

Claves para la elaboración de una Estrategia de Salud Mental en España

>>> D. Alberto Fernández Liria

Bueno, pues, muchísimas gracias y muchísimas gracias a los organizadores por la invitación y la oportunidad de poder compartir con ustedes algunas reflexiones.

Me pidieron que hablara sobre los fundamentos de una posible estrategia de salud mental, y me preguntaba sobre qué clase de fundamentos. Finalmente opté por hacer un enfoque sobre los fundamentos históricos, dada la circunstancia en la cual nos encontramos en el acto de hoy. Porque me parecía que esta conmemoración de un documento que ha sido tan importante para lo que ha sucedido con la salud mental en nuestro país en los últimos años, nos ofrece la oportunidad de echar una mirada crítica a lo que ha sucedido y de poder situar la posibilidad de articular una nueva estrategia, en un proceso del cual este documento es un hito.

Y me planteé, entonces, intentar responder muy brevemente a una colección de preguntas que nos permitan recorrer este proceso y situarnos para hoy: ¿De dónde partimos?, ¿Qué es lo que quisimos entonces?, ¿Qué es lo que hemos logrado?, ¿Qué nos pasó?, ¿Qué nos faltó?, ¿En qué nos equivocamos?, ¿Qué hemos aprendido?, ¿Qué compromisos tenemos ahora mismo? y ¿Qué es lo que podemos hacer?.

¿DE DÓNDE PARTIMOS?

Hace veinte años partimos de una situación - la que se refiere el documento -, en la que lo que sucedía es que la mayor parte de los recursos asistenciales de-

dicados a la atención de la salud mental estaban al margen del aparato sanitario general, y pertenecían a distintas redes que funcionaban paralelamente sin coordinación ninguna, de modo que había cosas que eran atendidas en varios lugares diferentes y cosas que pasaban sencillamente desatendidas. Existía en ese momento una atención muy escasa y de muy baja calidad para los trastornos mentales menores – o mal llamados menores – y la atención para los trastornos graves era en ese momento altamente estigmatizante y estaba fundamentalmente basada en los hospitales monográficos. Por reducirlo en una frase, podríamos decir que en ese momento la locura se reconocía como un problema real, pero no como un problema de salud, y los trastornos mentales menores, ni siquiera se reconocían como un problema.

¿QUÉ QUISIMOS?

Qué es lo que se planteó, es algo que vamos a tener oportunidad de discutir con detalle posteriormente porque a ello ha dedicado su exposición el que fue Secretario de la Comisión. El Documento que hoy conmemoramos expresa con claridad meridiana lo que pretendíamos. Y está magistralmente resumido en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad. Creo que hay motivos para sentirse orgulloso de pertenecer a un país en el que tenemos, en la ley que regula la atención sanitaria general, un artículo como es el artículo 20 de la Ley General de Sanidad que supongo no hace falta que revisemos conjuntamente con los que están presentes en la sala.

La reforma que surge o que se concreta en ese momento, - porque efectivamente había antecedentes importantes antes de que esto fuera puesto sobre el papel - se plantea unos objetivos que son: atender no solamente la enfermedad, sino también la salud, atender no sólo al individuo, sino también a la comunidad, y partir de un abordaje holístico que contemple tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y los sociales del individuo y de su entorno. Eso quiere decir que a lo que es el tradicional abordaje curativo que había presidido las actuaciones de la asistencia psiquiátrica pues se unen aspectos de promoción, prevención y rehabilitación al menos en la intención.

La reforma, entonces, nos hubiera tenido que colocar en una situación en la que tendríamos actuaciones orientadas a la prevención, orientadas al tratamiento, orientadas a la rehabilitación, orientadas a proporcionar cuidados, y orientadas a proporcionar apoyo social. O sea un amplio abanico de áreas sobre las que actuar. Y esto se pretende estructurar pasando de un esquema

de un trabajo individualizado a un trabajo que tendría que ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, y que se realizaría en la comunidad facilitando un acercamiento al entorno de los pacientes y al entorno de los factores que tienen que ver con la aparición de los problemas de salud mental.

Esto en nuestro país sucede con unas características que son distintas de las de algunos otros de los países que aparecían en los gráficos de barras que nos presentaba el orador anterior. La primera idea es que el subsistema de atención a la salud mental va a aparecer como parte del sistema de la salud general. La segunda idea es que este subsistema se sitúa en un nivel de atención especializada, es decir, en segunda línea con respecto a la atención primaria de salud, y que, por lo tanto, a la atención primaria de salud le corresponde un papel absolutamente clave en la atención a la salud y a los trastornos mentales. Y en tercer lugar, que su orientación es mayoritariamente comunitaria, lo que supone que las alternativas de atención se van a dar de la forma que supongan un menor alejamiento del paciente de su medio natural, y que la hospitalización se va a contemplar como una alternativa excepcional, y a realizar – porque esto está establecido así en el documento y en la ley – en unidades de hospital general, en la medida de lo posible.

Esto se hace a través de un soporte legal que también es original dentro de nuestro entorno. Se da sin una norma específica, que en ese momento algunos consideraron que hubiera podido convertirse en un elemento de discriminación. Y por eso, es decir, los principios fundamentales y las normas que van a regir el desarrollo de la atención en la Ley General de Sanidad, están en el código civil, están en el código penal y están en el real decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias en el que se incluyen, por ejemplo, la psicoterapia entre las prestaciones que se ofertan desde el sistema sanitario público. Estas eran las intenciones.

¿QUÉ LOGRAMOS?

¿Qué es lo que en este momento podríamos pensar que se logró de aquello que se pretendía? Pues hombre, yo creo que se lograron cosas muy importantes. Desde luego se hicieron importantísimos avances en el terreno de la integración de la salud mental como una parte de la salud general; aunque queden flecos por cumplir en este campo; se hicieron importantes avances en el sentido de la articulación de una red única, garantizando que a partir de aquella situación de redes paralelas pudiéramos llegar a una actuación sinérgica de los

recursos públicos. Se consiguió algo muy importante que no reflejan los gráficos de barras que vimos anteriormente, pero de lo que sí tenemos experiencia todos los aquí presentes, que es un incremento muy importante – aunque sea insuficiente – de los recursos. Se consiguió la diversificación de los recursos humanos. Y se consiguió, en muy buena medida, la disposición de estos equipos multidisciplinares de los que hablaba antes.

Se consiguió una mejora sustancial de la atención a los trastornos agudos y de los llamados trastornos mentales menores, y se consiguió un avance que es más desigual por autonomías, pero que yo creo que en términos generales es un avance considerable, en el campo de lo que sería la rehabilitación, los cuidados y el apoyo.

¿QUÉ ES LO QUE NOS FALTÓ?

¿Qué es lo que nos faltó? Pues nos encontramos indudablemente – si pensamos en cuáles eran los objetivos – con algunas deficiencias importantes. En primer lugar, los aspectos preventivos y de promoción, muy rara vez han pasado del terreno puramente declarativo. Y el trabajo *con* la comunidad - no *en* la comunidad tampoco pasó más allá de las intenciones. Efectivamente, hemos sacado a los profesionales de las grandes instituciones, pero el trabajo con la comunidad, considerando la comunidad como un factor que está o debería estar implicado en el origen y en la solución de los problemas de salud mental, esto es algo que ha sido excepcional.

¿QUÉ NOS PASÓ?

¿Qué es lo que pasó para que esto fuera así? Pues pasó que en el desarrollo de este proceso encontramos algunas dificultades que yo creo que es muy importante poder señalar a la hora de hacer balance para ver donde estamos y hacia dónde podríamos ir. Pasó que, en la división de funciones, de atribuciones y de formas de colaboración, la relación entre atención especializada y atención primaria ha sido una relación problemática. Que la definición de los límites entre lo que cabía esperar de uno y otro escalón asistencial ha sido problemática, y que esto ha sido una de las fuentes de dificultades en la consecución de los objetivos que estaban marcados en un principio.

Ocurrió que buena parte de los desarrollos que se hicieron muy rápidamente en los primeros años, se hicieron porque había una importante implicación

personal de los responsables que tenían que llevarlo a cabo, se hicieron en base a una importante dosis de voluntarismo, y esto se ha traducido muy frecuentemente – esto unido a una falta de incentivación por las rigideces del sistema de gestión de los recursos humanos –, se ha traducido, muy frecuentemente, en el queme de buena parte del potencial humano con el que hubiera habido que contar.

Sucedió que la definición de los roles dentro de los equipos interprofesionales era difícil y también han surgido conflictos en este aspecto y también de estos conflictos se ha alimentado una buena dosis del corporativismo que en estos momentos dificulta avanzar sin dificultades en este terreno.

Sucedió que la industria farmacéutica, que juega un papel sin el cual no podría funcionar el sistema, ha adquirido - por la aparición de toda una serie de nuevos avances terapéuticos que han sido puestos a disposición del sistema público -, ha cobrado con respecto al sistema de atención pública a la salud mental, un protagonismo, una importancia y una capacidad de influencia que no tenía en los momentos en los que empezaron a pensarse estas líneas estratégicas.

Y eso ha tenido –entre otras cosas– una importancia muy grande en el punto siguiente del que quería hablar que es el tema de la formación y la salud mental. Nos hemos encontrado teniendo que formar a los profesionales que van a trabajar en recursos nuevos, en recursos antiguos. Y a veces nos hemos encontrado con dificultades a la hora de formar – para una situación que es nueva – a los profesionales, y además con que existían otras instancias con otros intereses que estaban facilitando alternativas de formación para estos mismos profesionales que no siempre respondían a las necesidades del sistema.

Sucedió que los nuevos modelos de gestión de los que se empezó a dotar el sistema general de salud, en algunas situaciones no disponían de la flexibilidad suficiente como para recoger algunos de los aspectos importantes, específicos, de la atención a la salud mental.

Sucedió que como el estado de las autonomías permite esta situación porque la responsabilidad asistencial es de las CC.AA., a lo largo de todos estos años probablemente se han incrementado las desigualdades entre los territorios.

Sucedió que hemos mantenido uno de los – a mi modo de ver – de los errores de los que partía la situación que es la separación de la red de las

drogodependencias y que hemos conseguido - probablemente o ha habido serias dificultades para articular la atención específica a los diferentes grupos de usuarios.

Y éstas, yo creo, que son las dificultades que tienen que ver con las características internas del proceso, con las características internas de lo que sería el subsistema de atención a la salud mental.

Sin embargo, no me parece que sean las más importantes. Creo que buena parte de lo que eran los objetivos y las pretensiones de los promotores del proceso de reforma psiquiátrica, en algunos momentos pueden entrar en colisión o plantear problemas con objetivos macroeconómicos como la contención del déficit público, o pueden encontrarse con problemas en la medida en la que el panorama general del estado del bienestar, en los términos en los que se entendía hace 30 años, pueda estar cuestionada. Y este es el conjunto de dificultades a los que me parece que se ha enfrentado el proceso.

¿EN QUÉ NOS EQUIVOCAMOS?

Si lo que vamos a hacer es una visión crítica, probablemente, tengamos que pensar también en qué nos equivocamos; y a mí se me ocurre que si pensamos en qué nos equivocamos, probablemente lo que tendríamos que mirar no es tanto a las cosas que en ese momento decíamos, sino que tengo la impresión de que hay cosas que en aquel momento dábamos por supuestas que probablemente no se ajustan a lo que sucedía entonces ni a lo que ha sucedido después.

En primer lugar es posible que cogiéramos como bueno un concepto – el de *comunidad* – que es un concepto americano, que probablemente tiene su origen en la necesidad de explicar el modo de vida que se desarrolla a partir de las comunidades de puritanos que desembarcan en Nueva Inglaterra hace muchos años. Y el concepto de comunidad al que se refieren textos de los que todos hemos citado y todos hemos utilizado, probablemente no es aplicable a las sociedades como las europeas, y menos a las mediterráneas sin que sometamos ese concepto a una crítica importante.

Por otra parte, yo recuerdo que, con alguno de los que están aquí, cuando pensábamos qué pacientes eran externalizables o desinstitucionalizables en ese momento, lo primero que mirábamos era donde estaba su familia y, la

distancia de la familia al lugar del que pretendíamos conseguir la desinstitucionalización. Partíamos de la base de que lo que tenemos es una estructura familiar que se considera responsable y que de algún modo tiene la obligación de hacerse cargo del cuidado de las personas que están discapacitadas. Bueno, esto seguramente ha sido verdad en nuestro país en algún momento... En una ocasión me encontraba con una psicólogo de Wisconsin, una mujer de origen chileno, que había venido a Madrid antes de instalarse allí y me decía: “¿en España seguís todavía empeñados en que los esquizofrénicos vivan con sus familias?” - ¡Hombre – pensé –, todavía...! “Todavía”, no: “Ya” ¿No? Como no me parecía – porque le había oído contar otras cosas – que esta mujer me estuviera diciendo lo que yo estaba oyendo, le pregunté qué es lo que quería decir. Y ella me dijo: “Aquí – en Wisconsin – todo lo que no sea la autonomía no es aceptable”. “Si uno vive con su familia es porque quiere vivir con su familia, pero no podemos contar con que vaya a querer vivir con su familia”. Cuando alguna vez hemos tenido que remitir un paciente al Rif, en cambio, nos hemos encontrado con que está perfectamente claro quién es el miembro de su familia que se va a tener que hacer cargo de su sustento. Y eso es posible que sucediera en los medios rurales españoles hace muy poco e incluso que, en algunos, aún suceda algo parecido. Pero es muy improbable que suceda en alguna medida en nuestros medios urbanos dentro de nada. Este es un tema importante, porque si no contamos con las familias como con un organismo que tiene la obligación de hacerse cargo del cuidado de los pacientes, entonces los costes que hemos calculado para la reforma están infraestimados, porque alguien se va a tener que hacer cargo de eso, ¿no? Y probablemente este es un tema que tendríamos que pensar.

En el momento en el que se construyen las perspectivas de la reforma no parecía disparatado pensar que el estado del bienestar era algo incuestionable y que sus atribuciones, además, iban a ir creciendo progresivamente. Esto está seriamente cuestionado hoy en día, y este es otro tema que yo creo habría que poner en perspectiva.

Estábamos absolutamente seguros de que la vida en la comunidad, en términos generales, era preferible a la vida en un medio institucional. Sobre esto hasta tenemos pruebas recogidas a posteriori. Estoy convencido de que esa sí. Pero de que es así en ciertas condiciones, no es así por definición. Y por tanto hay que definir y procurar esas condiciones.

Estábamos seguros de que la información sobre la realidad de los trastornos

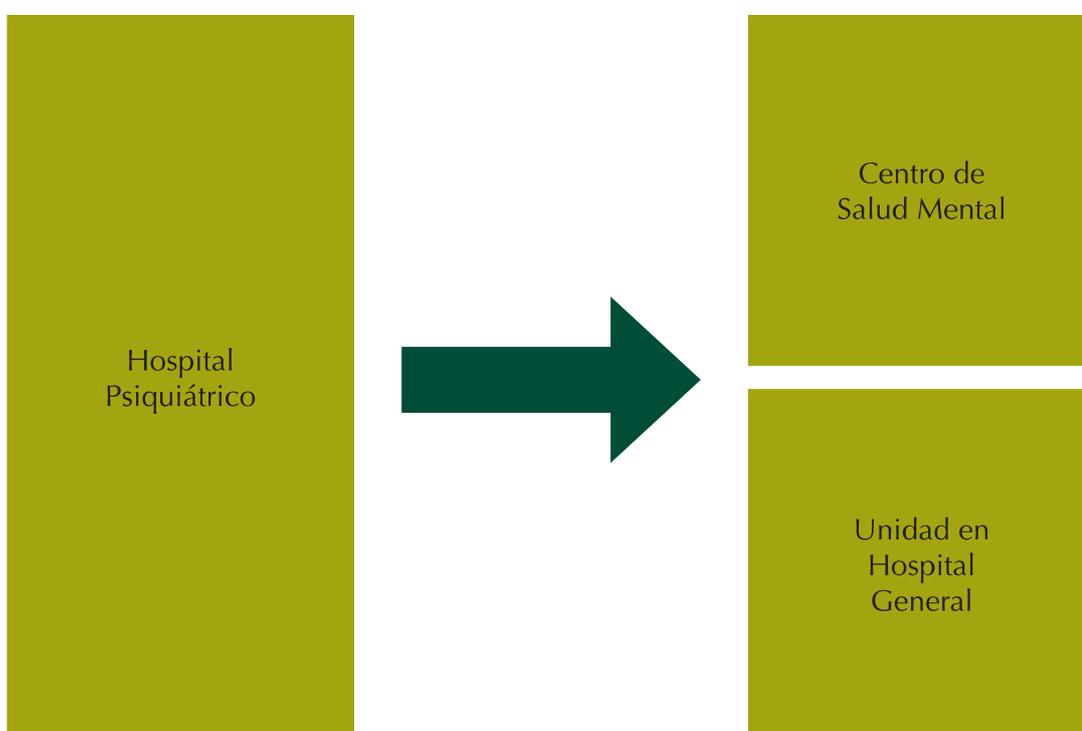
mentales iba a disminuir el estigma. Yo no estoy tan seguro de esto, y me parece que algunas de las cosas que ahora se van averiguando sobre el estigma pues nos van pudiendo enseñar de que esto tampoco es necesariamente así.

Y estábamos absolutamente seguros que la integración de la atención a la salud mental en la red de atención a la salud general iba a ser beneficiosa, y esto tampoco es tan obvio. Es decir, esto indudablemente tiene sus ventajas – seguro que es preferible – pero también puede generar algunos inconvenientes. Y hay que reconocerlos, para poder remediarlos.

Estas son cosas que no eran necesariamente las que se discutían, son supuestos implícitos, cosas que se daban por hechas... pero sobre las que habrá que pensar si queremos aprender.

Figura 1

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL: LOS DESEOS



¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

¿Qué cosas hemos aprendido? Pues hemos aprendido que las soluciones simples a problemas complejos como esta de la Figura 1, - es decir, la idea de que podría sustituirse un sistema basado en una especie de institución monográfica por un sistema polar, en el que tendríamos un lugar en el que se atiende a las personas que tienen trastornos mentales de forma ambulatoria, sin separarlos de su medio, cerca de su familia, y sólo excepcionalmente, ingresarlos en un hospital general para restituirlos de nuevo a su medio, así sin más, esa idea, no ha funcionado ni en este país, ni en los países que la defendieron anteriormente. Lo que ha funcionado ha sido otra cosa. Voy a poner una transparencia que corresponde a los servicios que mejor conozco, porque son en los que trabajo yo, pero que podrían ser cualquier otros. Lo que tenemos en lugar de un sistema con dos elementos, es una cosa que es así (Figura 2).

Figura 2

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL:

Los Servicios de Salud Mental del Área 3 de Madrid: La Red



Lo voy a pasar muy deprisa: dos centros de salud mental, uno de hospitalización, una interconsulta, una urgencia, un hospital de día, dos centros de rehabilitación psicosocial, un piso escuela, un centro de rehabilitación laboral, una unidad de rehabilitación, una mini-residencia, otra mini-residencia, unos pisos protegidos, una alarma domiciliaria, unos cuidados prolongados, una fundación para conseguir pagar los billetes de tren que hacen falta para ir a ver el museo del Prado desde Alcalá, un club social en uno de los distritos, otro club social en otro, un huerto de ocio, unas iniciativas de empleo protegido, y claro, como esto es un lío, unos programas de continuidad de cuidados que nos permitan que todos estos recursos, en lugar de tirar cada uno por su lado sobre el mismo paciente sobre el que actúan y descuartizarlo, pues puedan actuar sinérgicamente y conseguir un beneficio para ellos.

Y esto da lugar a un panorama sumamente complejo, pero que es que es el panorama del que tenemos que partir. Sumamente complejo si lo que dibujamos son los recursos, porque si lo que dibujamos son los financiadores, entonces el panorama es más complejo todavía. Tenemos una parte que está financiada por dos instancias distintas... bueno, que está financiada por salud – en el lugar donde yo trabajo –, otra parte que está financiado por servicios sociales, y otra parte que tiene otros financiadores (Figura 3).

Figura 3

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL:



Y si atendemos a los proveedores, resulta que tenemos varios proveedores y varios de los nodos de la red que tienen varios proveedores, dentro de lo que es el campo de la salud; tres cuartos de los mismo en los que dependen de la consejería también de familia y servicios sociales, y para qué voy a hablar del capítulo de “otros”, ¿no? (Figura 4).

Figura 4

SOLUCIONES SIMPLES Y SISTEMAS COMPLEJOS EN SALUD MENTAL:

Proveedor



Tenemos entonces un panorama sumamente complejo y es a este panorama en lo que se refiere al tema de la atención al que tendríamos que dar respuestas.

¿QUÉ COMPROMISOS TENEMOS?

¿Qué compromisos tenemos? A estas alturas hay una serie de compromisos institucionales en los que está implicada la administración central y las administraciones autonómicas. El anterior orador hablaba de algunos de los

compromisos que tiene los ministros de los países europeos y que tienen nuestro país, por tanto, y que además concierne a las CC.AA. en la medida en que el documento aprobado por los ministros en Helsinki es un documento que ha sido de algún modo refrendado por el Consejo Interterritorial, y por tanto, por las CC.AA. Así tenemos unos compromisos que aparecen recogidos en la declaración de Helsinki y que aparecen traducidos a un plan de acciones – el plan de acciones para Europa - que también se aprobó en Helsinki y también firmaron los ministros de sanidad de los países de la región europea. Un plan de acciones complejo y sumamente ambicioso que incluye 12 áreas de actuación, cada una de las cuales, está definida por un objetivo. Y cada una de las cuales incluye una colección de posibles acciones que integran hasta un total de más de 140 acciones entre las que habría que saber seleccionar cuáles son pertinentes para cada uno de los países de la región, que son países sumamente diferentes en muchas cosas, pero también sumamente diferentes en lo que se refiere a los sistemas de atención a la salud mental.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Y este es un poco el recorrido histórico que nos permite situar el punto en el que en este momento nos situaríamos para poder pensar cómo podría articularse una estrategia que pudiera guiar la dirección por la cual pueda desarrollarse la atención a la salud mental en nuestro país en los próximos años. ¿Qué es entonces lo que en semejante situación se puede hacer? Lo que se puede hacer considerando que el contexto en el que estamos hablando es el contexto de las autonomías, y por consiguiente para el conjunto, probablemente podríamos darnos por satisfechos con muy pocas cosas.

Primero conocer lo existente. En este momento no sabemos lo que tenemos. Si tuviéramos que hacer esos gráficos de barras que nos presentaba anteriormente sobre Europa, comparando la situación de la atención de salud mental en las diferentes CC.AA., no podríamos hacerlo. No podríamos hacerlo porque los datos de los que se dispone en cada una de las CC.AA. son diferentes. Son diferentes, y por tanto no facilitan el que se puedan establecer comparaciones. Los términos que se utilizan para designar los recursos son a veces los mismos para designar recursos distintos; a veces distintos para designar los mismos recursos...

Conocer lo existente nos permitiría evaluar lo que se ha logrado, y en función de estas dos cosas podríamos saber en que situación estamos, por ejemplo, con respecto a la equidad que podrían esperar los ciudadanos del estado es-

pañol, y avanzar en este sentido. Esto tendría indudablemente una enorme ventaja, y es que esto nos permitiría aprender de la diversidad. Seguramente la diversidad que se ha desarrollado a lo largo y ancho del país es sumamente enriquecedora y nos proporciona una oportunidad de aprender absolutamente única. Si conociéramos lo que hay, podríamos aprender de la diversidad y podríamos trabajar juntos para aprender cosas. Esto facilitaría la cooperación.

Para eso tendríamos que considerar varias cosas: en primer lugar que las competencias asistenciales están transferidas a las CC.AA.; que en este momento, no sabemos, no tenemos un buen conocimiento, por este motivo que decía anteriormente, de cómo está la oferta y la demanda en temas de salud mental. Que, aunque no podemos decirlo de un modo fehaciente porque no tenemos datos, tenemos la percepción de cualquiera que se mueva un poco por la geografía española, de que existen situaciones de inequidad entre unas y otras CC.AA. Que si a uno le sucede determinado problema de salud mental, las posibilidades de que reciba ayuda o de que la ayuda que reciba se ajuste más a lo que se acepta como recomendable en este momento, en una determinada comunidad pues es mayor que en otra.

Lo que tenemos es planes. Tenemos planes autonómicos en muchas de las CC.AA. A veces estos planes autonómicos no tienen criterios de evaluación. Desde luego, los criterios no son los mismos en unos que en otros, y a veces los planes incluyen un compromiso económico, y es fácil visualizar ese esfuerzo que el ponente anterior estaba pidiendo de un modo claro, pero a veces esto no es así. Yo no sé de donde ha sacado la Oficina Regional Europea de la OMS los datos que permiten saber qué porcentaje del PIB se gasta en salud mental en cada uno de los países, pero dudo muchísimo de la validez de esos datos, porque no es fácil saber qué porcentaje – no digo ya del PIB – sino del presupuesto sanitario del área sanitaria en la que yo trabajo se dedica a la salud mental...

En este momento hay un foro de encuentro (entre los responsables de salud mental de las CC.AA.) que yo creo que ha cumplido un papel importantísimo entre las distintas comunidades autónomas, pero es un foro de encuentro que ha surgido espontáneamente, yo creo que guiado por el buen criterio de los responsables autonómicos de salud mental.

Y tenemos un compromiso, que es un compromiso que nos afecta a todos, que es el compromiso que establece el documento de Helsinki. ¿Qué es lo que habría que hacer o qué es lo que se podría hacer en una situación semejante?

Pues lo que se podría hacer para empezar es consensuar, consensuar cosas. ¿Y eso qué supone? Pues eso supone implicar en el proceso de elaboración de la estrategia a las administraciones autonómicas, implicar a los profesionales, a través de sus asociaciones y a través de los mecanismos que se puedan pensar, implicar a los usuarios, considerar qué cosas son las que sabemos fehacientemente que son útiles, y centrarse en dos cosas: por un lado, los pacientes – convertir de verdad al paciente en el centro del sistema – y en los puntos críticos de sistema.

Y, ¿Qué es lo que se podría hacer para eso? ¿Cuáles son los medios que se podrían utilizar? Pues en primer lugar, si uno lee las más de 140 acciones que resultan de las propuestas para cada una de las 12 áreas del documento de Helsinki, encontrará acciones que pueden ser absolutamente prioritarias de desarrollar en Rumanía, pero no en Alemania y viceversa. Habría que ser capaces de priorizar aquellas de las acciones comprometidas que son relevantes para la situación en la que en este momento está implicado nuestro país. Priorizadas esas acciones, proponer unos estándares de calidad. Unos estándares de calidad basados en una revisión de las pruebas que tenemos sobre lo que sirve. Habría que articular unos sistemas de información que nos permitan manejar todo esto y que nos permitan tener esa visión conjunta y poder hacer esas comparaciones de las que estábamos hablando. Y habría que localizar ejemplos de buenas prácticas. Estoy seguro de que eso nos enseñaría... Se me ocurre que si en estos momentos pensáramos, por ejemplo, en programas específicos para atención al trastorno mental grave... o programas de coordinación de cuidados para pacientes graves y crónicos.... en estos últimos: me vienen a la cabeza en este momento tres lugares de España donde se están desarrollando programas sobre esto, completamente diferentes, pero que resuelven perfectamente de una forma completamente distinta, financiado de un modo distinto, localizados de forma distinta dentro de los recursos de atención a la salud mental del área. Resuelven esas cosas de tres formas diferentes. El poder localizarlos, el poder compararlos, también para ver si efectivamente lo resuelven del mismo modo. Y el poder aprender de ellos sería algo de lo que sería útil disponer. Esto sería localizar... buenas prácticas.

Y esto ¿Cómo podría hacerse? o ¿Cuál es la propuesta que en este momento está puesta encima de la mesa por el Ministerio de Sanidad y Consumo?. Pues la propuesta es la propuesta de una estrategia que pueda ofrecer esto de lo que estábamos hablando antes a la cual podría llegarse a través del trabajo conjunto (Figura 5)

Figura 5



Por un lado de un Comité de Redacción de la Estrategia, que lo que hiciera fuera proponer unos estándares y revisar cuáles son las pruebas de que esos propuestos pueden conducirnos a buen puerto, y por otro lado lo que tendríamos es un Comité de Representantes de las Comunidades Autónomas que fundamentalmente lo que tendrían es que aportar los criterios de priorización y de factibilidad de las acciones o de los estándares, o de las propuestas que pudieran hacerse. Dos comités que tendrían que trabajar en conjunto, que tendrían que trabajar sinérgicamente. Y que tendrían que colaborar para poder localizar esos puntos críticos, para poder determinar cuáles son las áreas en las que es pertinente intervenir ahora, aquí, en este país, y para poder poner encima de la mesa una estrategia conjunta que nos permita como decía Fernando Lamata, o les permita a alguien que venga detrás sentarse a una mesa como esta dentro de 20 años, a ver qué es lo que ha sucedido... Pues muchas gracias.