

La cuestión territorial: la AEN-PSM como federación de asociaciones

The Territorial Question: the AEN-PSM as a Federation of Associations

PEDRO CUADRADO^a, MARIANO HERNÁNDEZ^b, CHUS GÓMEZ^c, PEDRO MARINA^d,
ANDER RETOLAZA^e, BERNA VILLARREAL^f

a) Psiquiatra, Madrid.

b) Psiquiatra, Madrid.

c) Psiquiatra, Galicia.

d) Psiquiatra, Asturias.

e) Psiquiatra, País Vasco.

f) Trabajadora social, Cataluña.

Correspondencia: Mariano Hernández (hergoico@gmail.com)

Recibido: 10/06/2024; aceptado: 30/08/2024

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



LA AEN-PSM ES UNA ASOCIACIÓN que impulsa y favorece la descentralización y el establecimiento de organizaciones territoriales. Esta cuestión territorial tiene antecedentes históricos que merece la pena señalar. La Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona, fundada en 1911, ya señalaba esta posibilidad: “(...) nos proponemos conseguir la constitución de otras [sociedades] similares en toda la península que vivan asociadas a la nuestra en forma de federación. Aspiramos a una Sociedad de Psiquiatría y Neurología española constituida a manera de células polinucleares,

que tendrá sus núcleos que gozarán de plena autonomía en la labor académica y en los asuntos administrativos, pero todas las cuestiones de carácter social, como son la reforma de la legislación, extensión de la enseñanza, creación de patronatos, etc., han de ser hijas de la gran célula polinuclear que la federación constituirá” (1).

Este planteamiento, aunque retomado por la AEN en los años 30, solo se reanudó de manera activa a partir de los años 80, momento en el que se imponía reformar el reglamento de 1949 elaborando unos nuevos estatutos que contemplaran aspectos novedosos como la apertura de la Asociación a profesionales sanitarios no médicos, la transformación de la Asociación en una federación de asociaciones “de las distintas regiones o nacionalidades” o la intención de constituir comisiones, secciones y grupos de trabajo. No obstante, a pesar de la intención clara de la Asociación de configurarse como una federación de asociaciones, parece que en aquel 1980 el Ministerio de Interior no dio a la Asociación una estructura federativa por no existir previamente varias asociaciones con personalidad jurídica propia que pudiesen federarse. De hecho, hubo que esperar hasta 1989 para poder formalizar sus nuevos estatutos donde se solventaron los problemas administrativos para la configuración de una federación de asociaciones.

En la actualidad, los Estatutos de la AEN-PSM (2004) recogen (en el artículo 8º de su Capítulo II, “La Organización Territorial”) “la posibilidad de establecer organizaciones territoriales que abarcarán el ámbito de una o más Comunidades Autónomas, y desarrolla el procedimiento de constitución de la asociación que se desee constituir”.

El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre este proceso de territorialización, contando con personas que en el seno de la AEN han estado comprometidas con este modelo descentralizado con el fin de valorar los distintos avatares de su implantación y desarrollo.

Editores Dossier: *La primera cuestión iría para Mariano Hernández Monsalve. Mariano, tú has vivido este proceso como miembro de la junta de gobierno y como presidente de la AEN durante dos mandatos (1997-2000-2003). ¿Qué obstáculos crees que tuvo que sortear la Asociación para resolver los problemas administrativos con los que se encontró?*

Mariano Hernández Monsalve: Más allá de esa cuestión inicial de que la Administración no pudiera validar la inscripción de la AEN como federación de asociaciones, al no existir esas asociaciones que pudieran federarse, la AEN fue organizando su estructura y funcionamiento con una clara intención descentralizadora, promoviendo la creación de asociaciones autonómicas de modo que cada asociación estaría representada en la Junta de Gobierno por un representante, que se integraría como vocal en esa Junta, como quedaría reflejado en los nuevos estatutos aprobados

en 1989. Una vez aprobados los Estatutos, no volvimos a tener, que yo sepa, más problemas con la Administración por cuestiones de organización autonómica; los hubo por cuestión de representatividad de los diversos colectivos profesionales, pero ese es “otro cantar”.

El proceso (análogo al que estaba realizando el propio Estado) sería inverso al habitual de construir una federación desde asociaciones preexistentes: aquí lo que se activa es un proceso de descentralización hacia un modelo próximo a una federación, o confederación. La AEN transfería su historia, su identidad y potencia, sus valores y proyectos a cada autonómica, que a su vez proporcionaban a la AEN la fuerza de quien conoce bien el terreno que pisa, las peculiaridades locales y, previsiblemente (como así fue en gran medida), la fuerza renovadora de nuevos socios, más jóvenes, con diversidad de formación e identidades profesionales, que, asumiendo la historia de la AEN, querían apostar por la construcción de una nueva realidad, desinstitucionalizadora, respetuosa con los derechos, y por una nueva forma de entender la clínica, contextualizada en las biografías, las relaciones interpersonales, la subjetividad y la realidad social de los distintos grupos de población, de usuarios, pacientes y servicios. Y, por supuesto, también eran partidarios de hacer el seguimiento de los procesos de desinstitucionalización y despliegue de nuevos servicios de acuerdo a las condiciones geográficas, económicas, políticas y culturales de cada territorio.

Editores Dossier: *¿Y qué importancia tiene que la AEN sea una federación de asociaciones?*

Mariano Hernández Monsalve: Varias razones aportaban importantes argumentos a favor de esa deriva autonomista. La más relevante, en mi opinión, fue que la fórmula autonómica conectaba muy de cerca con algunos de los valores clave de la nueva AEN en pro de la salud mental comunitaria. La nueva AEN apostaba por el desarrollo de una salud mental de cercanía, imbricada con los lugares de vida y sus protagonistas, con la población y sus instituciones, no solo las sociales y sanitarias, con las que estaríamos llamados a participar activamente, sino también las culturales, el tejido asociativo diverso y los medios de comunicación locales y autonómicos. Recordemos que esta AEN pretendía ampliar el espectro y los escenarios de actuación de la tradicional (centrada en la actuación más específicamente médica, de los psiquiatras y la psiquiatría) hacia el conjunto de la sociedad, en concordancia con los principios y prácticas de la salud mental comunitaria. Salvando las diferencias de contexto social y político, podríamos decir que en cierto modo la nueva AEN integraba buena parte de la identidad y los proyectos que en la época de la AEN de tiempos republicanos asumió la Liga de Higiene Mental, pero ahora sin desdoblarse, asumiendo ese amplio espectro de objetivos desde la AEN.

Desde esta perspectiva, los profesionales en sus asociaciones autonómicas estarían llamados a establecer alianzas para promover cambios en contextos sociales de la vida comunitaria: trabajar de cerca con profesionales de servicios sociales y de atención primaria, también con los centros escolares, con asociaciones de vecinos, de usuarios y de familiares (con quienes se establecieron en algunas comunidades grupos conjuntos de “seguimiento de la reforma”, por ejemplo).

Además de esa necesidad de cercanía con la vida real en los distintos territorios, había otra razón de peso para impulsar el despliegue de asociaciones autonómicas: el propio Estado y la administración sanitaria, además de las distintas agencias de servicios sociales y el resto de competencias que también afectan a la salud mental (empleo, justicia, vivienda...), estaban virando en la misma línea de descentralización y transferencia de competencias a las comunidades autónomas. Pronto, serían las comunidades autónomas las responsables de los planes de salud mental, con las correspondientes decisiones sobre la desinstitucionalización y demás aspectos de la gestión social y sanitaria que afectan de cerca a la salud. Y nada mejor que una buena red de asociaciones autonómicas para hacer un buen seguimiento de esas reformas e intentar participar en los procesos de cambio, desde dentro y desde fuera de las instituciones.

El proceso de descentralización y autonomización asociativa no siempre fue fácil, y en general se fue desarrollando con ritmos y eficacia desiguales (2,3). Sin que ahora podamos entrar al detalle, sí podemos señalar algunos aspectos relevantes, como la dificultad de volcar tantas energías, tiempo y dinero en las actividades de ambos niveles de organización (central y autonómica) o la necesidad de armonizar los liderazgos en ambos niveles. En definitiva, el crecimiento y vitalidad de las asociaciones autonómicas fue muy variable, dependiendo también de la vitalidad de la reforma y los cambios.

Editores Dossier: *En el seno de la AEN, la primera asociación autonómica constituida fue la andaluza, en 1982. Posteriormente, a lo largo de los años 80 y 90, se fueron creando otras asociaciones autonómicas: Galega, Madrileña, Asturiana, Balear, Canaria, Castellanoleonesa, Castellanomanchega, Vasca, Murciana, junto con otras más recientes.*

Ander, tú fuiste presidente de Osasun Mentalaren Elkarte (OME-Euskadi) durante el periodo 1993-2000. La aparición de dichas asociaciones autonómicas, ¿ha sido un proceso fácil y homogéneo?

Ander Retolaza: El proceso fue constante, pero en absoluto fácil ni homogéneo. Ha habido asociaciones autonómicas, incluso en comunidades autónomas relevantes por su historia y población, que han tardado mucho tiempo en funcionar de una manera operativa, como es el caso de Cataluña, que proporcionó a la AEN una

serie de socios relevantes en los momentos iniciales de la Transición (finales de los 70), pero no disponía de asociación autonómica (o al menos no funcionó como tal, creo recordar, hasta bien entrado el siglo XXI)¹. En lo que toca a la Asociación Vasca, disfrutó de un primer período relativamente activo con motivo de la celebración del XVII Congreso de la AEN en Donostia-San Sebastián, en 1986, en el que oficialmente se constituyó. Entró con posterioridad en un período de progresiva inactividad, con cese, por incomparecencia, de la mayor parte de su junta directiva, hasta que, a principios de los años 90 (durante la junta directiva de Manuel Desviat), se organizó una comisión gestora con el objetivo de reconducir su singladura. Desde entonces ha mantenido una actividad ininterrumpida, aunque con diferente intensidad de actividad entre diversos períodos durante el tiempo transcurrido. En 1998 se celebraron unas Jornadas Nacionales en la localidad vizcaína de Getxo organizadas por OME, que es el nombre de la asociación en el País Vasco, y finalmente, durante la presidencia de Francisco Chicharro, en 2006, se organizó el XX Congreso de la AEN en Bilbao, que tuvo un notorio éxito de participación y económico. Esto contribuyó a que la Asociación fuera mejor conocida en el entorno del País Vasco y ejerciera una relativa influencia. Como muestra de ello, desde entonces la administración vasca siempre ha tenido en cuenta reservar representación a la AEN en comisiones y grupos de trabajo que han surgido a lo largo de los últimos veinte años. Es el caso, entre otros, del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, la Estrategia en Salud Mental de la CAPV (2010) y la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (2019).

Editores Dossier: *Pedro, con casi cuarenta años de existencia, la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM-AEN) ha sido una de las primeras que se crearon, en pleno proceso de encaje administrativo por parte de la AEN para convertirse en una federación de asociaciones. Como expresidente de la AMSM desde 2006 a 2011, ¿cómo fue el momento de creación de “la madrileña”?*

Pedro Cuadrado: La AMSM, desde su creación en 1987, se plantea “contribuir en la AEN a una reestructuración organizativa que reconozca las Asociaciones Autonómicas como eje principal”, proponiendo, en la Asamblea de noviembre de 1989, varias enmiendas al proyecto de Estatuto de la AEN, que no prosperaron, para transformarla en una federación de asociaciones autonómicas (4). Y como señala Fernández Liria (5), aunque estatutariamente no se recoja como tal, una de las grandes transformaciones de la AEN ha sido que desde los años 90 “ha funcionado como una estructura federal de hecho”. Una gran parte de las autonómicas asumieron en sus territorios todas las funciones que tenía la AEN a nivel estatal: se dotaron de

¹ En 1990 se fundó la Associació Catalana de Professionals d'Atenció Pública en Salut Mental, que funcionó de manera autónoma durante diez años, integrándose en la AEN-PSM en el año 2000.

unos estatutos, de una estructura organizativa con distintas comisiones (Docencia, Clínica, Evaluación Asistencial, Relaciones) y de un órgano de difusión, el *Boletín*, que, en el caso de la AMSM, pasó en poco tiempo de ser una hoja informativa de las asambleas y decisiones de la Junta de Gobierno a una auténtica Revista de la AMSM, con editorial, artículos de fondo, colaboraciones científicas, temas de debate, revista de prensa, etc. En este sentido, la historia de la AEN en la última década del siglo xx y, sobre todo, en el primer cuarto del siglo xxi solo se entiende leyendo la historia de sus secciones junto a la historia de sus asociaciones autonómicas.

Editores Dossier: *En 1984 se formaba una comisión gestora para constituir la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), que decidió mantenerse independiente hasta que en 1998 se vinculó con la AEN. Chus, como directora de su órgano de difusión (Siso-Saúde), ¿cómo ha sido la evolución de la Asociación Galega dentro de la AEN?*

Chus Gómez: La AGSM siempre mantuvo extraordinarias relaciones con la AEN. Muchos de sus miembros históricos fueron potentes activistas y fomentaron el asociacionismo entre los jóvenes que empezábamos nuestra andadura en la especialidad, contribuyendo así a favorecer la implicación activa en la vida asociativa y en sus distintas comisiones. Las razones esgrimidas para invitarnos a asociarnos a la AGSM y a la AEN se basaban en los valores de compromiso en juego: promoción de una política de salud mental defensora de una asistencia pública de calidad, orientada hacia el respeto y fomento de los derechos humanos y caracterizada por su carácter multidisciplinar y su apuesta por el trabajo comunitario. Así mismo, muchos miembros fueron muy activos en diferentes juntas directivas y en la organización de jornadas, congresos y encuentros. Formaron parte de las comisiones que realizaron informes muy relevantes de carácter histórico, contribuyendo a la mejora de la atención en salud mental en este país, como el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (abril 1985) y el decreto que regula la salud mental en Galicia, todavía vigente (Decreto 389/1994, de 15 de diciembre).

Es cierto que era un momento histórico donde el asociacionismo era pujante, la sociedad estaba cohesionada en la defensa general de sus derechos y las asociaciones tenían prestigio y una participación muy activa en la vida social del país. La ideología tenía un gran peso a la hora de elegir qué modelo de salud mental se quería defender. Mi impresión es que esta situación se mantuvo, con mayor o menor fuerza, hasta el comienzo del segundo milenio, fecha en la que todo esto cambia. El discurso oficial psiquiátrico preponderante pasó a ser el biologicismo a ultranza, que, aliado con las terapias cognitivo-conductuales, pasó a tener un dominio prácticamente hegemónico en lo social y a nivel del discurso universitario y oficialista. Se produjo un laminado del resto de discursos, que sostenían o defendían otras causas y otras maneras de entender y abordar el sufrimiento psíquico. La soberbia de ese

discurso biológico vinculado a la farmaindustria se constituyó como un poderoso *lobby* de poder, que crecía a medida que se invertían enormes cantidades de dinero en *marketing* propagandístico para implantar y convencer a la población de que las “enfermedades mentales” eran como las demás (orgánicas y por desequilibrios en los neurotransmisores). Había llegado el momento de ponerle fin y dejar de ser “la cenicienta de la Medicina”. Por fin la psiquiatría era una especialidad médica más, cuyo objeto de estudio era “el cerebro”, y su remedio, los novedosos y potentes psicofármacos. Había que alejarse y dejar atrás lo que habían sido años de atraso y subirse al “tren de la ciencia y el progreso”.

En mi opinión, esta descripción de trazo grueso afecta tanto a la AEN como a la AGSM, cuyos presupuestos ideológicos estaban en consonancia. Los vaivenes asociativos creo que pudieron estar influidos, por un lado, por cuestiones de índole social (se producen cambios subjetivos y políticos de relevancia, que dejan marcas en el discurso y en la organización social) y, por otro, porque empieza a cuajar un modelo individualista, muy orientado por lo tecnológico. Todo ello afecta a los lazos sociales, que se deshilachan y producen pérdida de cohesión entre los asociad@s, así se van adelgazando y debilitando lazos personales, vitales para que una asociación se sostenga viva. Eso unido a una lluvia incesante de propuestas “formativas” de farmaindustria, muy seductoras, gratis o incluso remuneradas, vinieron a dar la puntilla final a un asociacionismo con una vertiente de defensa ideológica muy activa, que en este nuevo discurso “cientificista” parecía que ni tenía sentido, ni lo político tenía cabida.

Editores Dossier: *¿Y cuáles pudieron ser las razones por las que, al menos en un principio, se quisiera mantener la independencia en relación con la AEN?*

Chus Gómez: La AGSM siempre estuvo hermanada con la AEN, pero sus soci@s siempre quisieron mantener su independencia en aras de defender y sostener una singularidad propia, orgullosa de lo periférico, de su manera de hacer, acorde a la idiosincrasia de nuestro pueblo, organizado subjetivamente por un idioma propio, que envuelve y constituye la atmósfera de nuestra existencia, da forma e impregna nuestras producciones, tanto teóricas como organizativas del trabajo entre nosotros y con los otros. Un anhelo de mantener esa autonomía que, histórica e ideológicamente, había estado muy machacada por la centralidad discursiva de un franquismo demoledor, de gran potencia ideológica. A esto siempre se unió el potente deseo de sostener nuestra revista *Siso-Saúde*, que servía de órgano de difusión y enlace entre la colectividad de profesionales de distintas corrientes teóricas que formaban el universo galaico de Salud Mental. En ella tenían cabida las lenguas oficiales del Estado y tenía una vocación más amplia que lo estrictamente *psi*; siempre mantuvo una relación con el arte, las ciencias humanas, la filosofía... muy potente. Cada edición

era un acontecimiento alegre en nuestra pequeña comunidad. Desde su nacimiento ha sido el órgano de difusión de la vida de la AGSM y la plataforma para que los residentes se atrevieran a escribir.

Editores Dossier: *Ander, ¿han sabido las asociaciones autonómicas acompañar a los procesos de reformas psiquiátricas generados en cada territorio?*

Ander Retolaza: Con respecto al hecho de acompañar o no las reformas psiquiátricas en cada territorio autonómico, mi impresión es que ha habido variabilidad. Me parece especialmente claro en el caso de Asturias, donde sí se pudo hacer este acompañamiento. Ello, en parte, fue debido a que personas pertenecientes a la Asociación accedieron a cargos de responsabilidad desde momentos muy tempranos y finalmente se alcanzó con Pepe García la propia consejería. Y las ideas fueron muy claras y determinantes en el sentido de fomentar la reforma asistencial y sus principios rectores durante todo el proceso.

En Andalucía y, quizá, en el caso de Navarra, también hubo en mi opinión un buen empuje por parte de la AEN durante los momentos cruciales del proceso, consiguiendo colocar a personas de la Asociación (con el consiguiente apoyo de asociados y, en gran parte, del público en general) entre los cuadros de la Administración que gestionaron las correspondientes reformas.

Hay que destacar que estas tres autonomías fueron las únicas en conseguir cerrar por completo los hospitales psiquiátricos monográficos (manicomios) de sus respectivos territorios. En Madrid, por ejemplo, ocurrió esto de una manera limitada, ya que solo estuvo claro en el caso de la reforma del manicomio de Leganés (1986-1991), dirigida por Manuel Desviat.

En el caso del País Vasco, se inició un proceso de cambio en 1983, pero en el mismo no hubo una intervención directa de la AEN, entre otras cosas porque no existía aún una asociación autonómica. Sin embargo, este proceso es coetáneo del impulso inicial habido al amparo de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica Española (en la que participó José Guimón), auspiciada por la AEN, y de los debates preparativos de la que luego sería la Ley General de Sanidad (1986), cuyo artículo 20 estaría dedicado a la salud mental y fue inspirado también por la AEN.

En el País Vasco el proceso implicó, sobre todo, la creación de centros de salud mental comunitarios, así como algunos programas diferenciados. En lo relativo a la provincia de Bizkaia, lo anterior se acompañó de una cierta puesta al día de las estructuras manicomiales (Hospitales de Zaldibar y Bermeo), en las que se renovaron las direcciones. El hospital de Zamudio, también conocido como Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás de Achúcarro, apenas sufrió reformas, debido a que era más moderno, de menor tamaño (150 camas) e ingresaba básicamente procesos agudos y subagudos. Todo el proceso contó con la inspiración e ideas, desde la distancia en

Suiza, de Julián Ajuriaguerra, cuya firma preside la comisión asesora que redactó el plan inicial (6), y que era mentor del mencionado José Guimón. Este fue el que, de una manera más pública, se hizo cargo de los aspectos prácticos del plan. En ese momento, OME (la asociación vasca) no estaba constituida como tal.

En cuanto a Gipuzkoa, el aspecto fundamental a conocer es que la red pública nunca ha dispuesto de un hospital monográfico de tipo manicomial. Sencillamente, el Servicio Vasco de Salud concertaba y concierta todos los ingresos de media y larga estancia con el Hospital Psiquiátrico de Mondragón, que, en su tiempo, disponía de una doble división para hombres y mujeres de forma separada. La red pública (Departamento de Sanidad y Osakidetza) se encargó de gestionar solamente los centros de salud mental y las estructuras intermedias organizadas en torno a ellos, que, poco a poco, se fueron ampliando.

El hecho de que no hayan existido hospitales públicos de gran tamaño en el País Vasco (en Bizkaia ninguno superior a las 250-300 camas) probablemente restó radicalidad al proyecto. Sin embargo, se puede decir que la AEN y luego OME siempre han estado presentes en el proceso, aunque –como se ve– sin ser determinantes en él, pues no se alcanzaron cargos de relevancia en la Administración. En algunos momentos se consiguió disponer de direcciones de hospital y jefaturas de servicio, por lo que la influencia sobre el proceso por parte de OME y AEN ha sido solo parcial e indirecta.

Solo tras la organización de la Red de Salud Mental de Bizkaia (2010), con presencia de algunos cuadros de OME en su equipo de mando, se consiguió, al menos en sus primeros años, equilibrar un tanto el balance de recursos y presupuesto, aumentando la proporción de ambos dirigida a la red extrahospitalaria y reduciendo algunas camas en los hospitales de Zaldibar y Bermeo. Pero el proceso ha quedado detenido debido a las dificultades de negociación, organizativas y presupuestarias surgidas con la Diputación Foral de Bizkaia, que es la encargada de todo lo relativo a los servicios sociales en el territorio, incluida su financiación.

Aunque no conozco el tema en detalle, creo que en la mayoría de las comunidades el proceso de reforma y cambios democráticos ha sido también dificultoso y lento, siendo la influencia de la AEN relativa y parcial. No obstante, su presencia era constante allí donde estaba organizada. En el caso de Cataluña la Asociación desapareció del panorama tras los primeros años de reforma y solo en fechas muy posteriores retomó su estructura organizativa y pudo ser tenida en cuenta. En Cataluña la coexistencia de servicios privados (muchos de ellos de naturaleza religiosa y fuerte tradición en el campo de la salud mental) y servicios públicos (el ICS, Instituto Catalán de la Salud) siempre ha añadido complejidad al proceso, en el que han surgido experiencias muy variadas, algunas de ellas incluso innovadoras, junto a otras situaciones de franco anquilosamiento institucional.

Editores Dossier: *¿Y cuál ha sido la participación de la AMSM, en particular, en la referida elaboración de análisis críticos de los modelos de atención en salud mental?*

Pedro Cuadrado: Podemos diferenciar tres etapas: la primera, desde su creación en 1987 hasta el 2002, con las transferencias sanitarias; la segunda, hasta 2012, con la integración de los dispositivos y recursos de salud mental en las gerencias hospitalarias; y la tercera, hasta la actualidad, con la consolidación del nuevo modelo asistencial definido en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014.

En la primera etapa, son profesionales ligados a la AEN y luego a la AMSM, desde sus puestos de gestión o como parte del Gobierno Regional de la Comunidad de Madrid, los que ponen en marcha los procesos de reforma psiquiátrica (7), y, a través del primer Plan de Salud Mental de 1989-1991, proponen un modelo asistencial territorializado, con el eje Atención Primaria-Centros de Salud Mental como centro del sistema, con continuidad de cuidados, equipos interdisciplinarios, funcionamiento por programas y un horizonte de creación de una Red Única con la integración de los recursos de la Comunidad, el INSALUD y los ayuntamientos. En el *Boletín de la AMSM* de 1992 (8), se consideraba que “va cristalizando en nuestra Comunidad un modelo asistencial que satisface una parte de los requerimientos que considerábamos imprescindibles”. Y ya señalaban las discrepancias y las lagunas “en la dotación de determinados profesionales y programas (infanto-juvenil y psicogeriatría) y en la generalización de la red de dispositivos intermedios”. Estas lagunas, junto a las discrepancias en el modelo de alternativas a la institucionalización psiquiátrica o la ubicación, en Servicios Sociales, de la atención a las drogodependencias, se mantendrán más allá de 1996 con el cambio a un gobierno del Partido Popular, que llega sin ningún plan para la salud mental y sin que esta sea ninguna prioridad. La calma, el desencanto y la desidia, también entre los profesionales, marca el fin de esta etapa, desde 1996 a 2002 (5).

La segunda etapa se inicia con la publicación de la LOSCAM en diciembre de 2001, unos días antes de que se hagan efectivas, en el 2002, las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas. La LOSCAM crea un nuevo marco legal, que diferencia la autoridad sanitaria (financiación), la compra de servicios (aseguramiento) y la provisión de estos (prestación de la asistencia sanitaria), y que va a permitir al Partido Popular, ya con un plan bien definido y a largo plazo, ir desmontando el modelo surgido del Plan de 1989-1991. La AMSM hace una enmienda a la totalidad por lo que supone de fragmentación de la red única con creación de redes paralelas (el hospital y sus unidades específicas, hospitales de día concertados, la Red de Rehabilitación concertada y dependiente de los Servicios Sociales, la Red de Atención a Drogodependencias, dependiente de Servicios Sociales y concertada), por la recuperación del hospital psiquiátrico a través de las Unidades de Cuidados Psiquiátricos

Prolongados y por su política de recursos humanos dirigida a la medicalización de la Red (psiquiatras, enfermería), priorizando la contratación de personal en los recursos hospitalarios. La AMSM sigue creyendo en la Red y apostando por la integración de redes, pero la Consejería de Sanidad tiene otros planes para la atención a los problemas de salud mental: convertirla en atención psiquiátrica y funcionar como una especialidad más, para lo cual se determina la integración, a partir de 2011, de la Red de Centros de Salud Mental y otros dispositivos ambulatorios en las Gerencias Hospitalarias dependiendo de sus Servicios de Psiquiatría. En el último periodo de esta etapa, la AMSM deja a un lado su especificidad y se integra en el movimiento sanitario general de defensa de la sanidad pública y oposición a la privatización a través de La Marea Blanca, que termina consiguiendo la paralización judicial de la privatización. El fin de esta etapa es la aprobación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 (9). El balance final de esta década larga y la posición de la AMSM se recoge en el Informe sobre la Atención de Salud Mental en Madrid (10).

La tercera etapa es la de la consolidación del modelo propuesto en el Plan de Salud Mental 2010-2014, con la integración de la Red Sanitaria de Salud Mental en las gerencias hospitalarias, la fragmentación de la red (con el mantenimiento de una red concertada de Rehabilitación Psicosocial dependiendo de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, y una Red de Atención a las Drogodependencias, concertada en su mayoría, no sanitaria y dependiente en su mayoría de los ayuntamientos), un aumento de plazas concertadas de media y larga estancia y unas barreras casi insalvables para la atención a las demandas por trastornos mentales comunes dejados en manos de una Atención Primaria cada vez más precaria y sin recursos ni formación para hacerse cargo de los mismos. Lo que anunciaba la AMSM en su informe de 2014 (10) es lo que tenemos hoy en día. Y en esta etapa la AMSM ha desplazado el foco desde el modelo asistencial a la crítica de determinadas prácticas de este, ya sean prácticas específicas, como sobre la medicación, la conculcación de derechos o la coerción, o cuestionamientos más generales del modelo de sufrimiento psíquico y su abordaje, incorporando la mirada de los usuarios diagnosticados de trastorno mental grave, miradas de identidad y de género o de salud mental colectiva. La pandemia supuso un test de esfuerzo para la red, con una deserción de los profesionales de la red de atención pública, y los centros de salud mental no pueden cubrir las vacantes por falta de profesionales. En este contexto la AMSM vuelve a proponer como solución la recuperación de un modelo de atención comunitario.

Editores Dossier: *Las ambivalencias a las que se enfrenta una asociación autonómica a lo largo de su recorrido no deben ser fáciles. Enfrentarse a preocupaciones locales de tipo asistencial, normativo y presupuestario, poner en valor el territorio autonómico y a su vez reconocerse dentro de una AEN que legitima intereses e influencias comunes al territorio es todo un reto. Sin embargo, reconociendo las especificidades y necesidades*

de cada territorio local, existen unos desafíos que son comunes en todos los territorios y a los cuales las asociaciones autonómicas deberán dar respuesta. Berna Villarreal ha sido presidenta de la Associació Catalana de Professionals de Salut Mental hasta el año pasado. Berna, ¿qué retos comparten las asociaciones autonómicas a los que enfrentarse en un futuro cercano? ¿Son los mismos desafíos a los que se enfrenta la AEN en su conjunto o te parece que hay elementos diferenciadores de peso?

Berna Villarreal: En un mundo contemporáneo marcado por la rapidez y la incertidumbre, es esencial que las asociaciones autonómicas en salud mental reconozcamos y valoremos las oportunidades que se nos presentan.

En la primera línea asistencial, la falta de tiempo para reflexionar y los cambios en la realidad de los servicios y equipos presentan desafíos significativos. La necesidad de sostener espacios de equipo y atención común se ve obstaculizada por diversos factores que debilitan y fragmentan el pensamiento holístico, promoviendo reduccionismos y etiquetajes diagnósticos. Contribuir a “pensarnos” en clave comunitaria implica identificar las necesidades actuales de prevención, tratamiento y rehabilitación en la población de un territorio determinado, desplazando el enfoque asistencial desde lo hospitalario hacia la comunidad. Este pensamiento incluye diversos ejes: uno psicopatológico, otro político y de organización sanitaria y un tercero que considera la salud desde una ciudadanía incorporada como sujeto activo en el proceso, donde su voz cuenta (11).

Como decía Manuel González de Chávez, el trabajo de los profesionales tiene un carácter transformador cuando “no se limita a la atención a las demandas tal cual se presentan, sino se actúa sobre ellas, ampliando la perspectiva global de la población sobre los problemas mentales, reduciendo la tecnificación inadecuada del sufrimiento psicológico de los sujetos, colaborando con los servicios sociales y sanitarios, provocando mayor conciencia y exigencias ciudadanas y rompiendo el techo actual de las instituciones, ampliándolo a nuevas posibilidades” (12).

La protección de lo terapéutico representa un reto en una sociedad marcada por la polarización y la estigmatización. Es crucial promover actitudes que integren la diversidad y respeten los derechos de todos los individuos, contribuyendo así a reducir las desigualdades y la opresión. Nuestra Asociación es muy valiosa, porque posibilita el trabajo y la colaboración entre el conjunto de disciplinas sanitarias y sociales que compartimos funciones terapéuticas. También hemos sido pioneros en el respeto a los derechos de las personas que sufren problemáticas de salud mental y su incorporación a nuestro tejido asociativo. Desde esta perspectiva, podemos definir “lo terapéutico” como aquello que cura y beneficia a la persona con sufrimiento mental y a su entorno vincular, y que tiene una vertiente social y política, contribuyendo a reducir las diferencias de poder y opresión.

La apertura y la creatividad son fundamentales para abordar los problemas de salud mental de manera efectiva. La interdisciplinariedad y el intercambio de experiencias en nuestra Asociación nos permiten explorar nuevas perspectivas y enfoques, enriqueciendo nuestro trabajo y nuestra comprensión de las problemáticas de salud mental. Nuestro entramado asociativo nos abre importantes oportunidades en este sentido (grupos de trabajo, secciones y participación en jornadas y congresos). Conocer la historia de la atención a la salud mental y poner en contexto nuestros dispositivos es útil en estos procesos creativos y para lograr que nuestro trabajo no se desconecte de las realidades actuales y “se conviertan en unidades huérfanas del ayer y sus razones” (13).

Por último, la participación y el activismo son herramientas poderosas para defender los valores y prácticas que promueven una salud mental colectiva digna. Es necesario combatir los modelos que perpetúan la medicalización del sufrimiento humano, defendiendo una “farmacoterapia racional y razonada, fundamentada en el conocimiento actual y no en las falsas ilusiones propagadas por la industria farmacéutica” (14). También es necesario abogar por prácticas que incluyan los determinantes sociales de la salud mental, tanto en el diagnóstico integral como en la intervención integrada que pone en diálogo colaborativo a los profesionales para comprender y jerarquizar las necesidades y decisiones de cada persona en un momento dado.

En resumen, podemos identificar varios hitos complementarios: contribuir a la reflexión sobre la salud mental en comunidades concretas, proteger lo terapéutico, fomentar la creatividad y la apertura, y defender el modelo comunitario. De esta manera, las asociaciones autonómicas de la AEN enfrentamos el desafío de adaptarnos a un entorno cambiante y complejo y podemos promover el bienestar mental y la inclusión en nuestras comunidades.

Editores Dossier: *Es evidente que el desarrollo de las asociaciones autonómicas ha sido desigual y que las características locales influyen de manera diversa en sus actividades y en su propia viabilidad, a veces de manera drástica, como en el caso de la Asociación Galega, recientemente disuelta. Chus, ¿qué elementos han podido influir en esta decisión?*

Chus Gómez: Es una pregunta que requiere de un análisis profundo, por lo complejo de la situación. En ella confluyen muchos factores. Está por hacer una reflexión pausada y serena, ahora ya con una cierta perspectiva temporal, que permita una lectura razonable y ponderada de los factores que desencadenaron esta situación actual de *impasse*, que espero sea temporal.

Es cierto que las jóvenes generaciones de profesionales de salud mental no se interesan por el asociacionismo. Son hijos de otra época, que organiza su subjeti-

vidad, intereses, compromisos y valores de acuerdo con otras coordenadas. Quizás para ellos hay otras maneras de participar e implicarse diferentes, más mediatizadas por el uso de la tecnología, y quizá no hemos sabido orientarnos, pero no lo sé. Esto implica que el relevo generacional esté muy comprometido, aunque no es inexistente; siempre ha sido complicado, pero ahora parece un poco más. No existe un deseo decidido para hacerse soci@ de una asociación profesional, y menos aún para implicarse en una junta directiva por el trabajo que eso supone, a veces poco grato. El factor desideologización me parece clave.

Es algo que a muchos jóvenes le suena a chino, pero, en mi opinión, en este oficio complejo es algo muy relevante. A esto se unen otros posibles factores que, unidos, van deshilachando las relaciones personales y al final se diluye todo; si no existe deseo, la Asociación va perdiendo vitalidad, adelgazándose hasta casi desaparecer. Por otro lado, este tiempo está muy marcado por el individualismo. Cada uno nos ocupamos de nuestro pequeño mundo, ya de por sí bastante complicado; la vida se ha acelerado, diversificado y complejizado mucho más que hace unos años. El tiempo también tiene su peso, otra dimensión, se ha vuelto escaso, cuesta añadir más carga de trabajo a la ya existente, y estar activ@ en una asociación lo va a requerir. La pregunta entonces sobre si merece la pena se abre. Pero en absoluto el futuro de la AGSM depende de la relación con los jóvenes, ni muchísimo menos. Cabe preguntarse qué nos pasa, o qué nos ha pasado por el camino a los no jóvenes en este aspecto, qué hemos transmitido para que el resultado sea este páramo asociativo. Se me ocurren algunas preguntas que son extrapolables a lo que ocurre en las dinámicas de los servicios de salud mental: ¿se han agudizado conflictos interdisciplinarios que siempre han existido?, ¿qué pasa con las luchas de poder, más o menos abiertas, que son, han sido y serán parte de la vida de cualquier grupo humano y tienen siempre peso en estas situaciones? Hay una franca ruptura de las relaciones interdisciplinarias y conflictos abiertos de reubicación de roles y de lugares, y tiene consecuencias, entre las cuales están el distanciamiento como resultado y una política de “cada uno por su lado”.

El cansancio hace su parte, pero eso no lo justifica; lo que es innegable, me parece, es que ha habido un cambio de discurso subjetivo que ha precarizado las relaciones humanas, que la relación interdisciplinar está en quiebra y que la “profesionalización” del oficio de lo *psi* ha restado parte de cierto activismo de unión y lucha de otro tiempo, que ya no existe y que en mi opinión es necesario para seguir avanzando juntos, con las singularidades de cada grupo participante, desde el respeto y la colaboración. Por otro lado, lo políticamente correcto campa como nunca a sus anchas y el temor a disentir creo que está muy presente. No existen foros de encuentro asociativos en los que los conflictos se expongan para intentar buscarles solución. La palabra no circula, por tanto, aparece el desánimo y surge una cultura

del “sálvese quien pueda y de cada uno a lo suyo”, que no es diferente a la que se vive a veces en los servicios de salud mental, disgregados y parcelados, sin un trabajo conjunto en el que el paciente y la clínica nos una a todos.

No sé, algo de esto quizá sea cierto, pero está por hacer una reflexión seria, entre l@s soci@s, y ese lugar me parece la asamblea, máximo órgano de gobierno, en la que se pueda abrir la palabra para exponer y debatir qué ha sucedido, qué pasa, para poner sobre el tapete los factores en juego, y en ese espacio decidir qué futuro es posible para la AGSM. La mía, en definitiva, es una opinión sin más; son precisas muchas opiniones y un espacio de acercamiento para saber qué queremos para nuestra Asociación, si es que aún hay deseo de que exista, o se debe concluir que hasta aquí hemos llegado en esta historia y cerrar página. Sea una cosa u otra, eso solo en la asamblea se puede decidir.

Editores Dossier: *Finalmente, una última pregunta para Pedro Marina, como actual presidente de la Asociación Asturiana. ¿Cuál crees que está siendo la evolución actual de algunas señas de identidad de la AEN como son su diversificación y descentralización? ¿Se ha conseguido conformar una unión entre las autonómicas manteniendo las características diferenciales de cada una de ellas?*

Pedro Marina: En efecto, la descentralización organizativa de la AEN-PSM a través de asociaciones de ámbito autonómico constituye una de las señas de identidad más marcadas de nuestra Asociación y posiblemente el componente más notable de su organigrama.

De esta manera, una asociación de titularidad estatal ha conseguido vincularse con la singularidad de los distintos territorios propiciando en los socios y socias un sentido de pertenencia que surge de lo local.

Las asociaciones autonómicas disponen de un conocimiento de las singularidades locales que permite modular y adaptar las propuestas y valores de la organización a las necesidades específicas del territorio, de modo que las iniciativas generales, una vez que son debatidas y matizadas por las juntas autonómicas, pueden llegar a ser asumidas como propias.

De otro lado, las asociaciones autonómicas aportan a la estatal una visión de la realidad desde los espacios que les son propios, lo que permite obtener y compartir una contemplación en conjunto del mosaico de la salud mental en España. Este potencial ha permitido a la AEN-PSM, en especial a partir de iniciativas como El Observatorio de Salud Mental, elaborar y aportar información sobre la organización y características de la red de la atención a la salud mental y sus profesionales, que se ha convertido en un referente y la única fuente de información a escala nacional sobre aspectos tan relevantes. Este es un modelo de proyectos compartidos entre Juntas para fomentar y desarrollar en el futuro.

La AEN-PSM tiene un decidido y comprometido interés en lo comunitario, perspectiva que necesita ser articulada mediante la participación y colaboración con otras asociaciones y organizaciones afines que trabajan en el territorio, y esto solo es posible a través de las asociaciones autonómicas. La organización de actividades conjuntas teje redes y permite sustanciar los valores comunitarios, otra de las señas de identidad más destacadas de nuestra Asociación.

Toda la actividad que despliegan las autonómicas constituye su carta de presentación y, por extensión, de la AEN-PSM. Es la manera en que la Asociación se proyecta en la sociedad mediante sus valores y objetivos. Objetivos entre los que se encuentra también el propiciar un espacio para el encuentro, la formación y expresión de las personas asociadas, de modo que las actividades sean también un vehículo imprescindible para la participación y fomento del sentido de pertenencia, esenciales en este momento de crisis de la vida asociativa para fidelizar y atraer a nuevas asociadas/os.

De todos modos, aunque el modelo descentralizado de organización de la AEN-PSM tiene grandes ventajas, no está exento de dificultades. Mantener un proyecto común respetando las singularidades requiere un esfuerzo y una capacidad de diálogo de los que han hecho gala el colectivo de personas que han ido formando parte de las distintas Juntas Estatales y Autonómicas, de modo que, si bien a lo largo de la historia compartida se han vivido momentos de tensión, siempre han podido ser reconducidos.

Por tanto, el modelo de gestión de la Asociación en el que conviven las Juntas Autonómicas y la Estatal es, en mi opinión, un modelo eficaz. La articulación de la vida asociativa alrededor de las asambleas autonómicas promueve la participación de las socias/os en temas que les son cercanos y permite una traslación de los valores asociativos a los hechos cotidianos. La representación de la asamblea a través de la Junta personaliza la tarea y la dinamiza.

Por otro lado, la configuración de una Junta Estatal donde están representados todos los presidentes de las Juntas Autonómicas hace de ágora donde confluyen, se intercambian, debaten y resuelven los asuntos locales en el marco general y viceversa. A la par que sirve de lugar donde dar y recibir información acerca de la vida asociativa en los otros territorios.

No obstante, la organización territorial entraña también otras dificultades, como la que vivimos en estos momentos por la carencia de personas en disposición de ejercer las funciones representativas, lo que hace que algunas comunidades autónomas nos enfrentemos a grandes aprietos para renovar las Juntas. En este sentido, es necesario que la Asociación de ámbito estatal adopte una postura atenta con los territorios sin Junta a fin de que las socias/os mantengan el vínculo asociativo y puedan propiciar la reactivación de la Junta Autonómica correspondiente cuando se den las circunstancias.

Por último, una reflexión y una propuesta acerca de la comunicación estatal-autonómicas. Para la relación entre Juntas vivimos una época especialmente favorable con todas las aplicaciones y plataformas que facilitan un contacto fluido, favoreciendo el trabajo conjunto sin necesidad de desplazamientos, siempre engorrosos y costosos. Lamentablemente, la inmediatez del contacto no es sinónimo de reflexión y debate e, incluso, el uso de algunas aplicaciones de mensajes cortos las cercenan. En este sentido, me gustaría hacer una llamada para utilizar en la comunicación entre las Juntas los medios más propicios para la finalidad del contacto. Es decir, distinguir entre compartir información, que se puede hacer a través de cualquier plataforma o incluso de varias, y los procesos de toma de decisiones, que requieran debatir y reflexionar, en cuyo caso se debería usar un medio oportuno para la presentación de ideas y argumentos, tal y como en la actualidad permite el correo electrónico. Finalmente, reiterar la enhorabuena por la iniciativa de abrir este proceso participativo y agradecer la oportunidad de estar en él.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Sociedad de Psiquiatría y Neurología. Acta de la sesión pública inaugural que la Sociedad de Psiquiatría y Neurología celebró el 11 de marzo de 1911. Barcelona: Tipografía La Academia, 1911.
- (2) Consejo de Redacción Revista de la AEN. Editorial. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1990; 10(34): 331-332.
- (3) Rosa Rosello R de la. Editorial. Autonómicas de la AEN. La AEN de las autonómicas. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2000; 20(73): 3-5.
- (4) Boletín Informativo de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), Junio de 1990. [Consultado el 29 de agosto 2024] Disponible en: <https://amsm.es/1990/06/28/boletin-de-la-amsm-numero-1-junio-1990/>
- (5) Fernández Liria A. La AEN y la psiquiatría española a finales del siglo XX. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1999; 71(19): 503-520.
- (6) Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Informe de la Comisión Asesora presidida por el profesor J. Ajuriaguerra. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de la Presidencia, 1983.
- (7) Suárez T, Casco J, Corcés V. La reforma psiquiátrica en la Comunidad de Madrid: catorce años de transformaciones sociales. En: García J, Espino A, Lara L (eds.). La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A, 1998; pp. 117-153.
- (8) Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) Invierno 1992. [Consultado el 29 de agosto 2024] Disponible en: <https://amsm.es/wp-content/uploads/2012/05/1992-invierno.pdf>
- (9) Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. [Consultado el 29 de agosto 2024] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009851.pdf>

- (10) Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) Otoño 2014. [Consultado el 29 de agosto 2024] Disponible en: <https://amsm.es/wp-content/uploads/2014/11/amsm-otoc3blo-2014.pdf>
- (11) Desviat M. Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. Madrid: Grupo 5, 2017.
- (12) González de Chávez M. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Mayoría, 1980.
- (13) Desviat M. La reforma psiquiátrica. Valladolid: La Revolución Delirante, 2020.
- (14) López Álvarez M. Mirando atrás para seguir avanzando: Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental. Barcelona: Herder, 2021.