

Posición de la ACN ante la presentación del Plan de Salud Mental en la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias por la Consejería de Sanidad.

La ACN viene manteniendo desde hace años que la salud mental en Canarias necesitaba un cambio de rumbo. Por ello, cuando tomó posesión la nueva administración sanitaria ahora hace un año y anunció inmediatamente que una de sus prioridades era el Plan de Salud Mental, los profesionales, las familias y el movimiento en primera persona albergábamos muchas esperanzas ya que después de ocho años de parón de la reforma psiquiátrica, por fin se tomaba alguna iniciativa. Esto se reflejó un año después en el III Plan de Salud de Canarias, con el respaldo de la cámara legislativa y su publicación en septiembre en el BOCA el pasado 26 de septiembre. La presión de la cámara legislativa y de la sociedad civil han ayudado a que la Consejería abandonara su posición vacilante y así, en el pleno, a finales de octubre, de la Comisión Asesora Regional de Salud Mental del Gobierno de Canarias (COMASAN), la administración sanitaria detalló el guión para el desarrollo, la metodología y las líneas prioritarias para elaborar no un Plan de Salud Mental, sino ahora, una Estrategia de Salud Mental, como nos expusieron.

En el inicio del pleno, la administración argumentó como una de las causas del retraso para la elaboración de su iniciativa, el hecho de que la Estrategia Nacional de Salud Mental no esté todavía aprobada. En diciembre de 2015 quedaba sobre la mesa del Consejo Interterritorial de Salud (formado por los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas y por el Ministerio de Sanidad), la mencionada Estrategia Nacional

de Salud Mental. El motivo del rechazo, que la Consejería parece no conocer, es la disconformidad con el texto, expresada por algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura, disconformidad compartida por de sociedades científicas nacionales como la AEN (que presentó una propuesta técnica alternativa) se puede consultar en www.aen.es o en nuestra propia web: www.ascane.org. La estrategia presentada por el Ministerio rompía con la visión transformadora asistencial de la estrategia nacional del periodo anterior, que se focalizaba en la atención y contemplaba un proceso de evaluación continuada. Por el contrario, la nueva estrategia se centra en grupo de enfermedades. Además, se criticó la carencia de un análisis real y completo de la situación actual, por lo que se hace imposible la identificación de las necesidades y el establecimiento de líneas estratégicas y de actuación con objetivos coherentes. Se suma a esto el hecho de que durante el tiempo transcurrido en este proceso otras CC.AA. si han puesto en marcha Planes Integrales Autonómicos de Salud Mental, que superan al nacional, por lo que se ha pedido la revisión del texto nacional. En general, las CC.AA., la mayoría con competencia sanitaria, no han esperado a la Estrategia Nacional para su planificación territorial en Salud Mental. La mayoría de las competencias en materia de salud, y entre ellas, las de Salud Mental, están transferidas a las comunidades autónomas desde hace más de dos décadas y por tanto tienen capacidad para la elaboración de estos planes. Además, no

se entiende este argumento de la administración canaria, si tenemos en cuenta que el único organismo que emite recomendaciones no es Consejo Interterritorial de Salud; también la OMS, la Comisión Europea o la ONU tienen recomendaciones al respecto. Es decir, hay organismos mundiales que proporcionan directrices sobre la Salud Mental en el mundo para garantizar la equidad, los derechos y la calidad.

Tras esta primera justificación, la mayor sorpresa surge cuando en la exposición del Plan, dejan de hablar de Plan y lo convierten en Estrategia de Salud Mental, como si ambas acepciones fuesen sinónimas. Hemos de recordar lo acordado en el III Plan de Salud de Canarias, aprobado hace tan solo un mes, “Área de impacto 4.9: Desarrollo de un Plan de Salud Mental: Elaborar e implantar mediante un cronograma secuencial un Plan de Salud Mental basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes. Para ello se procurará la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científica, de usuarios y familiares de enfermos mentales, así como contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas como son: ayuntamientos, cabildos y servicios sociales, educación, empleo y justicia, incluidos los CIR-PAC, como recoge el anexo II.3 de este Plan de Salud” Por lo tanto, este cambio injustificado vulnera lo legislado, y el único argumento para justificar el cambio que ofrecen es de carácter administrativo, lo cual, no es una condición obligatoria, y se puede aprobar en régimen de orden o decreto.

Técnicamente para la ACN un plan y una estrategia no son lo mismo:

Plan: Documento que contempla, en forma ordenada y coherente, las metas, estrategias, políticas, directrices y tácticas en tiempo y espacio, así como los instrumentos, mecanismos y acciones que se utilizarán para llegar a los fines deseados. Un plan es un instrumento dinámico, sujeto a modificaciones en sus componentes en función de la evaluación periódica de sus resultados. En los planes hay compromisos económicos.

Estrategia: Es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.

Los planes comprenden estrategias, no al revés.

Los Planes Integrales de Salud se dirigen al abordaje de problemas importante de salud, ya sea por su frecuencia o por su gravedad, con el objeto de mejorar la atención, ajustando las expectativas y la oferta de servicios, aumentando la seguridad y efectividad en la práctica clínica, mejorando la disponibilidad de la información, dando de este modo coherencia a las prioridades de atención sanitaria.

Una estrategia es una herramienta para acciones de mejora pero no profundiza en los cambios de los modelos asistenciales ya que no tiene la capacidad de aunar bajo una misma política o filosofía las distintas líneas estratégicas. Las estrategias sirven a un plan, bajo un mismo paraguas político o filosófico, con unos objetivos generales acordes a las necesidades evaluadas.

Al hablar de Estrategia, en lugar de Plan, nos enfrentamos a las siguientes consecuencias:

- Reducción de la importancia del ámbito de la salud mental y de la articulación en red como filosofía y como estrategia. Se obvia la política común a todas las estrategias específicas de trabajo en red que pretenden convertir la red un subsistema de mayor autonomía y capacidad de gestión, sin perder el sentido de la integración.
- Una estrategia no implica ficha financiera, puede reducirse a recomendaciones.
- Como agravio comparativo, no entendemos cómo hay un plan de investigación o de urgencias o de diabetes y no hay un plan de salud mental.

Hay por tanto, cuestiones teórico-metodológicas, estratégicas, ideológicas y de legitimación en la apuesta.

Continuando con la exposición realizada por la administración, se pasó a la metodología que se ha propuesto seguir para la elaboración de la citada Estrategia. Se establece en primer lugar un análisis de situación en dos fases. Una primera de recogida y análisis de indicadores sanitarios y una segunda con el análisis y la opinión de “figuras claves”, que dé como resultado un análisis de situación. No se han argumentado los criterios para la elección de estas figuras claves (experiencia, currículo profesional, relación directa

con la red...) y el proceso no ha sido transparente. Se han reducido las figuras claves a psiquiatras exclusivamente. Para la ACN, como asociación multiprofesional, debe contarse como figuras claves con otras profesiones y sectores: psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermería, terapeutas ocupacionales, pacientes, familiares y miembros de los servicios sociales, justicia empleo, educación, así como algunos asesores externos de reconocido prestigio.

Esta forma de elaborar el análisis de situación presentado por la Consejería, orienta a que el producto final irá encaminado hacia un reforzamiento del modelo biologicistas tecnocrático y cuantitativo. No da cabida, en el análisis de la situación, a la diversidad y la voz de la comunidad que conforma la atención en salud mental. Se deja fuera la rica experiencia acumulada por los distintos agentes implicados, actores y receptores del plan, y resuelve los contenidos mediante la solicitud de aportaciones individuales. Se maquilla la participación, limitando ésta a los grupos de trabajo en las líneas estratégicas ya decididas previamente. La evidencia demuestra que en estos procesos todos los agentes pueden formar parte de esta figura y del origen del proceso para definir conjuntamente los objetivos, metodologías, la temporalidad y la evaluación. Y no será así tal y como está planteado.

La Consejería de Sanidad defiende que se elabora las líneas de la estrategia basada en la recolección y análisis de datos estratégicos y de los informes emitidos por las figuras claves al respecto. Se refiere además que éste análisis está sin acabar en espera de los últimos datos (encuesta de satisfacción de 2015), pero inmediatamente propone unas líneas estrategias para grupos de trabajo reducidos. Es muy llamativo que antes de acabar el análisis ya se propongan las líneas que se han de trabajar. Más aún cuando los datos que faltan hablan de calidad percibida por los usuarios. Nos da la impresión que la elección de estas líneas se ha basado exclusivamente en criterios de resultados cuantitativos, no en análisis de estructura ni de resultados. Esta manera de hacer las cosas ya indica una contradicción y el intento de restringir las líneas estratégicas en base a algo definido a priori y que secuestra el debate. Esto no es un espacio diverso e integrado de análisis y propuestas, como indica el

III Plan de Salud de Canarias. Recordemos aquí los motivos que comentamos al inicio para el rechazo y bloqueo de la Estrategia Nacional, las similitudes no nos sorprenden, e incluso, renuncian a las partes más novedosas de la Estrategia Nacional que se dejó sobre la mesa. Es una estrategia que se nos presentó que ni tan siquiera establecen objetivos estratégicos que ofrezcan coherencia y sentido a las acciones.

Otro aspecto preocupante es la temporalidad. La resolución del Parlamento de Canarias acordado por todas las fuerza políticas señala que el Plan de Salud Mental será elaborado en un año. Lo presentado en la COMASAN vuelve a vulnerar este acuerdo, y se nos presenta como propuesta que en un año estará el borrador inicial para luego abrir un plazo de discusión, sin señalar el tiempo de finalización de esta estrategia de forma definitiva. Es más, en un año el III Plan de Salud no estará vigente, y tendremos la incertidumbre de su renovación o no, convocándose las elecciones autonómicas al año siguiente.

En la valoración técnica de lo expuesto se incide sobre todo en los procesos referidos a los niveles de la actividad asistencial, estando el interés centrado en las lista de espera, y en el medir el número de consultas que debe realizar cada profesional según la tipologías diagnósticas. Para nada se analiza y se contempla la estructura (ratios de profesionales actualizada y previsible, infraestructura, o ratios de camas y plazas de rehabilitación) ni la valoración de los resultados (satisfacción, calidad de vida, respeto a la dignidad de los pacientes de acuerdo a la OMS, tasas de empleo, número de incapacitaciones) ni los resultados de la actividad medida sólo cuantitativamente (adecuación de los tiempos de consulta, de los tipos de intervención, seguimiento de guías clínicas, protocolos y recomendaciones, no sólo en el número de consultas). ni tampoco en su impacto en la salud de las personas. Así mismo, sigue sin definirse la cartera y de servicios en los niveles de atención psiquiátrica ni en rehabilitación. Esto apunta en la dirección de enfatizar la política de protocolos y de guías clínicas de una manera superficial, sin atender a la profundidad ni las recomendaciones de las mismas, quedándose sólo en los número generales como son el número de consultas sin atender al tiempo, tipo y resultado de la intervención. Se sigue un

modelo economicista sin haber superado las deficiencias detectadas por la ausencia de políticas y de dirección en la gestión de estos años y sin analizar las consecuencias que éstas han tenido, como se refiere al inicio de éste párrafo. Es más, las líneas que se proponen son muy cercanas a las líneas de la estrategia nacional que se dejó sobre la mesa en el congreso interterritorial de salud y ni siquiera la supera incorporando las más novedosas: Por ejemplo, atención e intervención con las familias, organización y coordinación socio sanitaria o interinstitucional, autonomía, recuperación y derechos del paciente, intervenciones involuntarias y respeto de la dignidad de las personas, participación ciudadana y agentes sociales. Por otra parte, tampoco se contempla el establecer adecuadamente los costes, los recursos disponibles y los presupuestos necesarios para su ejecución.

Para profundizar en la reforma de la atención a la salud mental en canarias en un sentido y principios transformadores, se necesita un giro radical que pasa por desarrollar el modelo de *“las seis P: proactividad, pacientes empoderados, personalización, prevención y perspectiva poblacional y participación”*. El *Desarrollo de un Plan Integral de Salud Mental* tiene que ir nucleado en torno a la Calidad y los Derechos para asegurar que la dignidad de las personas con problemas de salud mental sea respetada. Debe promover la dignidad a través de la defensa de la inclusión política y social, con un enfoque centrado en la recuperación, el apoyo a la formación en derechos y el desarrollo de las capacidades, con fomento del apoyo de compañeros y organizaciones de la sociedad civil. Esto no se puede realizar sin la inclusión desde el inicio de sectores como educación, justicia, empleo o servicio sociales, para que participen de las políticas comunes y no solo de fragmentos en la estrategia, logrando una implicación mayor y un trabajo intersectorial integrado desde niveles superiores. Esto cobra una importancia aún mayor cuando vemos las cifras ofrecidas por la misma administración, donde un 30% de la población canaria está en riesgo de padecer un trastorno mental (cifras muy por encima de otras comunidades autónomas y por encima de la media nacional). Este riesgo no solo depende de la salud, sino que implica determinantes de la salud que corresponden a otros ámbitos y deben estar

presentes en todas las políticas del gobierno, ya sean de vivienda, de empleo, social o judicial. Sin un trabajo intersectorial y transversal desde el inicio de la elaboración del plan, con implicación real de todos los agentes, es imposible revertir esta alarmante situación. No olvidemos que la recuperación de la ciudadanía requiere una acción decidida sobre todas las políticas y el ejercicio de los derechos humanos para todos con respecto a la dignidad como personas,

Por último, no queremos acabar sin proponer modificaciones a las acciones plantadas:

1. Exigimos un Plan de Salud Mental integral, que permita profundizar en un modelo asistencial comunitario, integral e integrado donde lo central del sistema sean las personas no los recursos. La participación desde los inicios del Plan de salud Pública, Vivienda. Empleo, Educación, Justicia, Servicios Sociales y Drogodependencias y Atención Primaria es estratégico, no anecdótico.
2. Que la calidad, los derechos y la dignidad de las personas sean ejes estratégicos con todos los niveles, áreas, y sectores de las políticas en salud mental.
3. La evaluación y financiación del Plan es lo que garantiza su credibilidad, viabilidad y riqueza transformadora.
4. Que se establezca un cronograma específicos, con tiempos ajustados al mandato del Parlamento y del Consejo de Gobierno.
5. El Plan de salud mental debe establecer un marco de revisión y propuestas en la estructura, en los procesos y en los resultados.
6. El Plan de Salud Mental es una oportunidad para abrir un espacio de análisis y reflexión abierto, sin exclusiones, para revisar las fortalezas de lo andado, y corregir las debilidades y lo inconcluso de la reforma psiquiatría en Canarias, queremos un Plan no para mejorar o maquillar algunos déficit sino para continuar con los cambios sustanciales que permitan a las personas recuperar el ejercicio de su ciudadanía.

Canarias, Noviembre del 2016
Junta Directiva ACN