



COMENTARIOS AL BORRADOR DE LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

5 de diciembre de 2006

1. PLAZO INSUFICIENTE PARA LA REVISIÓN

Con fecha 15 de noviembre el Ministerio de Sanidad y Consumo remitió a esta Organización Colegial el Borrador de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (de ahora en adelante denominado el Borrador), con el fin de que ejerciera de revisor externo y formulara las sugerencias que se estimasen pertinentes, antes del 5 de diciembre.

Antes de nada, debemos señalar que estamos ante un documento que es el resultado de un meritorio y extenso trabajo realizado por sus redactores. Por esta razón, es deplorable la extrema brevedad e insuficiencia del plazo concedido para poder analizar un documento como éste, de gran importancia y complejidad, y elaborar, con posterioridad, las correspondientes propuestas y sugerencias. Esta extrema falta de tiempo hace completamente imposible un ejercicio completo y responsable de la labor de revisión y limita nuestras consideraciones a las que se pueden formular después de una primera lectura. Es una verdadera lástima que un documento sobre la salud mental en España no haya gozado en su elaboración de un procedimiento más participativo, de forma que nuestra organización colegial pudiera realizar las observaciones y sugerencias de forma más elaborada, pausada y documentada. Las reservas sobre nuestra opinión en torno al que pueda ser el documento definitivo son aun más graves si tenemos en cuenta que estamos analizando un borrador que está inacabado, ya que, al menos, la bibliografía está incompleta, falta un apartado de "buenas prácticas" y hay apartados que se anuncian pero no están presentes.

Hecha esta primera consideración, pasamos a realizar los comentarios resultado de la primera lectura que hemos podido realizar.



2. USO IGUALITARIO DEL LENGUAJE

Hay que reconocer que la redacción del Borrador ha cuidado emplear un lenguaje igualitario y no sexista. No obstante, todavía quedan algunas expresiones que habría que mejorar para continuar con esta correcta redacción. Así, por ejemplo, al final de la página 17 convendría señalar “los usuarios, usuarias, así como sus familiares,”; en la página 18 indicar “la y el profesional sanitario”; o en la 113 redactar “los enfermos, enfermas y sus familiares”.

3. LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL FUERA DEL SNS

La estrategia hace referencia a la Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud, pero no tener en cuenta la atención que se realiza en este campo fuera de este Sistema supone un déficit del Borrador. Miles de personas reciben cuidados para mejorar su Salud Mental, principalmente en los siguiente ámbitos:

- En los dispositivos autonómicos y municipales que no están integrados en el SNS (centros de Atención Temprana, de atención a drogodependientes, a mujeres maltratadas, a personas dependientes...)
- En las consultas privadas de Psicología y de Psicología Clínica.
- En las asociaciones de pacientes.

En todos ellos la participación de los profesionales de la Psicología es clave y, de no prestarse esta atención, la presión asistencial y las listas de espera sobre los servicios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se verían incrementadas de manera notable. Sería necesario reconocer esta realidad y conocerla en profundidad, de tal manera que se tratara de coordinar esta acción sobre la Salud Mental en ambos sectores.

4. USAR TÉRMINOS “TRASTORNO MENTAL” Y “SALUD MENTAL COMUNITARIA”

Hay que señalar que existe una cierta confusión terminológica que se desliza a lo largo del Borrador, estableciendo como prácticamente equivalentes los términos “trastorno



mental” y “enfermedad mental”, así como “salud mental comunitaria” y “psiquiatría comunitaria”. Sin entrar en la justificación ahora, por ser sobradamente conocidas, de la desigualdad o falta de equivalencia entre los pares de términos mencionados, cabría defender que se usaran siempre a lo largo del texto las expresiones “trastorno mental” y “salud mental comunitaria” por ser más acordes con la realidad científica, profesional y social que señalan.

5. RAZONES PARA LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Otra consideración que debe formularse a la vista del documento es que existen poderosas razones para su elaboración. Efectivamente, tal y como se reconoce en sus páginas, la situación de la asistencia ha cambiado profundamente en estos años. Han aumentado de manera muy significativa tanto el número de usuarios, como el gasto sanitario y el número de profesionales y centros. Han variado los modelos de atención en salud mental con la creación de una gran red ambulatoria, han cambiado las actitudes y la relación de los usuarios y familiares con la red de asistencia y han mejorado en alguna medida los procedimientos y las técnicas terapéuticas. Todo ello dentro de un contexto social en el que se dan dos fenómenos contrapuestos, una creciente descentralización administrativa y de gestión, y una cada vez mayor mercantilización de la sanidad, que tiende a generar modelos que trascienden claramente el ámbito local.

6. FALTA SEÑALAR LAS ALTAS TASAS DE MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA, LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA, LA HIPER-MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL ESCASO USO DE TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

En relación al apartado anterior, es de destacar la visión poco crítica que muestra el Borrador, dentro de su análisis de la situación actual, en la interpretación de las crecientes tasas de morbilidad psiquiátrica y resulta cuanto menos curioso que apenas se dedique ninguna atención a la psicopatologización de la vida cotidiana y la hiper-medicalización de la salud mental (salvo una anotación de pasada en la página 91). No parece darse verdadera importancia al incremento desaforado y, en muchos casos,



injustificado del gasto farmacéutico y se centra la responsabilidad de la desigualdad de los usuarios frente al sistema sanitario en la descentralización administrativa y de la gestión (“diversidad enriquecedora”). Este comentario no pretende negar que la gestión autonómica descentralizada pueda producir desigualdades, sino que busca subrayar que ciertas tendencias crecientes en el campo de la salud mental no son inocuas, y operan bajo premisas que producen evidentes desajustes. Así por ejemplo, cabría preguntarse si el gasto sanitario en fármacos antidepresivos, producto de una hiperprescripción modelada por una forma de entender la salud mental y la acción sanitaria, no tiene efectos sobre otros tratamientos que no pueden suministrarse por falta de fondos, dentro de un presupuesto finito.

7. METODOLOGÍA SEGUIDA Y ESTRUCTURA DEL BORRADOR

El documento consta de dos grandes apartados, tal y como se describe en el epígrafe de la página 68 del Borrador titulado “Estructura del Documento”. En el primero se exponen las premisas y presupuestos necesarios para el análisis de la situación actual, en el segundo se enumeran las estrategias, objetivos y recomendaciones que guiarán la acción reformadora, junto con los indicadores que permitirán evaluar su éxito o fracaso. Es necesario resaltar que dentro de la primera parte del Borrador se anuncia que habrá un apartado que trate “la metodología seguida en la formulación de sus objetivos e indicadores” y que no se encuentra en el ejemplar analizado.

La estructura del informe es plenamente conforme con la confección de un plan de reforma de carácter socio-sanitario que pretende poner en marcha programas de acción fundamentados tanto en principios o valores así como en las necesidades empíricamente detectadas y cuya ejecución y éxito serán sometidos a evaluación. Estamos completamente de acuerdo tanto con el enfoque básico que da estructura al informe, como con la idea de que deben ser los principios y valores, además de la evidencia científica quienes informen las reformas en salud mental.



8. PRINCIPIOS Y VALORES DE LA ESTRATEGIA

El apartado de Principios y Valores predica los que se allí se recogen como pertenecientes a un modelo comunitario de atención en salud mental. Se entiende que tal asignación se hace frente a otros modelos que no compartirían ese conjunto de principios y valores. Es necesario recordar, a este respecto, que un modelo es una guía teórica de menor formalización y precisión que un sistema teórico pero con funciones de orientar la elaboración de hipótesis, formulación de teorías, y la acción investigadora y terapéutica. No hay en el documento ninguna descripción del modelo comunitario, cuyo carácter unitario y unívoco se presume, pero no se justifica. Cabe preguntarse si “otros modelos teóricos psicopatológicos” podrían identificarse con el conjunto de Principios y Valores que se enumeran en el Borrador. En todo caso, en ausencia de justificación teórica alguna, puede resultar inútil y confusa la identificación entre un modelo psicopatológico y la adopción de una serie de principios y valores.

9. DEFICIENTE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La evaluación de las necesidades se hace en base a diversas fuentes. En primer lugar, destacamos por su importancia la información epidemiológica. Este tipo de información permite valorar la importancia sanitaria y social de los distintos trastornos mentales y orientar posteriormente la acción prioritaria para su prevención y tratamiento. Cabe suponer que una exhaustiva información epidemiológica es una condición necesaria para elaborar un plan de acción fundamentado, que ataque los problemas sanitarios allí donde realmente se producen y que maneje adecuadamente los factores de riesgo y de protección que modulan tanto su aparición, mantenimiento o desaparición.

Un análisis somero de la información epidemiológica que se encuentra en el Borrador nos permite concluir que este apartado es extremadamente deficiente. El propio documento reconoce, en diversos momentos, la escasez de fuentes de información epidemiológica o pone en duda la fiabilidad o representatividad de los datos que se suministran. La proyección hacia España de los datos europeos encontrados en ESEMED es legítima, pero insuficiente para un informe que debe dar cuenta de las diferencias inter-regionales



españolas, de forma que la información oriente la acción de las autoridades competentes de ámbito autonómico. Además, resulta completamente rechazable que un documento de este tipo no recoja datos ni análisis epidemiológicos de trastornos tan relevantes como el Trastorno Obsesivo – Compulsivo, Trastornos alimentarios, Trastornos sexuales, Trastornos de la personalidad, Trastornos adictivos, Trastornos del aprendizaje y del desarrollo y otros más, y sin embargo, en algunos casos, como el de las adicciones, se den recomendaciones o se marquen objetivos. Esta objeción es tanto más válida cuanto que es la propia lógica del informe la que sale malparada de este proceder.

10. FALTA LA DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS EXISTENTES

Resulta igualmente decepcionante que la primera parte del documento no presente un estudio de la distribución territorial de los distintos recursos materiales y humanos dentro del sistema nacional de salud. No se entiende como se pueden hacer afirmaciones sobre la desigualdad territorial en la atención en salud mental que no vengán apoyadas por una información cuantitativa y cualitativa suficiente.

11. CONVENIENCIA DE UNA ESTRATEGIA PROPIA SOBRE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

En este Borrador se produce un avance de gran valor al reconocer la carga familiar que producen los trastornos mentales graves como consecuencia de la aparición de modelos de atención de carácter más ambulatorio que hospitalario o asilar. Creemos que este es un asunto de la suficiente importancia como para haber merecido un desarrollo estratégico propio, sobre todo a la luz de la previsible crisis que se pueda producir en un futuro próximo como consecuencia de los cambios sociales que afectan a la estructura y funcionamiento de las familias. En este sentido, consideramos insuficientes las recomendaciones que aparecen dentro del objetivo general número 2.



12. JUSTIFICACIÓN Y ORDEN DE LAS ESTRATEGIAS

En el apartado del documento dedicado al Desarrollo de las líneas estratégicas se recogen distintos objetivos, recomendaciones e indicadores de evaluación para cada estrategia que requerirían, en algún caso, alguna justificación o aclaración adicionales para su correcto entendimiento.

Llama la atención que se declare que el orden en el que se exponen las estrategias guarda relación con la pertinencia teórica del enfoque de planificación sanitaria adoptado y la coherencia interna de la estrategia. A este respecto cabe señalar que la última estrategia es la que se refiere a la obtención de información del sistema, lo que es completamente contradictorio con “un enfoque de planificación sanitaria” y con “coherencia interna de la estrategia”, ya que no tiene ningún sentido actuar sin conocer la información sobre lo que se actúa. Quizás los redactores han querido resaltar la relevancia dada al apartado de prevención y promoción de la salud frente al de tratamiento, pero tal consideración no se deriva claramente de la explicación que se da.

13. COMENTARIOS A LA ESTRATEGIA 1

El desarrollo de la Estrategia 1 es adecuado en términos generales. Hay, sin embargo, tres consideraciones que hacer. En primer lugar, dentro de los Puntos Críticos, el párrafo quinto está mal redactado, ya que no es correcto que la promoción de la salud mental esté poco tenida en cuenta en el programa de formación de las psicólogas y los psicólogos internos residentes. En segundo lugar, en las recomendaciones del Objetivo General 3, hay que señalar que no sólo habrá que adecuar las unidades de psiquiatría a las necesidades de los y las pacientes con trastornos mentales, sino también cualquier dispositivo de la red de salud mental. Y finalmente, en el apartado de indicadores, no hay ninguno específico, ni directo ni indirecto, para la evaluación del Objetivo General 3.



14. COMENTARIOS A LA ESTRATEGIA 2

La Estrategia 2 se refiere a la atención de Trastornos mentales. Dentro del primer epígrafe de justificación, se incluye una relación de las características que distinguen la atención eficaz en los trastornos mentales graves, de acuerdo con la distinción que ha marcado el documento entre Trastornos mentales comunes y graves. En esa relación se especifica claramente que la provisión del tratamiento farmacológico adecuado es una característica esencial del buen resultado terapéutico, junto con otras como es la actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales. No se puede estar en desacuerdo con la idea de que los tratamientos farmacológicos pueden resultar muy útiles en los trastornos graves, pero es completamente gratuito afirmar que la intervención farmacológica "adecuada" es siempre necesaria, sin tener en cuenta el estadio evolutivo del trastorno y las circunstancias del problema particular en cada caso, salvo que estemos frente a una completa redundancia (si es adecuada es siempre necesaria) que no requeriría más comentario. La afirmación de que se deben realizar actuaciones psicológicas y sociales da un aire prescindible y asistemático al trabajo psicológico y social que no se aprecia en la referencia al tratamiento farmacológico. ¿Qué inconveniente hay en reconocer la necesidad de que se aporte el tratamiento adecuado a cada paciente conforme a lo que, en cada momento, establezcan las guías clínicas basadas en las pruebas empíricas (mal llamado conocimiento basado en la evidencia)? La relevancia del tratamiento psicológico es de igual o mayor entidad, en algunos casos, que el tratamiento farmacológico en el abordaje de los trastornos mentales graves.

Los objetivos y recomendaciones que se incluyen en la Estrategia 2, dentro de los Objetivos generales 4 y 5, son exhaustivos y reúnen una serie de orientaciones de gran valor. Esta organización colegial quiere destacar el esfuerzo que se aprecia en la puesta al día de los procedimientos e instrumentos terapéuticos y la elaboración de protocolos clínicos de atención junto con el respeto a los derechos y la dignidad de los pacientes. Sin embargo, debe llamar la atención que, una vez más, los indicadores son insuficientes para valorar la consecución de los objetivos de la Estrategia. Así, por ejemplo, no se recoge ningún indicador cuantitativo que señale el tipo y uso de procedimientos psicoterapéuticos y de rehabilitación que están incorporándose al sistema de acuerdo con



las propias recomendaciones que se formulan en esta Estrategia, por tanto se deberían incluir. Un posible indicador sería “tiempo de psicoterapia por habitante a la semana”.

Finalmente comentar que llama la atención el hecho que, en los indicadores de los objetivos general 6 y 7 sólo, se señale la ratio de psiquiatras por población. También es necesario incluir la ratio de los otros profesionales de la salud mental, entre ellos la de los psicólogos y psicólogas clínicas.

15. COMENTARIOS A LA ESTRATEGIA 3

La Estrategia 3 se centra la coordinación intra-interinstitucional. Este es un asunto del que se habla abundantemente en diversas partes del informe, en conexión o no con todo el entramado legal que tiene que ver con la salud mental. En diversos párrafos de esta Estrategia (y en otras partes del documento) se hace mención insistente sobre las ventajas del equipo multi-disciplinar frente a lo que podría llamarse acción profesional “descoordinada” y “unidimensional”. Sin embargo, sorprendentemente cuando se pasa de las palabras a los hechos, y se proponen indicadores de evaluación, sólo se incluye la ratio de psiquiatras por población. Si ya resulta difícil de entender en qué medida la ratio de profesionales / población es un indicador de la coordinación intra-interinstitucional, aun más lo es si se aplica a un sólo tipo de profesional de los que componen el equipo. Creemos que este asunto tendría que ser aclarado para poder ser entendido.

16. COMENTARIOS A LA ESTRATEGIA 4

La Estrategia 4 aborda la formación del personal sanitario. Aquí cabe destacar una marcada discrepancia entre los puntos críticos encontrados y los objetivos y recomendaciones que se sugieren. Así, se postula que hay una necesidad de definir un perfil para cada una de las especialidades, pero no se propone nada específico al respecto, salvo un vago llamamiento a que el Ministerio junto con las CC.AA. revisarán los perfiles profesionales de los futuros especialistas.



En la misma Estrategia, se apunta, en otro Punto crítico, la dispersión y la falta de coordinación entre los múltiples proveedores de formación...”, sin que, en consecuencia, se proponga nada para su solución, o al menos se mencione explícitamente en objetivos o recomendaciones.

Por otra parte, en cuanto a la formación continuada, falta hacer referencia a la formación continuada de las psicólogas y los psicólogos en el apartado inicial de este tema. Además en la exposición del apartado específico sobre la formación en Psicología clínica, valoramos positivamente la recomendación de que se regule la formación continuada de los psicólogos clínicos. No obstante, conviene señalar que la situación no es sustancialmente distinta a la que sucede, por ejemplo, con la formación en psiquiatría, en la que la misma se encuentra a expensas de la responsabilidad personal y voluntarista de los y las profesionales que acuden a las ofertas formativas existentes.

17. COMENTARIOS A LA ESTRATEGIA 5

La Estrategia número 5, relativa a la Investigación en salud mental, recoge en sus Puntos críticos un análisis de la situación que esta corporación comparte completamente. Sin embargo hay un aspecto importante que ha quedado fuera del análisis y que no ha sido recogido en las recomendaciones. La investigación de carácter psicológico sólo se potenciará si hay personas interesadas en realizarla. Como dice el informe la investigación de origen “biologicista” es mayoritaria, no sólo porque hay profesionales (fundamentalmente médicos) interesados en esa perspectiva, sino también porque hay financiación privada suficiente que la incentiva. La mayoría de la investigación de orientación psicológica que se realiza en España se hace desde la Universidad, en condiciones siempre precarias y de escasos recursos. La escisión entre el mundo académico y profesional que vive la Psicología está producida por una Ley de incompatibilidades que impide simultanear el trabajo clínico con el docente e investigador. Si no se resuelve esa dualidad, es improbable que progrese la investigación psicosocial dentro del Sistema Sanitario.



Colegio Oficial de Psicólogos

JUNTA DE GOBIERNO

EFPA



Miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos

Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta
28006 Madrid
Tels.: 34 91 444 90 20
Fax.: 34 91 309 56 15
E-mail: secop@correo.cop.es
<http://www.cop.es>

18. COMENTARIOS A LA ESTRATEGIA 6

La Estrategia número 6 habla de los sistemas de información y evaluación. Consideramos este apartado de capital importancia para la realización de un trabajo de análisis, planificación y evaluación, tal y como se ha dicho ya en otros apartados. Aún estando de acuerdo con los objetivos específicos y las recomendaciones que se recogen, no disponemos de los elementos de juicio suficientes para estimar si estas medidas son suficientes para alcanzar el objetivo de disponer de un buen sistema de información epidemiológica. La falta de tiempo ha impedido un análisis más a fondo de este apartado.