

ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

DESAFIOS QUE PLANTEA LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD MENTAL (E.N.S.M.)

**Fernando Márquez Gallego en representación de los responsables
de salud mental de las C.C.A.A.**

1. Aproximación conceptual

2. Aproximación histórica:

2.1. Años 70

2.2. Años 80

2.3. Años 90

2.4. Umbrales e inicio del siglo XXI

3. Organización de servicios.

4. Coordinación intra e interinstitucional:

4.1. Fundamentación

4.2. Elementos constituyentes de la coordinación

4.3. Objetivos

4.4. Puntos críticos y desafíos

5. ¿Y a partir de ahora, qué?

1. Aproximación conceptual:

La estrategia nacional de salud mental apunta como objetivos fundamentales a:

- **Promoción de la salud mental de la población, prevención de los trastornos mentales y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.**
- **Atención a los trastornos mentales incrementando la calidad científico-técnica percibida y ética.**
- **Promover la participación de todos los implicados: pacientes, familiares, profesionales sanitarios, administraciones públicas, instituciones y otras organizaciones.**
- **Promover la cohesión en el ámbito de la salud mental.**
- **Promover la equidad en el ámbito de la salud mental.**

2. Aproximación histórica (1):

La estrategia nacional en salud mental como resultado de la convergencia de:

a) Políticas sanitarias sectoriales: inclusión fundamentada de la estrategia nacional de salud mental dentro de las estrategias nacionales del SNS.

b) Cambios de la demanda social:

- Incremento de la demanda de los trastornos mentales más prevalentes (depresión, ansiedad, somatización).**
- Nuevas demandas sociales asociadas a trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, nuevos perfiles en consumidores de sustancias, dependencia sin sustancia.**
- Necesidad de alternativas residenciales, de socialización y de empleo en trastorno mental grave y persistente.**

2. Aproximación histórica (1) continuación:

c) Reforma y desarrollos técnico-asistenciales:

- Planes y proyectos de reforma psiquiátrica y de salud mental comunitaria.
- Creación de una red asistencial y comunitaria integrada en el sistema sanitario, tanto intra como extrahospitalaria.

d) Cambios en los marcos normativos generales y sectoriales:

- Constitución Española, 1978 (art. 43 y relacionados).
- Ley General de Sanidad, 1986 (especialmente art. 20).
- Modificación del Código Civil, 1983, (internamiento involuntario y tutelar...) y del Código Penal, 1995 (psiquiatría penitenciaria, medidas de seguridad...), Ley de enjuiciamiento civil, 2000 (revisión del internamiento involuntario y tutelar).
- Leyes de cohesión y calidad del SNS, 2003; de autonomía del paciente, 2002; y de ordenación de profesiones sanitarias, 2003.

2. Aproximación histórica (2): De lo local a lo autonómico y estatal.

2.1. Años 70:

- De la protorreforma a la reforma psiquiátrica.
- Momentos de transformación y cambio de hospitales de carácter local. Experiencias simbólicas de referencia (Asturias, Galicia, Madrid, Cataluña, ...)

2.2. Años 80:

- Informe Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985.
- Creación de la Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica vinculada al Consejo Interterritorial.
- Planes y procesos de la reforma psiquiátrica en las comunidades autónomas (a partir de transferencias sanitarias o acuerdo de coordinación entre el Ministerio de Sanidad-INSALUD y Comunidades Autónomas).

2. Aproximación histórica (3):

2.3 años 90:

- Desarrollo de la Reforma Psiquiátrica.
- Fin de la Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica.
- Informe del Defensor del Pueblo sobre situación jurídica y asistencial del enfermo mental (1991).
- Proceso de Integración y Mestizaje del subsistema de S.M. en Servicios Autonómicos de Salud.

2. Aproximación histórica (4):

2.4. Umbrales e inicio del siglo XXI

- a) **Momento interautonómico (2000). Constitución de Comisión Interautonómica de Coordinadores y responsables de los planes y programas de salud mental a través de autoconvocatorias semestrales sucesivas en las diferentes comunidades autónomas (décima y última reunión. Cáceres, 7 y 8 de marzo)**
- b) **Momento S.N.S. Fin de transferencias sanitarias (2002). Nuevo modelo de financiación.**
- c) **Momento O.M.S: "No hay salud sin salud mental".**
 - **Informe mundial de Salud Mental 2001: "Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas".**
 - **Declaración de Helsinki. Enero 2005: "Afrontando desafíos. Construyendo soluciones".**

2. Aproximación histórica (1) continuación:

- d) Momento Unión Europea. 2005-2006: Libro Verde. Comisión de las Comunidades Europeas "mejorar la salud mental de la población". "Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental".**
- e) Momento de integración de momentos anteriores: Estrategia Nacional de S.M.**

Puede afirmarse que estos distintos Momentos inauguran una nueva etapa histórica en el ámbito de la salud mental en España ya que por primera vez se alinean los planteamientos más avanzados en este ámbito en los distintos niveles: autonómicos, ministeriales, europeos y los de la O.M.S.

3. Organización de Servicios (1): acerca del gobierno clínico

La inclusión de la perspectiva de gobierno clínico supone un cambio cultural en el sistema sanitario y por ende en salud mental dirigido a prestar una atención sanitaria en el ámbito de salud mental de:

- Calidad científico-técnica y asistencial**
- Orientada al paciente**
- Responsable y segura**
- Sostenible y continuada**
- Basada en valores**

3. Organización de Servicios (2): acerca de la gobernanza

Buenas prácticas de “gobierno” de las organizaciones como respuesta organizativa al desafío que supone:

- La segmentación y fragmentación del sistema sanitario y servicios sociales en su respuesta a las necesidades de los ciudadanos.
- La dilución de responsabilidades con la subsiguiente dificultad de hacerse cargo de tareas interdependientes y de sus consecuencias.
- Promover la integración a través de:
 - Potenciar la coordinación interna y externa a través de fórmulas plurales de geometría variable adaptadas al contexto y a las necesidades sanitarias de la población.
 - Organizar y modular los enlaces no jerárquicos (horizontales, transversales...) a través de procedimientos funcionales y formalizados.

4. Coordinación intra e interinstitucional (1):

4.1 Fundamentación

4.1.1 Arquitectura policéntrica en sociedades complejas:

- **Heterarquía: instancias jerárquicas múltiples y heterogeneas**
- **Diferencias en sistemas-niveles-competencias**
- **Interdependencia**

4.1.2. Coordinación versus fragmentación.

4. Coordinación intra e interinstitucional (1):

4.1.3. Significado de la coordinación.

- Significa combinar armónicamente varios elementos de moda que cooperen en el logro de un mismo objetivo.
 - Confianza mutua
 - Autolimitación
 - Contar con los otros
 - Perspectiva a medio plazo
- La coordinación permite juegos cooperativos de "suma positiva" en los que todos participan y todos ganan.
- La coordinación implica:
 - Capacidad de gratificación diferida.
 - Egoísmo inteligente e ilustrado capaz de incorporar a los otros en el desarrollo de proyectos propios
 - Capacidad de organizar la acción presente orientándola hacia logros en futuros próximos

4. Coordinación intra e interinstitucional (2):

4.2. Elementos constituyentes de la coordinación.

De la autorreferencialidad a la reflexión y acción compartidas

- Cooperación
- Continuidad
- Transversalidad
- Reformulación necesidades sanitarias
- Red organizacional
- Integración de niveles
- Integración de territorios
- Participación de los implicados/afectados
- Corresponsabilidad
- Credibilidad. Construir y mantener confianza mutuas.

4. Coordinación intra e interinstitucional (3)

4.3. Objetivos:

- **Mantener continuidad asistencial**
- **Incrementar coherencia y congruencia de actuaciones y mensajes.**
- **Incrementar eficiencia y la efectividad en tareas complejas y fuertemente interdependientes**
- **Promover la cohesión y calidad hasta un nivel adecuado estableciendo mínimos decentes para todos**

4. Coordinación intra e interinstitucional (4):

4.4. Puntos críticos y desafíos. E.N.S.M. obj. 6.

(Décima y última reunión. Cáceres, 7 y 8 de marzo)

4.4.1. La coordinación es clara en sus enlaces:

- **Como fórmula de coordinación en las organizaciones a través de dispositivos de enlace.**
- **Como fórmula de cooperación con departamentos afines y fronterizos (servicios sociales, educación, empleo, justicia, vivienda, emergencias, ...).**

4.4.2. La coordinación es heterogénea en sus resultados, en relación con los citados departamentos.

4.4.3. Resultados vinculados a:

- **Respaldo de responsables de P. transversales.**
- **Capacidad de consenso técnico, que facilita la toma de decisiones.**
- **Factor humano: actitud flexible y permeable al aprendizaje, a la cooperación y a la interdisciplinariedad, a la transversalidad.**

4. Coordinación intra e interinstitucional (4) continuación:

4.4.4. Posibles soluciones:

- **Construir confianza y cooperación-corresponsabilidad.**
- **Procedimientos de coordinación estables**
- **La coordinación ha de tener una reserva suficiente de tiempo y formalizada en las agendas de trabajo.**
- **Perfiles profesionales. Han de ser de nivel, aptitud y actitudes apropiadas, buscando la adaptación mutua.**
- **Promover iniciativas y establecer liderazgos compartidos con departamentos afines y fronterizos.**

4. Coordinación intra e interinstitucional (5):

4.4. Puntos críticos y desafíos. E.N.S.M. obj. 7.

(Décima y última reunión. Cáceres, 7 y 8 de marzo)

4.4.5. Mantener la red integrada, evitando la fragmentación al responder a necesidades de colectivos específicos. Armonizar la vertebración en la red, asegurando un nivel de especialización adecuado a las necesidades planteadas por los ciudadanos.

4.4.6. Las Asociaciones (científicas, de usuarios y de afectados) pueden desempeñar funciones y actividades complementarias y no paralelas en su relación con el Sistema Sanitario.

4.4.7. Las Asociaciones han de participar y tener voz en la orientación y planificación de los servicios de Salud mental.

4.4.8. La participación de las Asociaciones ha de formalizarse en órganos de asesoramiento y representación de carácter permanente.

4. Coordinación intra e interinstitucional (5) continuación.

4.4. Puntos críticos y desafíos. E.N.S.M. obj. 7.

(Décima y última reunión. Cáceres, 7 y 8 de marzo)

4.4.9. Existen experiencias ilustrativas de participación de las distintas asociaciones, tanto con la Administración Estatal como con las autonómicas.

4.4.10. Existen ejemplos de buenas prácticas en las distintas comunidades autónomas en todas las líneas de desarrollo de la Estrategia Nacional en Salud Mental, en cuyo texto se incorporan 15 de ellas.

Sería aconsejable crear un banco de buenas prácticas para establecer intercambios y promover su ampliación y generalización.

5. ¿ Y a partir de ahora, qué? PROSPECTIVA

- **Importancia histórica y conceptual de la estrategia de Salud Mental del S.N.S.**
- **Integrar a partir de ahora la estrategia de salud mental en los procesos de planificación.**
- **Puesta en marcha de la estrategia:**
 - **Aplicación en Comunidades Autónomas**
 - **Mecanismos de seguimiento y coordinación en S.N.S. con adaptación al contexto.**
 - **Mantener escenarios actuales de participación con las partes implicadas.**
- **Creación y mantenimiento de una Comisión de seguimiento y apoyo á la Estrategia Nacional en Salud Mental en el Consejo Interterritorial del S.N.S.**