

Introducción y contexto general

Antes de valorar el contenido del documento que se nos presenta, consideramos fundamental detallar el contexto en el que esta Estrategia se desarrolla y se presenta.

Un nuevo equipo coordinador ha tenido que trabajar sobre un texto ya muy elaborado y aún abierto a un debate que, finalmente, no se dio. Ha coincidido con un periodo de cambios en los altos cargos del Ministerio. Durante su redacción apareció la pandemia de la Covid-19. Una pandemia que ha puesto un inesperado foco en la Salud Mental, acompañado de una repercusión mediática más centrada en los titulares que en los análisis. Esto ha impedido una visión sosegada que diferenciara, por una parte, las perentorias necesidades previas de la atención a los problemas de salud mental, los déficits estructurales de los que ya adolecía y los determinantes provenientes del sustrato social sobre el que ha aparecido la pandemia y, por otra, sus consecuencias sobre el sufrimiento psíquico individual y colectivo precipitadamente anticipadas en una “cuarta ola” que aún desconocemos. Tampoco aporta sosiego a este panorama la presentación de la Estrategia como la respuesta del Gobierno del Estado ante todas estas confusas presiones.

Contando también con las dificultades que la pandemia supone para el trabajo en equipo y la coordinación interinstitucional que son básicas para una buena conclusión de los trabajos.

No se han dado las mejores condiciones para desarrollar una Estrategia. Quizás una respuesta más adecuada hubiera sido concluir, dando tiempo al debate, el borrador presentado en 2019 o, alternativamente, dejar en pausa el proyecto y haber iniciado un plan de análisis y acción específico para la interrelación entre la pandemia y la Salud Mental incorporadas a los Planes de Recuperación estatales y autonómicos.

Reconocemos así la enorme dificultad que ha afrontado el equipo redactor tanto del Comité como de los técnicos del Ministerio.

Nada que ver con el entorno en el que se desarrolló la primera Estrategia, que ha quedado como “patrón” de un documento bien asentado en el “estado del arte” del momento en que se redactó, con un trabajo colaborativo bien articulado entre los comités científicos e institucional, en un momento de confluencia con el esfuerzo de diferentes organismos multinacionales en el ámbito de la Salud Mental. También estableció la estructura de análisis, objetivos, recomendaciones, buenas prácticas, indicadores y evaluación. Adolecía, como ya se resaltó en su momento, de una adecuada partida presupuestaria. Es cierto también que no fue capaz de articular la presencia de los colectivos de afectados y que tampoco pudo extenderse más allá del ámbito del Sistema Nacional de Salud. Las dificultades en su implementación y en su evaluación desvelaron una debilidad, siempre presente en las Estrategias, en un Estado tan descentralizado como el nuestro. Con todo, sí que se han dado algunos desarrollos de este modelo comunitario y ha sido referencia de muchas acciones.

También hemos asistido al reforzamiento de una visión simplista que ha resaltado de manera excesiva los aspectos vinculados a los determinantes biológicos que han liderado la investigación, la formación, la práctica e incluso la imagen popular de la Salud Mental.

El cambio más relevante ha sido, a nuestro juicio, el desarrollo, desde diferentes perspectivas (siendo la que parte de la experiencia en primera persona muy determinante) de una práctica y una teoría basada en los derechos humanos. Siempre presente en nuestro campo, pero que ha adquirido un nuevo impulso.

La segunda Estrategia, que tuvo un perfil más “técnico” no tuvo en cuenta este cambio emergente y tuvo un escaso recorrido.

El inicio de los trabajos de esta tercera Estrategia, con un encargo que resaltaba la necesidad de incorporar estos principios como elementos superiores (y, en este sentido, estratégicos) del desarrollo de la atención en el Sistema Nacional de Salud, responde a esta necesidad y suponía un complemento necesario a la primera. No sabemos que hubiera ocurrido si se hubiera podido completar una evaluación adecuada de las anteriores, pero seguro que la aportación de este nuevo tipo de Estrategia seguía siendo necesaria. Entre la primera y la tercera estrategia hay diferencias sustanciales en sus premisas y no pueden valorarse con los mismos parámetros.

Sobre este proyecto, del que el texto actual conserva muchos párrafos y un aroma general, se inscribe el documento que se nos pide analizar. Pero ya muy modificado por las dificultades que señalamos y seguro que muchas más.

En la apuesta por una atención a la salud mental basada en los derechos se puede ser más o menos ambicioso, confrontar más o menos las resistencias que inevitablemente surgen, ser más o menos pausado en su implementación. Por eso se necesita un apoyo político estable y no coyuntural y un tiempo de deliberación suficiente.

La ausencia de estas condiciones favorables no permitía augurar un buen resultado al esfuerzo, que respetamos y agradecemos, de elaboración.

Comentarios sobre el formato y estructura.

Como ya aportamos en la valoración del documento de 2019, el mantenimiento de la estructura de la primera Estrategia no encaja con los objetivos de la tercera. Los datos epidemiológicos que aporta la primera parte siguen siendo una buena foto (o, al menos, la mejor posible) del estado de la atención a la salud mental en España, pero aportan poco a la evaluación del funcionamiento asistencial. Además, tienen un claro sesgo hospitalario, por el carácter de los datos que se procesan a nivel del Ministerio. En la medida que son los datos que tenemos y que permiten una comparativa en el tiempo, suponen una aportación interesante. Y podrían constituirse en una memoria periódica de mucho valor. Pero son poco sensibles a las necesidades de información previa para la construcción de la nueva mirada que se pretende. Como ejemplos, sin ánimo de exhaustividad, no contamos con datos como el número de personas tuteladas por problemas de salud mental, la frecuencia con la que se aplican contenciones físicas en los dispositivos o la empleabilidad del colectivo. Esta ausencia de datos es más estridente en el campo de la atención a la SM de niños, niñas y adolescentes.

La parte conceptual y más declarativa de la Estrategia se refiere a los mismos aspectos que el anterior borrador, pero añade párrafos y epígrafes que se integran mal en el texto y dificultan la comprensión de cuáles son los principios y valores fundamentales que guían las líneas. Haría falta, también, un trabajo de unificación de la terminología

En el apartado de las líneas estratégicas, al menos en el documento que nos ha llegado, hay algunas de ellas que están incompletas. No todas tienen objetivos generales, específicos y recomendaciones.

Los indicadores y la evaluación se quedan pendientes para más adelante.

A nivel de formato recomendaríamos un texto más breve, centrado en los principios y las líneas estratégicas, formuladas de manera clara y sin redundancias.

Muchos de estas líneas permiten proponer indicadores evaluables, que, sin necesidad de ser exhaustivos, podrían figurar en el apartado correspondiente.

Comentarios al proceso de elaboración.

Entendemos que nos encontramos en el peor momento imaginable. Pero un mayor número de consultas, con un amplio elenco de agentes concernidos, tanto a nivel estatal como autonómico, de los colectivos profesionales y académicos, de los movimientos de personas afectadas y también de otras Administraciones como la Educativa, los Servicios Sociales, las Prisiones o la Justicia hubiera sido deseable.

Comentarios al contenido

Las principales novedades con respecto al borrador de 2019, aparte de las aludidas en apartados anteriores son la inclusión de una línea específica de la Infancia y la extensión de la de prevención de suicidio.

Hay algunos cambios en el redactado, añadidos y supresiones en las otras líneas. Sin entrar en un análisis detallado, la impresión general es que no aportan elementos sustantivos y difuminan algunas recomendaciones concretas.

Celebramos, obviamente, la inclusión de la línea estratégica de la Infancia y la Adolescencia. Tiene una relevancia simbólica clara. El problema es que refleja de manera amplificadas todas las limitaciones de los otros apartados. Todas las líneas estratégicas tienen una repercusión en unos niños, niñas y adolescentes, en sus entornos, en sus allegados y en sus derechos, como de hecho ocurre. Es difícil hacer una estrategia dentro de una estrategia y posiblemente, necesitaremos un documento más ambicioso. En el momento adecuado y con las voces adecuadas.

Compensa también un histórico descuido a esta área de la atención a la salud mental, pero no son los únicos ámbitos rezagados.

Respecto al suicidio en el punto que está el debate deontológico sobre el tema y el elevado riesgo de yatrogenia que tienen según que intervenciones, recomendaríamos mantener el texto del primer borrador, que nos parece más adecuado.

Conclusiones

La AEN-PSM no suscribe el borrador tal como se nos ha presentado. Tienen una buena base y merece que se le dé tiempo y un contexto más favorable para la deliberación, a la que nos ofrecemos.

Mantenemos la disposición a colaborar con el Ministerio en un proceso participativo más ágil, si eso fuera posible. En este proceso abogaríamos por una redacción más breve y muy focalizada en los paradigmas básicos. Más similar al borrador del 2019.

Alternativamente, entendemos la dificultad de elaborar una Estrategia en la actual coyuntura, esperaríamos a un momento más reposado y centraríamos nuestra aportación en acordar un conjunto mínimo de primeras medidas que trasladen a la Salud Mental las propuestas globales de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno y sus equivalentes autonómicos.

Tanto en uno como en otro proceso, insistimos en la necesidad de abrir el abanico de la participación a todos los colectivos implicados.

Madrid, 12 de julio de 2021