



Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Miembro de la World Psychiatric Association,
Miembro de la World Federation for the Mental Health,
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

RESPUESTA A LA CONSEJERIA DE SANIDAD A LAS ALEGACIONES REALIZADAS POR LA ACN AL BORRADOR DEL PSMC (2018-2023).

RESUMEN EJECUTIVO.

La Junta Directiva de la ACN, tras un proceso interno de consultas, envió a la Consejería de Sanidad el 23 de Mayo, su comentarios al borrador del Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC 2018-2022). En pleno mes de Agosto hemos recibido la respuesta de la DGPA a nuestras alegaciones. Nuestras alegaciones al PSMC fueron realizadas por los órganos de gobierno de la ACN como bien se señaló, no a título personal por ningún miembro de la Junta Directiva.

La ACN, como asociación y junta directiva, no le consta en sus registros, ninguna invitación formal a participar desde los inicios de la elaboración del PSMC y cuando se la he requerido al final del proceso, ya en la fase de validación externa, lo hemos hecho. En ningún momento hemos criticado a los profesionales participantes. Hemos cuestionado sobre todo, los aspectos estructurales y de fondo del proyecto, así como, el procedimiento seguido, que ha impedido nuestra participación como asociación. Está claro que para la Consejería (DGPA) la ACN es una *asociación "externa"* cuando manifestamos discrepancias y hacemos crítica de políticas gubernamentales, a pesar de que, conocemos y ejercemos nuestra actividad profesional y científica *en el Servicio Canario de la Salud*.

La Consejería(DGPA) insiste que habíamos ignorado " los plazos definidos en el propio título del PSMC, (el comprendido entre 2018-2023), la financiación (habrá ficha financiera) y los recursos (sí se alude a ellos, tanto en el análisis de la situación, como en las actividades en las que son el eje central, como en cualquier localización concreta en la que se ha estimado necesario)". Esta respuesta, para nada recoge nuestras observaciones. En el PSMC y en la respuesta se confunde describir con analizar. Cuando la ACN ha comentado la extensión del número de tablas, nos referimos a que las tablas de recursos humanos, recursos económicos, gasto farmacéutico y costes (131-141 pp).no se acompañan de ningún relato. Era cierto lo que decimos. No hay ningún comentario al respecto ni hay proyecciones de sus necesidades.. No hay análisis institucional de esta información relevante.

Se vuelve a aplazar la resolución de las necesidades. Se abre la puerta a la privatización en la consideración de introducir en los principios del PSMC la concertación con la medicina privada, lo que, no ocurre en el III Plan de Salud. Tampoco será un instrumento para mejorar la democratización de la toma de decisiones, al no incorporar la vinculación de las decisiones de las Coordinadoras Insulares con las Gerencias Hospitalarias. Además que la propia contrarreforma de los CIRPAC no ha sido analizada ni debatida en los plenos de los Consejos y perderá su carácter socio sanitario. En este proceso de discusión, la COMASAN no ha debatido, ni aprobado el PSMC, y en la COFUTE cuando se plantea el PSMC estaba cerrado plazo alegaciones. Los derechos de los usuarios no son el eje del PSMC al no ser incorporados como principio del PPlan, ni en propio RECAP valora el grado de satisfacción de los usuarios y la familias con la asistencia proporcionada,.

Lo social de la salud no es un complemento a lo psíquico, como se posiciona la Consejería. La ACN contempla la salud mental imbricada dentro de un complejo cuerpo de políticas económicas, sociales, de salud y de bienestar. El modelo social de la salud ilustra de qué forma, factores relacionados con la vivienda, urbanismo, medio ambiente, transporte, empleo, protección social y políticas fiscales, juegan un papel crucial en el nivel de salud poblacional. En el centro se sitúan las personas con sus factores apenas modificables, como: la edad, sexo y carga genética. A continuación las conductas relacionadas con la salud; en los estratos superiores, el apoyo social y el acceso a los servicios y bienes básicos y en la capa más externa, aquellos factores del contexto ambiental y socioeconómico que no pueden medirse a nivel individual. Unas políti-

cas de salud mental en todas las políticas. No es un factor de voluntad de coordinación, sino de cambio cultural desde la cooperación en todos los ámbitos y niveles.

La ACN reitera que el PSMC tal como se concibe, es más una “Estrategia de Salud Mental” que un Plan de Salud Mental. Una agenda de medidas que el gobernante de turno elegirá a su antojo. O sea, un conjunto de recomendaciones de acciones sin mayores compromisos.

La mayoría de los contenidos del Plan de Salud Mental, aunque muchas de las veces concuerdan con planteamientos que ofrece el Plan de Salud de Canarias, tal y como están formulados sus Objetivos, Acciones y Líneas Estratégicas, nada tienen que ver con los 5 objetivos estratégicos o los 14 objetivos específicos de las 10 Áreas de Impacto, las 4 Áreas de Colaboración. Lo mismo ocurre con las correspondientes 49 Líneas de Actuación y de Colaboración del Plan de Salud de Canarias.

Las actividades (Operaciones/acciones) tal y como están planteadas para cada objetivo específico, constituyen una lista de propuestas no priorizadas, sino probablemente, fruto de las aportaciones en forma de tormenta de ideas, más o menos consensuadas en los grupos de trabajo, dirigidas para desarrollar el objetivo correspondiente. No parece que se haya utilizado una metodología para la priorización de los problemas que han sido escogidos, ni de formulación de las actividades o acciones en función de su capacidad potencial de impacto tal y como se ha planteado en las Conferencias Insulares de Salud, o utilizando otras metodologías adecuadas, orientadas por la condición necesaria de la eficacia potencial de las mismas. Más aún, en una comunidad con *tasas de suicidio desde hace años por encima de la media estatal, aunque esta realidad vuelve a diluirse en el PSMC.*

Las respuestas ofrecidas por la DGPA nos resultan insuficientes, esperando que en el trámite legislativo puedan ser corregidos los aspectos que hemos señalado para viabilidad e impacto real de un PSMC.

FUNDAMENTOS.

La Junta Directiva de la ACN, tras un proceso interno de consultas, envió a la Consejería de Sanidad el 23 de Mayo, sus comentarios al borrador del Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC 2018-2022). En pleno mes de Agosto hemos recibido la respuesta de la DGPA a nuestras alegaciones. Nuestras alegaciones al PSMC fueron realizadas por los órganos de gobierno de la ACN como bien se señaló, no a título personal de ningún miembro de la Junta Directiva. No entendemos tanta insistencia en la respuesta al señalar la misma en un miembro de la Directiva.

La ACN es una organización que elige a sus juntas en asambleas cada tres años, siendo soberana en sus decisiones. Insistimos a la ACN, como asociación y a la junta directiva, no le consta en sus registros, ninguna invitación formal desde los inicios de la elaboración del PSMC a participar en el mismo, y cuando se la he requerido, al final del proceso, en la fase de validación externa se ha participado. En la propia respuesta, se señala que no fuimos invitados en un principio, porque “ se ha estimado que la información de las asociaciones de profesionales es conocida”, con lo cual se ejerce una voluntad deliberada de exclusión y no favorecedora del diálogo. La concepción que tiene la Consejería de la ACN: *una asociación “externa” cuando ejercemos la actividad profesional en el SCS. Por ello, hemos insistido en que la ACN no ha sido invitada a participar, como si lo fueron -desde los inicios del trabajo a las comisiones de las líneas estrategias-, las organizaciones de usuarios en primera persona (que posteriormente se retiran) y la de los familiares. Cada uno interprete esto como quiera. Esto es lo cierto, a pesar de ofrecerle cara a cara al primer Director de programas asistenciales de esta legislatura, nuestra disposición a colaborar, si institucionalmente hubiésemos sido invitados. Y esto no se produjo.*

Una participación delimitada y restringida a un formato estándar, nos parecía y nos sigue pareciendo, algo impropio para la entidad de lo tratado y en el ejercicio de nuestra independencia de la administración pública. Se optó como una forma más pertinente para la clarificación de nuestra posición una valoración global de la naturaleza y capacidad de sostenibilidad e impacto de la propuesta de PSMC en la realidad asistencial. Se nos reprocha nuestra decisión.

En líneas generales, el documento, técnicamente no respeta en su redacción actual las recomendaciones de la OMS, quedándose a medio camino, pese a un empeño reiterado de afirmar lo contrario, no lo hace cierto. Es más, ya lo advertíamos en las alegaciones al borrador:

Es significativo que al definir el PSMC lo que incluye un Plan según la OMS se dice textualmente que “Un plan incluye habitualmente las estrategias, **los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades**” (OMS, 2006)”. Los propios redactores del plan en una amnesia lectora y de comprensión, para nada señalan en el PSMC los plazos de ejecución de las acciones, sus compromisos ejecutivos ordenados temporalmente, y menos aún, “ los recursos humanos, financieros y de infraestructuras, que acompañarán la viabilidad de este PSMC.

La Consejería responde que habíamos ignorado “ los plazos (definidos en el propio título del PSMC, el comprendido entre 2018-2023), la financiación (habrá ficha financiera) y los recursos (sí se alude a ellos, tanto en el análisis de la situación, como en las actividades en las que son el eje central, como en cualquier localización concreta en la que se ha estimado necesario).

Para nada recoge nuestras observaciones En el PSMC y en la respuesta se confunde describir con analizar. Cuando hemos comentado la extensión del número de tablas, reiteramos que precisamente las tablas de recursos humanos, recursos económicos, gasto farmacéutico y costes (PP 131-141) no hay ningún análisis al respecto ni hay proyecciones de sus necesidades. Era cierto lo que decimos. No hay ninguna proyección cuantitativa de futuro y análisis institucional de una información relevante para la sostenibilidad de cualquier propuesta.

Se vuelve a aplazar la resolución de las necesidades y no se detalla la Ampliación y actualización continua del mapa de la sectorización relativa a la distribución geográfica de la población de los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental, para ofrecer infraestructuras con espacios apropiados que permita la privacidad e intimidad del paciente -que aún no está resuelta-, con salas amplias para realizar dinámicas de grupos, así como, para disponer material necesario y adecuado (juegos, mobiliario, salas) para el trabajo con niños.

El PSMC no se posiciona a esos ingredientes centrales, ni se pronuncia si se dispone en nuestra comunidad del número suficiente de profesionales y un análisis de su ubicaciones (indicador del modelo vigente) y si el dinero es suficiente para llevar a cabo lo que se propone, al menos , en lo redactado. Ninguna de estas respuestas satisface a la ACN, y representan su negación con la respuesta ofrecida a burlar los compromisos necesarios. Y es precisamente la ausencia de estos aspectos “los plazos de ejecución de las acciones año a año, sus compromisos ejecutivos ordenados temporalmente, y menos aún, los recursos humanos, financieros y de infraestructuras necesarios” es lo que hace que la viabilidad de este PSMC esté más que en entredicho, que en la respuesta de la Consejería, intenta resolver con un “ aún pendiente a las alegaciones”. No hemos visto desglosado para cada isla en ningún anexo del PSMC la mejora y las nuevas infraestructura, ni la estimación de recursos humanos por categorías profesionales para llevar a cabo los programas y servicios que se proponen , ni tampoco el compromiso de ejecución para cada año de duración del plan, ni una estimación económica a lo ya propuesto. Si nos llama la atención que se califique esos comentarios como una falta de respeto. La respuesta que se nos ofrece ciertamente lo es y seguimos reclamando una respuesta.

Para la ACN, si esto se detalla en la redacción definitiva del PSMC, probablemente tendrá que reevaluar su valoración y posición, pero dependerá esta decisión de la administración pública. No estamos por generar falsos oasis. Decir en su respuesta que si no fuera por ello, la ACN y la Consejería estarían en la misma alternativa, es simplificar los ingredientes sustanciales que en nuestra formulación de principios y organizativa, no se difumina, como lo realiza el PSMC en su respuesta a nuestra alegaciones. Conformar un modelo basado en los derechos humanos, modelo social del enfermedad, transversalidad, y en el trabajo en red para una atención centrada en la persona en el propio domicilio, debe impregnar todas las líneas estratégica, y representaría una alternativa. No por nombrar estos ingredientes se garantiza un modelo coherente asistencial sino como estos se conforman desde una visión compleja e integrada. Al carecer de análisis de la situación -que no es suficiente con describir lo que se hace-, es imposible definir la visión y los objetivos del PSMC. Sin lugar a dudas para la ACN no es la suma de líneas estratégicas.

O sea la ACN apuesta por cambiar el sistema actual, no mejorar las grietas del sistema, que por ningún lado en el PSMC podrá acometer, más aún, cuando, ni en las respuestas ofrecidas, hay un diagnóstico de la situación del sector de la salud mental. Reiteramos que un acumulo de tablas no significa que el PSMC se acompañe de un pensamiento analítico y reflexivo. Adormecer la reflexión con número y números sin un análisis sobre que se nos dice, sin reflexión participativa colectiva cara a cara y en los órganos pertinentes de forma adecuada, nos orienta a lo que se pretendese quedará en ajustar mejor lo que se hace, sin mover la asistencia hacia las nuevas necesidades., Corregir lo que no se ha hecho durante décadas no orienta hacia un modelo social de Salud y menos aún sin una visión global y sistémica.

A la ACN le es grato saber que el PSMC ha recibido numerosas felicitaciones porque en ello irá la suerte de muchos ciudadanos y profesionales, lo cual somete a sus inspiradores institucionales a una mayor responsabilidad por las expectativas generadas en su cumplimiento real en los tiempos señalados. La ACN, en nuestra libertad de decisión, hemos asumido que estas expectativas están amenazadas por la financiación, la carencia de recursos profesionales e infraestructuras insuficientes, una temporalización no precisa de las Acciones, la inestabilidad institucional Insular y por una visión reduccionista del malestar psíquico. Con lealtad lo decimos y evidenciamos. Hemos querido contestar de forma constructiva -no existe otra manera-, desde una visión crítica alternativa. La ACN espera que la embriaguez del "éxito" no embargue su cumplimiento inmediato. Nos alarma que ya sean dos los años de retraso que lleva este Plan de Salud Mental desde su aprobación del mandato del III Plan de Salud, Y que se aprobará, sin hacer juicios, a menos de un año de unas elecciones. Esta es la realidad, Y si algunos colegios profesionales les han felicitado como el de los trabajadores sociales, ellos deberán explicar a sus socios tales razones, ante las carencias de trabajadores sociales de salud mental en la red pública actual de salud mental, y sin ningún dato que se dirija a la corrección de esta carencia. Nosotros también le felicitamos por haber recogido una aportación relevante de la ACN como la

"consideramos que precisamente este PSMC tendría que contener una propuesta de cartera de servicio ya definida, tal como establece el decreto de prestaciones y servicios del SNS, y que en la literatura científica actual, hay más que criterios consensuados para haberla definido y haber presentado la misma y cómo se implementarla."

La Consejería parece haber entendido nuestro señalamiento y se ha recogido que "de forma acorde, hemos realizado un cambio en el Objetivo Específico y actividades a las que alude"

La ACN reitera, que el PSMC tal como se concibe, es más una "Estrategia de Salud Mental" que un Plan de Salud Mental. Una agenda de medidas que el gobernante de turno elegirá a su antojo. O sea, un conjunto de recomendaciones de acciones sin mayores compromisos, Y es, en este aspecto de los compromisos, donde hemos centrado nuestra atención y esfuerzo, sin menoscabo, de otros aspectos del PSMC que también nos ha merecido una oportuna reflexión.

En relación a la **naturaleza voluntaria o obligatoria de la participación, la representatividad y la legitimidad**. Para la ACN, esta cuestión no es un despropósito, sino que cobra su sentido desde una responsabilidad institucional y en el ejercicio de la ciudadanía por la sociedad civil, siendo lo esperable, que los responsables del SCS de los servicios de atención a la salud mental y asistencia psiquiátrica pública en su mayoría, incluido los coordinadores de las USMC y todos los directores del PIRP, hubieran participado, por su responsabilidad institucional y social. sin que esto signifique desmerecer la participación de los profesionales que, voluntariamente así lo decidieran, en una red pública cercana a los 600 profesionales. Pero ya hemos visto que quizás la explicación sustantiva está en la respuesta que ustedes ofrecen y reconocen "una Jefatura de Servicio de Psiquiatría, con un papel muy activo en el PSMC, participando en cuatro grupos de trabajo, en uno de ellos como coordinador". La ciudadanía esperaba que todos los jefes de servicio participaran en el ejercicio de sus funciones lo cual está contenido en sus obligaciones. *Los administrados suponen que los que ejercen mayor responsabilidad también la tiene a la hora de diseñar las necesidades y las soluciones. Debería haberse estimulado su participación institucional, por la propia exigencia de la responsabilidad de sus puestos de trabajo en los servicios de salud mental públicos.* También nos parece que habría que haberse cuidado, por la naturaleza multidisciplinar, la proporcionalidad de la participación de todas las categorías profesionales de acuerdo a su peso en la red asistencial pública y, evitar los imponderables, como la cercanía a donde se toman las decisiones o las simpatías con los máximos responsables.. Y menos legítimo aún, cuando ni tan siquiera, los CIRPAC han sido convocados para ratificar el nuevo borrador de decreto propuesto, ni la COMASAN, como órgano asesor del Gobierno Autónomo ha debatido el PSMC. O en todo caso, se lleva de prisa y corriendo a la Coordinadora insulares de los profesionales, sin la medida suficiente para su análisis colectivo. En el XIX Pleno de COMASAN del 2017 -aun no nos ha llegado el acta- la ACN alego sus reservas con la propuesta de las líneas de trabajo ya definidas como algo hecho por la DGPA. En la respuesta a que las líneas Estratégicas del PSMC nacieron desde un análisis y diagnóstico de la situación de la asistencia, decir que, se confunde la consulta de documentación por expertos con un análisis abierto del sector y cuando se expuso inicialmente en la COMASAN se presentó como algo ya decidido. En otro orden, tampoco nos precisa cuándo profesionales que constituyeron las líneas Estratégicas llegaron hasta el final, ya que, en la propia acta de la COFUTE del día.06/06/2018 se recoge textualmente comentado por unos de los participantes en el PSMC "al final, quedaron pocas personas en los diferentes grupos responsables de cada línea". Es más cuando se llevó a la Coordinadora Insular (COFUTE) el PSMC se

dice a los responsables que “El plazo de alegaciones externas e internas al Plan de SM ya está cerrado”. Cada uno puede hacer su lectura .

Volvemos a insistir, que para nada hacemos crítica a los profesionales que han participado en el borrador del PSMC, *no se empeñen ustedes en enfrentar a la ACN a nuestros colegas*, cuyas razones al insistir tanto ello lleva a considerar la intención de distraer la atención de lo esencial. Nos parece una irresponsabilidad y nos llena de perplejidad. Las críticas de nuestra Asociación, van siempre dirigidas a los responsables institucionales de la Consejería de Sanidad, como ha sido siempre nuestra historia asociativa, en una labor de compromiso público: de mejora de los servicios esenciales y de las condiciones de trabajo de los profesionales. Ejemplos recientes, como ocurrió hace unos pocos años con el posible traslado de la planta agudos del HUC de Tenerife al HP, o los impulsos al reconocimiento en nuestra comunidad de la especialidad de enfermero especialista en salud mental o en la gestión con los directores médicos de los hospitales en Gran Canaria para la continuidad y renovación de los psicólogos clínicos interinos y la transparencia en la gestión de las listas de contratación. Sentimos de verdad, que se utilicen a los profesionales como moneda de cambio y se fomente su confrontación. Los profesionales lo que desean es ser escuchados por las Gerencias Hospitalarias y que las decisiones de sus órganos como las Coordinadoras Insulares formen parte como órganos decisorios dentro del organigrama de funcionamiento del servicio canario de salud. Esto si es una defensa real de la actividad de los profesionales. Para nada se da respuesta en el escrito de la consejería a este carácter democrático y se distrae la atención con otros asuntos irrelevantes, o de menor calado..

En relación a la **participación de “muchos” miembros de la ACN en el PSMC**. No sabemos a partir de qué número en cifras se obtiene este calificativo, pero según nuestras cuentas, no llegan a una mano. Pero si decirle, que nuestra ACN, con sus órganos elegidos democráticamente, en respeto a la libertad de sus socios, no podría ser de otra manera, ha respetado a título personal su participación en el borrador del PSMC. En la misma medida que la junta directiva elegida democráticamente toma sus decisiones y sometió a consulta a sus socios el PSMC no recibiendo ningún comentario a favor de su defensa. Es más algunos de nuestros socios participantes, nos han expresado que se han sentido, por decir algún término benigno, defraudados al comprobar en la difusión del borrador del plan como algunas cuestiones sustanciales, no menores, como **la concertación con los servicios privados en la asistencia a la salud mental** para nada les fue consultado a los participantes y se vieron más que sorprendidos al descubrirlo posteriormente en la difusión del documento. Esta cuestión menos que anecdótica refleja una cuestión más general de estilo. Por cierto, en la respuesta ofrecida, nada se responde a la ACN sobre un PSMC que puede ser la puerta de entrada a la concertación de servicios de salud mental con el sector privado, para la ACN, ni cuando sea “necesario”, porque no apostamos por capitalizar con dinero público la sanidad privada, ni someterla al criterio de la oferta y la demanda, y menos tomar esto como un principio, como se realiza en el PSMC. A la ACN, y a cualquiera de sus socios, este asunto les debe resultar primordial, pero vuelven a centrar la respuesta en asuntos de segundo orden. Por lo tanto, “no ha habido transparencia en la conformación de la toma de decisiones del borrador.” al no ser consultados los participantes sobre estos aspectos, ni tampoco, cuando se elevaron varias propuestas, en algunos de los grupos, ni como se tomaba la decisión de lo aceptado o de lo rechazado.

En relación a la participación de los actuales gestores de Salud Mental en el III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2016-2017 “Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios”, no es falso que participaron todos los miembros de la Jefatura Regional actual. Si comprobamos la relación de participantes publicada (<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>) vuelve a constatarse que se diluye la verdad y a no asumir responsabilidades,, y siendo muy baja la presencia de los profesionales del sector de salud mental en dichos trabajos, y menos aún de los responsables de los servicios, @lguien tendrá responsabilidad sobre esto. La participación en cada uno de los grupos que se conformaron en el III Plan, fue desarrollada por los directores del PIRP y los CIRPAC solo de tres islas (Gran Canaria, Tenerife y la Gomera), que por ciento son miembros de la ACN. Por lo tanto nos reiteramos que lo incluido en el PSMC es producto de los trabajos de estos Consejos y de la sensibilidad de la dirección del III Plan de Salud Mental hacia nuestro sector. Se vuelven a diluir lo ocurrido.

En relación a un **modelo social de la salud**. El modelo “Social de la Salud”, se acerca más a la realidad donde las condiciones sociales, son las de mayor fuerza como determinantes de la salud y de la enfermedad y el manido latiguillo del modelo biopsicosocial, que de tanto uso, se olvida su verdadera acepción, como sistema. La ACN cuando habla de modelo social, habla de promoción y prevención sobre los determinantes sociales y económicos de la salud, no como una declaración vacía. Es más, la ACN contempla la salud mental imbricada dentro de un complejo cuerpo de políticas económicas, sociales, de salud y de bie-

nestar. El campo de la salud mental se ve afectado por una gran variedad de políticas, estándares e ideologías que no están directamente relacionadas con la salud mental. Cuando se está formulando una política de salud mental, es necesario valorar el entorno físico y social en el que viven las personas, para potenciar sus efectos positivos. Es asimismo necesario asegurar la colaboración intersectorial, de tal forma que, se obtengan beneficios de los programas de educación, sanidad, de las políticas de bienestar y empleo, del mantenimiento de la ley y el orden, de las políticas orientadas específicamente a los jóvenes y a la tercera edad, así como de la vivienda, la planificación territorial y los servicios municipales (OMS, 1987; OMS, 2001). Esto significa que, más allá de la gran importancia de contar con un sistema sanitario público de calidad, es imprescindible actuar sobre estos factores sociales para mantener y mejorar la salud. El modelo social de la salud ilustra, cómo factores relacionados con la vivienda, urbanismo, medio ambiente, transporte, empleo, protección social y políticas fiscales, juegan un papel crucial en el nivel de salud poblacional. En el centro se sitúan las personas con sus factores apenas modificables, como la edad, sexo y carga genética. A continuación, las conductas relacionadas con la salud; en los estratos superiores, el apoyo social y el acceso a los servicios y bienes básicos y, en la capa más externa, aquellos factores del contexto ambiental y socioeconómico que no pueden medirse a nivel individual. En el Borrador PSMC estas consideraciones apenas son tenidas en cuenta, y acentúa más la acción sobre la Enfermedad. La hipótesis básica es que las enfermedades “no caen del cielo”, no se distribuyen por azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos. Hay diferencias en la vulnerabilidad en términos de condiciones de salud y acceso a recursos. La vulnerabilidad social que se presenta en etapas críticas del ciclo vital y se acumula. Y también diferencias en las consecuencias de las mismas exposiciones y vulnerabilidades en el ámbito social, económico y sobre la salud entre los distintos grupos sociales. Por lo tanto, un PSMC debe favorecer *la noción de sistema* en el abordaje de los trastornos mentales, que no se consigue con un lenguaje políticamente correcto o con una declaración de voluntades. Un sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, se sitúa en un orden lógico, distinto al de sus componentes. Se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación (feedback) y relaciones de interdependencia. Dejar para un tiempo después, a las otras partes del sistema que ejerce una interdependencia con la naturaleza del malestar psíquico y su resolución significa que se le asigna un papel secundario o complementario a componente biológico.

La amplia mirada que se propone para entender la salud mental y la atención a las personas afectadas implica la convergencia de muchos puntos de vista, la sinergia de diversos ámbitos, disciplinas y tecnologías. **Desarrollar un sistema de gestión integrada que garantice la continuidad asistencial en el proceso de atención.**

No se trata que el PSMC cuenta con una Línea Estratégica Específica dedicada a la Perspectiva Transversal (LE 3.1.) sino *pensar y hacer todos de forma conjunta -intersectorial- en todas las fases del proceso*. Que el documento del PSMC anuncie en su línea estratégica 12 considerando en una de sus acciones que habría que constituir una comisión para definir lo que es el espacio socio sanitario o que la gestación y desarrollo del PSMC no esté presente la transversalidad (solo hacia el propio sistema sanitario) con la dirección, presencia y reflexión de los agentes de los subsistemas interrelacionados que se han señalado, incide en una concepción nada integral, sino otros subsistemas como convidados de piedra de una política en materia de salud mental. Y si además, esto fuera insuficiente para el predominio de un modelo biológico, en todos estos años con diferentes responsables en Salud Mental, los ciudadanos aún no conocen cuál es la cartera de prestaciones y servicios en materia de salud mental, cuando de forma sistemática, no está articulado la presencia de la psicoterapia en los espacios institucionales. Ni se estuvo presente en la conformación de los decretos de las prestaciones de la dependencia, que por cierto, habría que revisar y adaptar a nuestro sector.

La **ausencia de un cronograma**. Debe definirse un cronograma para cada estrategia y acciones. Esto consiste en establecer en qué año comenzará y durante cuánto tiempo estará en funcionamiento. Incluye este año y aún no se ha ni aprobado ni ejecutado nada, Es más, lleva más de un año de retraso desde la aprobación del III Plan de Salud. Entendemos que algunas estrategias sigan funcionando de forma continua e indefinidamente. Otras operarán durante periodos limitados. A menudo ocurre, que una estrategia no puede ponerse en marcha totalmente desde el año de su inicio, porque los recursos o capacidades son inadecuados. Lo que no es viable es la indefinición del PSMC. Exigimos una mayor concertación del compromiso de ejecución, para ello tendrá que resolver cómo se establecen las prioridades,

En relación a la **conducta suicida** nos reiteramos que *Canarias tiene una tasa de suicidio por encima de la media nacional* lo cual en vez considerarse motivo de preocupación en el propio PSMC y destacarse como elemento preocupante en la respuesta al documento de la ACN vuelven a restarle impacto y diluirlo en la

ingente información aportada. Es fuerte motivo de preocupación que Canarias se encuentre en este siglo entre las cinco comunidades con mayor tasa de suicidio. Y para la ACN uno de los primeros objetivos del PSMC es reducir urgentemente la tasa de mortalidad.. Para nada se destaca en el PSMC, insistimos ,lo di- liuyen. Nos parece una grave irresponsabilidad.

Volvamos a lo del modelo social. Nuevamente desde un modelo social, repasando los casos de suicidios del siglo XX, como los producidos entre los granjeros británicos a raíz de la crisis de las vacas locas, los de empleados de empresas tecnológicas en crisis en Francia o los de directivos de empresas financieras de los Estados Unidos ante el desastre económico y financiero iniciado en 2008, se hace difícil pensar que todos ellos eran enfermos mentales. En países que han sufrido graves crisis económicas, como Rusia en los años 90 o Grecia desde 2008, se ha observado un im- portante aumento de la tasa de suicidios. En concreto, en Grecia se produjo un aumento del 35% en las tasas globales entre los años 2010 y 2012. En este sentido es interesante escuchar las narrativas de los afectados en el estudio cualitativo realizado por el Observatorio de Salud Mental de Cataluña que “recoge los relatos, las quejas y los malestares de las personas que acuden a los servicios sociales de primaria por causas di- rectamente relacionadas con la crisis económica”. En los relatos predominan referencias a la pérdida de control sobre la propia vida, a la desesperación y senti- mientos de inutilidad y a la ideación de muerte. Hablan de los pensamientos y de las vivencias de desesperanza y la inutilidad de los esfuerzos personales para resolver el problema. Ideas que muestran una posi- ción pasiva ante del suicidio. Conviene destacar que tanto los estudios primarios y las revisiones cuantitati- vas como los estudios basados en narrativas, nos señalan que el suicidio se incrementa en las personas en condiciones socioeconómicas desfavorables. Esta documento claramente que la mortalidad por suicidio aumentó en hombres en edad laboral en crisis anteriores y que el paro está asociado al aumento de la mor- talidad por suicidio, básicamente en casos de paro de larga duración. Este riesgo es mayor los primeros 5 años de paro pero persiste durante 16 años después de perder el trabajo. También existen evidencias de que las personas en paro o en situación de precariedad laboral ven más afectada su salud psicológica

En una comunidad, como la canaria, con amplios sectores vulnerables a la pobreza, con rentas bajas y sa- larios precarios y una amplia tasa de desempleo, conforman una situación social que afecta de forma de- sigual a diferentes poblaciones Existen claras desigualdades de género y por edades. Un PSMC debería incidir en estas políticas. Un indicador refleja un compromiso en términos de porcentaje en la reducción, que en el propio plan deja abierto, y no establece una previsión sobre su porcentaje de reducción, a alcanzar con según qué medida. Efectivamente cualquier reducción sería válida pero reducir la mortalidad es esen- cial y debería el PSMC ser más ambicioso. Como decimos no se establece un porcentaje de logro, ni el nu- mero de intervenciones de prevención del suicidio ejecutadas con buenos resultados, ni disminuición del número de casos hospitalizados por intento de suicidio, ni identifica a los grupos vulnerables en nuestra comunidad, ni se fijan las prioridades.

En relación a los intentos de suicidio, en nuestra comunidad se dispone de tasas de tentativas de suicidio de estudios realizados en el siglo XX en las islas capitalinas, y de tasas estudios europeos realizados con la misma metodología auspiciados por la OMS, que podrían ser orientativos para su reproducción y actualiza- ción, ni siquiera se mencionan en el PSMC. Así mismo, con la limitaciones conocidas, en otras comunidades como Cataluña, pese a las limitaciones se dispone de datos sobre los intentos de autolisis a partir del Con- junto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD-AH) y los ingresos hospitalarios. Las tasas de hospitali- zación por intento de suicidio han aumentado significativamente en el período 2005-2012, tanto en hombres (de 16,9 a 17,9) como en mujeres (de 22,2 a 26,7). No entendemos como desde el I Plan de Salud de Ca- narias se este estableció seguimiento de estas conductas y aún hoy, la administración está instalada en la no acción.

A nadie se le esconde que se requiere de un abordaje integral pero deben asignarse recursos, más allá de comisiones de estudio -inclusive para ello- para lograr objetivos a corto, mediano. y largo plazo, y debe haber una planificación temporalizada - que no observamos- eficaz, y sin exclusiones.

La estrategia debe evaluarse regularmente y los resultados deben utilizarse para la planificación futuro. Consideramos que colaboraciones con el Instituto Anatómicos Forenses podrían ser un instrumento ade- cuado en tiempo real para la evaluación y seguimiento de las conductas suicidas y con la atención primaria para las tentativas suicidas siguiendo los estudios europeos y los trabajos de investigación que se han desarrollado en nuestra comunidad en las universidades nos permitiría acercarnos con más aproximación a este fenómeno.

Los trastornos de personalidad si bien se recoge en las clasificaciones nosológicas, no puede obviarse, que la inclusión de los trastornos de personalidad en el grupo de TMS es objeto de discusión. Por un lado, está su dificultad de su diagnóstico, por la baja especificidad, y consistencia del mismo para su identificación y por la variabilidad de curso y pronóstico de estos trastornos, pero por otro sabemos, que algunos de estos trastornos cursan con síntomas psicóticos y graves trastornos de conducta, por lo que, es imprescindible abrir nuevos espacios para atender sus necesidades, y en las que no se dispone de espacios adecuados, mientras que el PSMC pretende estirar los recursos actuales para cubrir estas necesidades, muchas veces también, asociadas al consumo de sustancias. Lo que no puede ocurrir es que se siga avalando desde sanidad residencias para trastornos de personalidad que son realmente lugares de depósito:

Sobre la **atención infantil y Juvenil**, muchas son las insuficiencias en el PSMC que ya eran conocidas y que la administración actual en sus diferentes periodos en el gobierno ha incumplido, no haciendo falta un PSMC para llevarlas a cabo, y lo único que pretendemos es volver a recordar y enfatizar ante la ausencia de memoria de la administración pública.

Sobre el **estigma**, efectivamente, lo más estigmatizados en nuestro ámbito es el **diagnóstico**, los propios usuarios y el movimiento de primera persona, si se acercan a sus aportaciones lo podrán comprobar fácilmente. No hemos visto ninguna referencia crítica en esto aspecto, desplazando todo la responsabilidad a la sociedad. Lo que proponemos basado en los derechos de las personas es el derecho a la ausencia del diagnóstico, "no si el caso", sino como un asunto como el derecho a no declarar si se desea, auspiciado por la misma administración pública. El diagnóstico no beneficia ni a los diagnosticados ni a los diagnosticadores, El afán de diagnosticar enfermedades psíquicas no es un propósito que mejore la salud de la población, prevenga los sufrimientos humanos o mejore la salud mental. La condición de no diagnosticar es un derecho democrático que empieza a convertirse en el simple privilegio de haber pasado desapercibido. Estas maneras resultan alternativas.

Es reconocido que los sistemas de atención a la salud mental atraviesan hoy una crisis profunda. Sin duda uno de los elementos claves de esta crisis se refiere a los sistemas diagnósticos. Los grandes sistemas que han recabado la atención de la comunidad profesional durante las últimas décadas han fracasado en su pretensión de definir condiciones específicas cuyo reconocimiento serviría para proporcionar remedios cada vez más específicos. A la vez está cada vez mejor documentado el daño que la aplicación de estos sistemas puede provocar. No se trata sólo de su posible papel estigmatizador. Para aplicar estos sistemas diagnósticos, sobre todo se necesita suponer que las experiencias, sean emocionales o cognitivas, de la persona que busca ayuda refiere no tienen sentido y tan solo pueden entenderse como síntomas, una consecuencia de un trastorno determinado. Las formas en que el diagnóstico psiquiátrico puede quitarle poder a las personas con trastorno mental son mayores que las formas en que el diagnóstico podría haberlo permitido. Los ejemplos son numerosos; nos enfocamos en solo dos. En primer lugar, el diagnóstico de psiquiatría puede llevar a que los síntomas físicos de una persona se atribuyan erróneamente a una enfermedad mental con muchas consecuencias potencialmente dañinas. En segundo lugar, el argumento común de que el diagnóstico es vital para la comunicación y la explicación en psiquiatría no está respaldado por la escasa confiabilidad y la falta de validez establecida de los sistemas actuales de clasificación

Contrariamente a esos supuestos se han desarrollado distintas alternativas sobre la base que esas experiencias de las personas, que se manifiestan en los comportamientos, pensamientos y emociones, a las que intentamos ayudar tienen sentido. Se pueden entender como vivencias y formas de responder a cuestiones relacionadas con su historia personal y el contexto donde ha desarrollado su vida. mediante dos documentos. El primero de ellos describe la propuesta y sus fundamentos de forma detallada (Johnstone y Boyle, 2018).

¿Una alternativa? La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología ha tenido en cuenta estas cuestiones problemáticas (Awenat et al., 2013) y ha hecho diversas propuestas (Division of Clinical Psychology, 2011) algunas de las cuales han sido traducidas al castellano (Cooke, 2014). La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología ha elevado una alternativa, que está siendo ampliamente debatida.

Sobre la atención a la **patología dual**, precisamente hemos echado de menos una declaración sobre la voluntad de su integración en una red pública única de salud mental siguiendo los ejemplos positivos de otras comunidades y como recomiendan las sociedades científicas, cuestión está que no es secundaria. Ni tan siquiera hay un señalamiento en este sentido ni se ha asumido esta visión ni tan posibilidad en el actual borrador del PSMC, dejando abierto a unos encuentros futuros. Es difícil entender esto cuando el 50 por ciento

de los pacientes de salud mental desarrollan una adicción en algún momento de su vida, al tiempo que, siete de cada 10 pacientes de adicciones, sufren a su vez, otra patología psiquiátrica clásica. Los estudios epidemiológicos internacionales revelan que la comorbilidad de abuso/dependencia a sustancias se da entre el 70 y el 80% en los pacientes con esquizofrenia (Westermeyer J, 2006), más del 60% en los pacientes con trastorno bipolar (Regier DA et al, 1990), más del 70% en los trastornos de personalidad graves (Verheul R, 2001), cifras mayores del 30 % en trastornos por ansiedad y depresión (Comptom WM et al, 2007) , al igual que ocurre con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Wilens TE, 2007). Es esta un área, como otras, donde debe mantenerse la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y mensajes, y lograr que el sistema funcione de forma eficiente. La ACN estará atenta a la consideración de una una solo red pública de atención a la salud mental y a las adicciones. Situación está señalada desde hace muchos años y aún sigue sin resolverse, y menos aún, la atención temprana a pesar de las resoluciones del parlamento actual.

Sobre **el número de acciones**, seguimos considerando que son excesivas y las mismas en un PSMC deberían ser consideradas en base a un criterio de impacto y de jerarquía en los compromisos del propio PSMC. No todas tienen el mismo valor en su impacto población. En relación al calendario general del cumplimiento de objetivos del Plan de Salud Mental, cabría y así lo hicimos constar, su temporalización, de algún modo, como se hizo para el III Plan de Salud en las determinaciones establecidas como NAD (Normas de Aplicación Directa, de aplicación directa, inmediata y prioritaria) y ND, (Normas Directivas, de resultados en un plazo determinado a criterio de cada estructura asistencial). No obstante, un Plan que dice orientarse en el principio de la continuidad y el cambio, debería aportar un cronograma con las fechas que se estiman preceptivas para el inicio de acciones y compromisos para cada una de los objetivos, en cambio la Consejería prefiere entrometerse en otros comentarios, y distraer la atención de lo esencial.

Sobre los **derechos de los pacientes**. Los derechos de los pacientes deberían en este PSMC ser el objetivo principal, acompañado de una red pública de calidad y equitativa. El propio PSMC para nada se compromete con el monitoreo de la calidad de la atención psiquiátrica y del respeto de los derechos humanos desarrollados por la OMS. Los derechos de los personas con trastorno mental debería atravesar todas las líneas del PSMC tal como establece los derechos humanos y la Convención de los derechos de las personas con discapacidad,

A lo mejor no hemos transmitido bien nuestra posición. La ACN entiende que un proceso complejo y estratégico como colocar en una mejor posición de bienestar a las persona y de forma eficiente a los recursos públicos destinados a las personas con problemas o necesidades en la atención en salud mental requiere de unas maneras de pensar, mirar y hacer en la cual prevalezca la transversalidad, el intercambio. la horizontalidad democrática, cambio de los entornos, desde el *momento cero de la gestación* de cualquier iniciativa. Y esto no solo lo reclamamos para la ACN como asociación sino también para todos los subsistemas y las políticas intersectoriales implicadas en este ámbito. Se trata de pensar y hacer juntos con todos aquellos que tienen algo que decir o que forman parte de la resolución de los problemas de la ciudadanía en esta materia.

Lo más significativo resulta ser, que la Consejería (DGPA) no da respuesta a las cuestiones relevantes que plantea la ACN, como son, la necesidad de definir los recursos personales, materiales y económicos, que serán empleados para acometer los objetivos que se fijan en el citado plan, así como, tampoco, una temporalización de los objetivos priorizados, ni se acompaña de una memoria económica y de los compromisos que se alcanzarán en cada año de vigencia del PSMC. Asimismo para nada se potencia el apoyo a la gestión y seguimiento del Plan de Salud Mental, con personal independiente y dotación presupuestaria suficiente que incluya un: •Sistema de información para la gestión del Plan. •Estudios, evaluación de impacto y de proyectos. •Plan de comunicación y una •Formación específica. Se pretende que la ACN de un cheque en blanco sin tener las garantías de sostenibilidad económica, aunque se anuncie que se hará posteriormente cuando este el proceso concluido, lo cual, resulta aún menos creíble. Cuestiones estas que no podrían formularse en un formato standar debido a la naturaleza de nuestras críticas constructivas más están referidas a la naturaleza final del modelo que se defiende, la sostenibilidad de los compromisos reales y en la carencia de un marco para profundizar en el modelo asistencial, para superar sus ineficiencias actuales, que ni se detallan en el PSMC.

Por último, en la respuesta ofrecida por la DGPA no ofrece argumento, sino silencio, en la caracterización histórica de la asistencia a la salud mental en canarias, sobre la democratización de la red asistencial (órgano de toma de decisiones y su impacto en las gerencias), en la contrarreforma de los CIRPAC cuyo nuevo decreto no ha sido debatido, analizado, ni aprobado por los Consejos, ni en relación a una formación sis-

témica de acuerdo a las necesidades de transformación, no por intereses particulares, ni contempla la transversalidad como corresponsabilidad, ni trabajo en red, pero acentúa la coordinación, ni una inclusión de la atención a la salud mental de tercera edad en los recursos socio sanitarios generales, ni se defiende el derecho a no ser diagnosticado; ni ofrece ni tan siquiera una estimación de una financiación, ni descifra unos compromisos temporales definidos cada año y en cada isla ni anexa una infraestructuras dignas y suficientes.

La ACN no confunde científico con cientifismo. No se puede idealizar y abstraerse de lo real, donde incluso Cochrane, reconocido por investigadores relevantes, en lo últimos años, ha virado significativamente hacia un modelo de negocio: un enfoque impulsado por los beneficios. A pesar de que es una organización sin ánimo de lucro, algunos de sus más ilustres investigadores afirman que “nuestras estrategias de monetizar “marca” y “productos” están siendo priorizadas sobre la obtención de resultados científicos independientes, éticos y socialmente responsables (véase <http://www.nogracias.eu/2018/09/15/cochrane-expulsa-peter-gotzsche/>). Se “está sometiendo a un modelo de negocio cada vez más comercial impuestos por parte del liderazgo de Cochrane en los últimos años, que amenazan a los objetivos científicos, morales y sociales de la organización”. Pensar que el cientifismo es neutral y lejos de intereses es un ilusión.

Si las aportaciones señaladas se incorporan al PSMC podríamos pensar que la ACN coincide con el PSMC. De forma entendible diremos que para la ACN las buenas prácticas en psiquiatría involucran principalmente el compromiso con las dimensiones no técnicas de nuestro trabajo, como las relaciones, los significados y los valores. Hasta ahora, la psiquiatría ha sido guiada por un paradigma tecnológico que, aunque no ignora estos aspectos de nuestro trabajo, los ha mantenido como preocupaciones secundarias. Desde la perspectiva de la ACN debemos centrarnos más en contextos, relaciones y la creación de servicios donde se prioricen la promoción de la dignidad, el respeto, el significado y el compromiso. Debemos estar más cómodos con la diversidad cultural, empoderamiento de los usuarios y la importancia del apoyo entre iguales.

26 de Septiembre 2018

Junta Directiva ACN,

Fdo.. Francisco Rodríguez Pulido,