia de cada Estado.

La Estrategia también modula y regula el ímpetu de que pudieran verse tentados quienes la redactan o, incluso, quienes la leen. La Estrategia lleva muchas horas de trabajo, de debate y de contraste de informaciones para la Comisión Científica. Dos características son fundamentales: el respeto a quienes han prestado sus servicios en la configu-

ración de la Estrategia y, en segundo lugar, la flexibilidad para incorporar todo aquello que opte por mejorar el producto, dentro de las competencias de la propia Estrategia.

Se realiza una crítica a la Estrategia: “falta lo *bio*”, porque se refiere mucho a lo social y a lo psicológico. Es un claro componente del corporativismo. La SM es un concepto global y unitario, donde se integran las diversas aportaciones y visiones, tanto en la conceptualización como en el análisis y la intervención, por lo tanto, no es “bio”, ni “psico”, ni “social”; la Estrategia se refiere a los determinantes de salud en su conjunto y con el peso que desde Lalonde (1978) se le reconoce con la actualización de la Encuesta Europea de Salud en Europa de 2014. No consiste en introducir a calzador lo que se conoce como evidencia científica. En SM hemos de (re)conocer que la única evidencia posible es la imposibilidad de poner en evidencia la evidencia, más allá de lo meramente descriptivo y formal, pero sin apenas contenido comprensivo, ya saben: hacer y quedarse con un relato superficial, lleno de apariencias y con muchas dudas en las evidencias reales, pero sin discurso que lo sustente. Resulta fundamental abordar el trabajo en equipo multiprofesional y reforzando la línea comunitaria, de organización y trabajo, retomando estos factores que se habían vaciado de contenido.

El día 8 de octubre de 2021, se celebró un acto conmemorativo del Día mundial de la Salud Mental en el complejo presidencial del Palacio de la Moncloa. Estuvo muy organizado y bien programado. Además de la ministra de Sanidad, hablaron representantes de Confederación Salud Mental España, una persona que había padecido un cuadro grave y persistente de tipo depresivo, la madre de una persona que se había suicidado y una deportista que había sufrido un proceso difícil. Estos casos reales humanizaron la reunión y, desde esta posición humana, el PG centró el compromiso personal e institucional de su gobierno con la SM, reafirmando, de esta suerte, la declaración realizada en noviembre de 2020, al indicar que la Estrategia de SM alcanzaba un grado de prioridad para el gobierno. Anunció, el PG, que la Estrategia estaba en su último tramo y que avanzaba un plan de acción que se encuadraba en este instrumento: adelantó que se dotaba, desde el Gobierno central, con 100 millones de euros de inicio, la puesta en marcha de la especialidad de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (BOE, 04.08.2021) y el desarrollo de un teléfono 24 h para atender las urgencias de las conductas autolíticas, 024, concedida la gestión a Cruz Roja.

Un dato de sumo interés: se habló de infancia y adolescencia y no de menores; parece que algo cambia. Espero que esta necesaria sensibilidad permanezca en el tiempo, en otras instituciones y en otras intervenciones públicas y sea algo más que un epifenómeno transitorio. No estaría de más que se introdujera en los libros de estilo de los políticos, de los comunicadores, de los profesionales sanitarios y sociales y de los medios de comunicación.

El PG sistematizó los verdaderos contenidos de la Estrategia de SM, señalando que la orientación fundamental va hacia el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales. Ello comporta priorizar las intervenciones de tipo preventivo, el trabajo en equipo, la base comunitaria de intervención y de atención, el apoyo familiar, etc.; para ello se contempla la especialidad de Psiquiatría Infantil como una herramienta dinámica adecuada para diseñar la prevención y la intervención precoz en los problemas mentales.

La línea estratégica 3 contempla, de forma específica, la prevención de las conductas autolíticas. En este contexto fue que el PG señaló el desarrollo inmediato de un teléfono 24 h para atender las urgencias de conductas autolíticas, un recurso muy solicitado por colectivos diversos, tanto de profesionales como de familiares y supervivientes de las conductas autolíticas.

Otro contenido fundamental de la Estrategia consiste en incorporar un plan de acción prioritario poscovid, donde se contempla el impacto en la SM de la pandemia y que puso de manifiesto el estudio 3312 del Centro de Investigaciones Sociológicas, tanto a nivel de la población general, de las personas que se han visto afectadas por la pandemia de forma directa y, sobre todo, de los profesionales sanitarios.

Es posible que existan personas, grupos o profesionales que quisieran más, pero son pasos de relevancia que nunca con anterioridad se habían realizado.

Se abrió un verdadero debate, las CC. AA. y las sociedades científicas y de familiares han emitido sus peticiones para ser consideradas; más de la mitad de las 753 alegaciones se han introducido en la Estrategia. Han quedado fuera las que estaban descontextualizadas en relación a lo expuesto con anterioridad; quizá eran alegaciones interesantes, pero no era el lugar para incorporarlas o para ser contempladas.

Podrá existir otra perspectiva u otras líneas de acción, pero en esta estrategia se pretende diseñar con perspectiva de un futuro de cinco años, siguiendo las directrices que solicitó el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) para este momento dado.

La Estrategia fue aprobada en el seno del CISNS, ahora hay que empujar a las CC. AA. para que asuman su financiación, implementación y desarrollo. El punto de mira fundamental es reconocer lo que dice la OMS: no hay salud sin salud mental.