

Un plan de acción urgente para la atención a la salud mental del país: un acuerdo para el bienestar de las personas

An urgent plan of action for Spanish mental health care: an agreement for people's welfare

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO^a, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE^b

a) Profesor Titular de Psiquiatría Universidad de La Laguna (ULL). Presidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría (ACN).

b) Psiquiatra.

Correspondencia: Francisco Rodríguez Pulido (fpulido15@yahoo.es)

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA está cambiando muchas cosas. El ayer ha adquirido un valor. El estado de bienestar, que ya venía “cogido por los pelos”, ha sufrido ahora un retroceso significativo. El sistema sanitario español ha descendido puestos en su eficiencia, aunque la población mantenga una esperanza de vida más que aceptable. Durante la pandemia han aparecido informes sustantivos sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sobre la llamada “ley de Dependencia”. Respecto a la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y apoyo a la Dependencia, a pesar de los últimos esfuerzos por reequilibrar su financiación, el Estado no llega a garantizar su sostenibilidad económica, continúa con una gestión deficiente en la mayoría de las comunidades autónomas, ha favorecido un nuevo institucionalismo sostenido en la dependencia, presenta una larga lista de espera para la provisión de servicios, con una cartera de incompatibilidades que no se adapta a nuestros usuarios, que dibuja en conjunto un escenario de resquebrajamiento de los derechos subjetivos.

En este escenario, parece obvio esperar que los Estados pobres serán más pobres y los Estados ricos serán más poderosos. La desigualdad crecerá, pero las nece-

sidades serán más colectivas y traspasarán comunidades, por lo que los organismos transnacionales serán más que necesarios y habrán de velar por el bien común. Un Estado con un déficit público severo representa un indicador de sufrimiento para los ciudadanos. Atajar las desigualdades en cualquier ámbito nos parece esencial en los próximos años, más aún después de dos crisis en poco más de diez años.

El impacto social y económico de la pandemia, con aumento de la pobreza en amplios sectores de la población, con mayor afectación en los jóvenes y las mujeres, agrieta el Estado de derecho y la democracia. También las clases medias y los pequeños negocios familiares se han visto tocados. Las protestas sociales espontáneas irán asomando por el conjunto de los países europeos. La sindemia ha sacado a la superficie y ha visibilizado la relevancia de la salud mental, especialmente de ciertas poblaciones, no solo de los “vulnerables reconocidos”, como son los discapacitados por efectos de trastorno mental, en su mayoría efecto de una psicosis de larga evolución, sino también de adolescentes y jóvenes, ancianos, gente que vive sola o en situaciones de exclusión, frecuentemente incluidos en los circuitos de calle o en la cárcel. Ni que decir tiene que las personas utilizan diferentes formas de afrontamiento para la adaptabilidad a la nueva situación.

Efectivamente, el impacto de la pandemia está cambiando muchas cosas. Ahora bien, la dirección del cambio no será azarosa, dependerá de muchas correlaciones de fuerzas. Se ve venir que los Estados serán más débiles, y la deuda pública de nuestro país será aún mayor, lo que a medio plazo llevará a realizar recortes sustantivos en las políticas públicas. Durante la pandemia han aparecido informes sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, no observamos en la actualidad ninguna planificación ni líneas de refuerzo para la sanidad pública en su conjunto. Fuera del (subsistema) COVID no hay nada.

Sabemos que los remedios tendrán que contemplar de forma simultánea tanto las medidas de política general –socioeconómicas– como las de política sanitaria y de reorganización del sector de la salud mental. Cada vez reconocemos mejor los determinantes sociales de la salud y de la salud mental. Las medidas que inciden en los factores económicos y sociales de las poblaciones determinan su bienestar y sus niveles de salud. Y tenemos pruebas muy consistentes sobre lo ocurrido en crisis anteriores, que son oportunidades de aprendizaje que no podemos pasar por alto. Así, por ejemplo, los análisis del suicidio en las crisis económicas sugieren que, cuanto más apropiada y “generosa” sea la protección contra el desempleo, más débil será el impacto perjudicial sobre el suicidio, como se vio ante la oleada de creciente desempleo durante la Gran Recesión. La crisis económica del 2008 fue un factor estresante importante que tuvo un impacto negativo en la salud mental de los trabajadores. La mayoría de los estudios documentaron que el aumento del desempleo, el aumento de la carga de trabajo, la reducción de personal y la reducción de salarios estaban

relacionados con una mayor tasa de trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión, distimia y suicidio. Algunos estudios mostraron que los problemas relacionados con la crisis también pueden haber afectado a la salud general de los trabajadores, al aumentar el riesgo de problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Algunos estudios han analizado el impacto de la crisis en los servicios de salud. Estos estudios demostraron que la reducción del gasto público en servicios de salud, y la reducción de los presupuestos de los hospitales públicos debido a la recesión, llevaron a problemas organizativos.

Los gobiernos deben proporcionar redes de seguridad financiera (por ejemplo, alimentos, vivienda y ayudas para el desempleo). Se debe prestar atención no solo a la situación actual de las personas, sino también a su futuro. Por ejemplo, muchos jóvenes han visto interrumpida su educación y están ansiosos por sus perspectivas. Las instituciones educativas deben buscar formas alternativas de impartir planes de estudio y los gobiernos deben estar preparados para ofrecerles apoyo financiero si es necesario. Los programas activos del mercado laboral también serán cruciales. La pandemia podría afectar negativamente a otros factores. Por ejemplo, la violencia de género y el consumo de alcohol pueden haber aumentado. El aislamiento social, el trauma y la soledad contribuyen al riesgo de suicidio y es probable que aumenten durante la pandemia, especialmente para las personas en duelo. Es útil brindar apoyo comunitario a las personas que viven solas. La ayuda de fácil acceso para las personas en duelo es crucial. La eficiencia de estas medidas contribuye a la salud mental de las poblaciones humanas.

El impacto ha sido enorme para los de siempre; para otros, sus cuentas de resultados siguen boyantes. Los gobiernos han elaborado planes de reactivación económica y social para sus propios Estados. Este será el marco financiero de las iniciativas públicas que tendrán lugar en los próximos años. Todo lo que no se coloque en esta estrategia gubernamental no tendrá interés. No solo vale dirigir las acciones para la economía, para los *lobbies*. El gobierno conoce y sabe que numerosas organizaciones y profesionales han reclamado reforzar el sistema sanitario, la atención primaria y las políticas preventivas en materia de salud. Y organismos internacionales están reclamando atención a la salud mental y al suicidio. Las reformas en este ámbito deben ser visibles y transparentes, no se puede dejar en manos de cada territorio, el Estado debe garantizar la cohesión social y la equidad. Y las propuestas en el ámbito de la salud no solo deben ir dirigidas a afrontar próximas epidemias, sino a fortalecer lo público, lo comunitario, la colaboración y la integración.

¿Y qué decir, qué pensar, qué hacer en el sector de la salud mental? No olvidamos que, en este país, un solo artículo (el artículo 20) de la Ley General de Salud (LGS) ha producido cambios sustantivos en la salud mental durante décadas y aún nos sirve de memoria histórica. Muchos planes de salud mental autonómicos han

estado inspirados en la LGS, si bien con despliegues de eficacia muy desigual. Veinte años más tarde, la única Estrategia Nacional en materia de salud mental consensuada y evaluada procuró elevar el nivel conjunto de calidad de los servicios de salud mental. Sin embargo, a día de hoy, nuestro país carece de una visión de conjunto y equitativa, de modo que el sector de la salud mental está francamente desnortado. Lo vemos errático, un tanto disipado. Sin estrategia vigente en el Sistema Nacional de Salud, con planes autonómicos con muy desigual consistencia, sin una identificación clara de prioridades, financiación y gestión, y con resultados inciertos, por poco conocidos, no tenemos modo de conocer bien estas diferencias, ni para evitar mayores daños ni para aprender de los buenos resultados. Nos movemos bastante a tientas. Son estas razones más que suficientes para que en la AEN concluyamos que necesitamos de forma urgente instrumentos más dinámicos y más efectivos, convencidos de que es la hora de ser más exigentes. No queremos que la salud mental esté sometida a los vaivenes institucionales, sino a un criterio consensuado de amplio alcance.

Este pacto nacional que proponemos deberá ser por consenso, con asignación presupuestaria, con priorización anual y una subcomisión u observatorio de seguimiento. Por lo tanto, su elaboración requiere de un amplio debate nacional o de expertos que se acompañe de una reflexión fundamentada con visión general de país. Los ejes de acción no tienen por qué alterar el marco legislativo autonómico, pues el refrendo último de este plan de acción sería aprobado, si se considerase, por el Consejo Interterritorial del SNS del Ministerio de Sanidad, donde son miembros de derecho los consejeros autonómicos de sanidad. Por lo tanto, si en este organismo se adoptan acuerdos consensuados, no se cuestionaría el orden jurídico de las comunidades en su ejercicio de la autonomía. Y las autonomías tendrían una línea financiera para unos determinados asuntos que interesaría a todos para mantener la cohesión social. No proponemos un plan de salud mental nacional, sino un plan de acción para determinar prioridades, corregir posibles desigualdades entre comunidades y focalizar los derechos. Es utilizar la aorta para llevar más volumen de sangre al corazón de la vida de las personas. Es salir de la falta de liderazgo actual en materia de salud mental para garantizar la cohesión social y territorial.

Es importante en este proceso incorporar desde su inicio a organizaciones con acreditado servicio al interés general. A las sociedades científicas y de defensa de la salud pública, las organizaciones de primera persona y las organizaciones de familiares. La federación de municipios y provincias de España y los Ministerios de Igualdad, de Derechos Sociales y Agenda 2030, Ministerio de Trabajo y Justicia Social serían los otros componentes de este pacto nacional. Incluso hay plataformas en otros países, como Italia, que verían con buenos ojos nuestra iniciativa y que han dado pasos en este sentido.

Desde el conjunto de miradas, desde las diferentes y poliédricas necesidades de las personas, se desarrollarían unas líneas comunes de ejecución para el conjunto

del país en unos plazos concretos. Se trataría de detectar las brechas de inequidad del actual sistema de atención de la salud mental, desde todos los subsistemas que tienen algo que decir sobre la recuperación de estas personas. Se trataría de construir los eslabones necesarios para seguir profundizando en la reforma inconclusa, más que construir un rosario interminable de recomendaciones para el grupo dominante de turno, y llevarlas a cabo antes de finalizar la legislatura. El plan de acción que proponemos ha de saber conjugar la perspectiva científica (con propuestas basadas en pruebas suficientemente consistentes) y la basada en valores, huyendo de todo maximalismo que entronice protocolos de actuación con mera apariencia de objetividad. El plan de acción que proponemos debe establecerse desde la defensa y protección de la singularidad de lo humano, la subjetividad y la diversidad democrática desde el ámbito de la salud mental, para contribuir al desarrollo de la agenda 2030.

El plan de acción sería un plan político-técnico para construir un futuro con esperanza y con certidumbre. Reorientar los servicios de salud mental hacia la recuperación, el empoderamiento de la ciudadanía y la ayuda entre iguales, en una atención más próxima al domicilio, exige un esfuerzo de país, como ya realizamos en España, en consonancia con la gran mayoría de países occidentales, en tiempos de la llamada “Reforma psiquiátrica” con la desinstitucionalización como banderín de enganche, con la que este plan de acción estaría histórica y conceptualmente alineado.

Necesitamos un acuerdo estatal amplio desde el Consejo Interterritorial del SNS, con un monográfico en su seno, que se acompañe de un *plan de acción* para un periodo de dos años o los que se estimen. La OMS ha recomendado a los gobiernos planes de acciones en salud mental. Es decir, este plan de acción estará en línea con las recomendaciones internacionales, pero su contenido estaría formado por una serie de cambios estratégicos necesarios para darle un revolcón a corto plazo y de manera efectiva a la atención a la salud mental. Los americanos saben bien de este proceder para su sistema nacional de salud. Este pacto nacional se diferencia sustancialmente de una estrategia de salud mental. Esta es un rosario de recomendaciones a disposición y elección de los gobiernos, no está priorizada ni hay línea financiera para la misma. Ahora bien, el plan de acción no es incompatible con una estrategia de salud mental, y, en todo caso, en este momento la complementaría o contribuiría a realizar objetivos que quedaron incumplidos y a despejar la construcción de futuro para la nueva estrategia.

A modo de ejemplo, este plan nacional estaría formado por una dirección unitaria de acciones dirigidas a:

1. Evaluar y mejorar la calidad de la atención y del respeto de los derechos humanos en los servicios de salud mental y en las redes de rehabilitación y recuperación (por ejemplo, la aplicación de las normas *Quality Rights* de la OMS).

2. Fomento y creación de servicios de salud mental, de extensión y atención domiciliaria para la atención, las emergencias y la recuperación.
3. Fomento de la participación de los usuarios de los servicios y con experiencia práctica como agentes de salud a través de los mecanismos de formación y acreditación que se considere de acuerdo a la evidencia de otros países y nuestra propia realidad asistencial.
4. Identificación, evaluación y atención a las necesidades de los diferentes grupos sociodemográficos en la comunidad, así como de los grupos vulnerables que no usen los servicios (como las personas sin hogar, niños, ancianos, presos, migrantes y minorías étnicas, y personas afectadas por situaciones de emergencia).
5. Fomento del empleo público para las personas con discapacidad derivada de trastorno mental grave.
6. Completar la red de atención infanto-juvenil y el reconocimiento y proceso formativo de las especialidades propias de la red.
7. Garantizar la financiación estatal en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Apoyo a la Dependencia, favoreciendo la promoción de la autonomía personal.
8. Evaluar las ratios de profesionales para ofrecer una cobertura adecuada de acuerdo a los cambios demográficos y reducir las brechas de una comunidad a otra, de una zona urbana y una zona rural, y entre las islas y el continente. Se requiere una mayor presencia de la enfermería especializada, la atención infanto-juvenil, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
9. Analizar y revisar las incapacitaciones actuales, promover los apoyos y protección necesarios de acuerdo con la resolución de la ONU sobre las personas con discapacidad que asumió nuestro país.
10. Una investigación y generación del saber en salud mental amplia e independiente con la participación de los usuarios en su diseño, desarrollo y evaluación; una evaluación rigurosa de los resultados y una financiación pública y desvinculada de la industria.
11. Una formación que cambie las cosas, independiente y variada. Con participación de expertos en primera persona.

Podrían constituirse desde el Consejo Interterritorial del SNS comisiones de trabajo que en un plazo de tres meses eleven al Consejo propuestas de acciones en estas líneas con líneas financieras previstas en el plan de recuperación económica y social. Las autoridades tienen la responsabilidad de incorporar la atención a la salud mental a este esfuerzo colectivo de mejora y compromiso para un futuro democrático, de derechos humanos y de bienestar.