

AMENZAS Y FORTALEZAS DE LAS DEMOCRACIAS CONTEMPORÁNEAS
XVIII CONGRESO ESPAÑOL DE CIENCIA POLÍTICA Y DE LA ADMINISTRACIÓN
9 - 11 DE SEPTIEMBRE, 2026
UNIVERSIDAD DE GRANADA

GT 5.9. Políticas Públicas, transferencia e innovación social

Work in progres

Las políticas de salud mental 1975-2025: ¿el sexto pilar?

María José García-Solana

Universidad Complutense de Madrid - ICCA

mjgarcia@ucm.es

Nota biográfica

María José García Solana, Doctora en Ciencias Políticas y Sociología, profesora Ayudante Doctora del Departamento de Ciencia Política y de la Administración de la Universidad Complutense de Madrid y adscrita al Instituto Complutense de Ciencia de la Administración.

Resumen

La ponencia que se presente tiene como objetivo analizar la evolución de la política pública de salud mental. Para ello se realiza un análisis longitudinal del ciclo de la política y se utiliza el enfoque de narrativa de políticas públicas para complementar la construcción y adaptación del discurso de esta política. El alineamiento con discursos universal y la incorporación de matices específicos en la trama permite identificar el rol de cada uno de los actores y sus interacciones en la construcción de esta política como posible sexto pilar del Estado social.

Palabras clave

Salud mental, Estado social, enfoque narrativo, servicios públicos

1. Introducción

La salud mental como problema público ha cobrado especial atención en las últimas décadas. Las altas tasas "de trastornos psiquiátricos a nivel mundial" (Leiva- Peña et al., 2021: 5) lo sitúan como un problema de salud pública y social. Según la OMS, en Europa “entre un cuarto y un

tercio de la población sufre problemas de salud mental, y de estos solo el 50% recibe tratamiento" (Bernardini-Zambrini, 2014:1). El Instituto Nacional de Estadística en la Encuesta de Salud de España (ESdE), en 2023, registró que el 14,6% de la población de 15 y más años tenía síntomas depresivos y un 8% tenía cuadros depresivos severos. Estos datos señalan el aumento de las cifras sobre salud mental respecto a 2020, en concreto, 5,5 puntos de diferencia en el cuadro depresivo severo y 3,7 puntos en otros cuadros depresivos.

Al aumento y visibilidad de este problema social han contribuido de manera específica las consecuencias de la crisis de 2008, la llamada Gran Recesión, y la pandemia de Covid-19. El impacto global de estas crisis ha revelado la fragilidad de nuestras sociedades, lo que ha aportado una nueva dimensión social a las políticas públicas del Estado.

Los Estados del bienestar necesitan adaptarse a las circunstancias cambiantes en el mundo (Del Pino y Rubio, 2024) y muestra de ello es el surgimiento, con entidad propia, de la política de salud mental y su definición como sexto pilar. La incorporación de la salud mental a las políticas públicas no sólo ha ampliado las funciones sociales del Estado (Campodonico, 2019: 1), sino que además ha sacado a la luz la multidimensionalidad del fenómeno y, con ello, la necesidad de un enfoque integral, transversal y coordinado de esta política pública. La imbricación con otros problemas sociales – fundamentalmente el empleo, la igualdad, la pobreza, la discapacidad o la vivienda - hace que la salud mental sea un importante indicador del bienestar de la población (Leiva- Peña et al., 2021: 5). Además, “no nos equivocamos si imaginamos que aquellas personas en situación de pobreza, condición de vulnerabilidad o con mayores desventajas son las más afectadas.” (Bernardini-Zambrini, 2014:1).

El objetivo de esta ponencia es analizar la evolución de la formulación de la política pública de salud mental en España y su proceso de consolidación como sexto pilar en el Estado social actual. El análisis narrativo complementa el análisis cíclico y de proceso de la política pública planteando si ¿ha jugado la narrativa un papel importante en la posición y preocupación por la política de salud mental? A través del análisis narrativo y la trama de la política pública, se podrá identificar la transformación de un modelo o paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos (Campodonico, 2019:19; Arriaga, Ceriani, y Monópoli, 2013). De un enfoque biomédico a otro que incluye determinantes sociales, ya que la configuración de esta política no sólo contempla las características personales de los individuos (nivel micro) sino la conexión directa con el entorno y sus interacciones con el mismo (nivel meso y macro). Por lo tanto, se entiende la salud mental como un elemento más del bienestar de la persona y, con ello, de las sociedades contemporáneas.

En esta línea se han situado la mayor parte de las organizaciones internacionales, especialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) que entiende la salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (2001). Por lo tanto, el Estado social ya no sólo debe asumir una posición reactiva sino propositiva y anticipatoria, es decir, alinear las políticas públicas con la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y recuperación de las personas (OMS, 2005).

Desde este enfoque, no estamos sólo ante una política pública sobre la que articular programas y servicios, dentro de la dimensión social del Estado, sino ante un instrumento de promoción de derechos y recuperación de estos ya que “las respuestas políticas y sociales que se dan ante los cambios macroeconómicos adversos” (Oliva et al., 2020: 49) “amortiguan los efectos de las crisis en la salud mental y en el bienestar de los países” (Oliva et al., 2020: 50).

2. Enfoque narrativo en las políticas públicas

El análisis de las narrativas en políticas públicas ha surgido como un instrumento de análisis que permite un mejor procesamiento de la información y comprensión de los objetivos y resultados de las políticas públicas por parte de los ciudadanos. Esa comprensión se relaciona con la búsqueda de dinámicas que permitan una mayor legitimidad en las decisiones y acciones de los gobiernos. Este enfoque que busca comprender las realidades políticas realiza un análisis “sistemático y científico para comprender la construcción social de las realidades políticas” (Shanahan et al, 2013, 455).

El enfoque narrativo, no sólo es visto como un instrumento de comunicación política e institucional, vinculado a la opinión pública, sino su alcance va más allá. Como instrumento de comprensión y efectividad de la política cabe preguntarse si la aplicación de este enfoque ¿mejora la aplicación, prestación y efectividad de la política y se tiene una mejor comprensión e interpretación de su narrativa? ¿convence más una política cuando se entiende su trama?

El método narrativo es un planteamiento reciente y novedoso en el análisis de las políticas públicas. Este enfoque busca explicar y argumentar cómo se producen las tomas de decisiones, a partir del análisis de las narrativas desplegadas a diferentes niveles (micro, meso y macro) y sus interrelaciones a lo largo del proceso de la política pública, permite complementar toma de decisiones y ajuste.

El marco narrativo de políticas públicas distingue distintos elementos dentro de la narrativa, entre ellos: el escenario; los personajes que deben contar con al menos un personaje categorizado en el contexto de la política (héroes y villanos); la trama, ofrece un marco de acción (Shanahan, Jones, McBeth y Radaelli, 2018) y actúa como estructura de organización, estableciendo roles y relaciones. La trama sitúa a los personajes, en el tiempo y espacio y ayuda a comprender la evolución y adaptación de los roles en la trama, así como tipologías de tramas según la política e identifica temas universales y específicos para cada política (Stones, 2012); y la moraleja de la historia. Aunque en este trabajo no se aplican todos los elementos ya que el análisis se centra en la construcción de la narrativa entorno a la construcción de un modelo discurso entorno a la salud mental.

3. Metodología

El presente trabajo adopta un enfoque descriptivo y narrativo que incorpora una perspectiva histórico-longitudinal de la formulación de la política pública de salud mental en España, desde 1975 hasta 2025. Se realiza un análisis de la política que se enmarca en un enfoque clásico, al centrarse en la fase de formulación del ciclo de las políticas públicas, pero introduciendo el enfoque actual de análisis narrativo o “storytelling” (Estévez y Páez, 2020; Lowndes, 2; Roth, 2021). El análisis de las narrativas en la formulación de políticas permitirá identificar valores e identidades – individuales y colectivas – en los diferentes niveles de formulación (Lowndes, 2016). Nuestro principal interés radica en conocer cómo se articulan las narrativas entorno a la política de salud mental, cómo los diferentes grupos han contribuido en la narrativa para legitimar la política pública (personajes prominentes en cada trama y su rol de héroe víctima).

A lo largo de la ponencia, se realiza un análisis documental y normativo, se abordan estrategias y planes de política pública, informes institucionales y literatura académica.

En primer lugar, se ha realizado un análisis documental de los planes, programas y normas que recogen las medidas y recursos destinados a la salud mental durante este periodo para conocer su

evolución. Parte de estas referencias se integran, durante los primeros años, en la política sanitaria. Junto a ello, los instrumentos de política pública que, de manera tangencial o indirecta, han conformado la transversalidad de esta política pública.

En segundo lugar, se han revisado los datos estadísticos procedentes de fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España y la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS). No obstante, cabe destacar la dificultad de acceder a datos específicos y territorializados sobre salud mental, así como a indicadores concretos vinculados a esta política pública.

Igualmente, se han consultado las principales webs de los principales actores que intervienen en la política pública, tanto institucionales como de entidades sociales.

Asimismo, se ha procedido a una revisión de la literatura a partir de una búsqueda en bases de datos como Scopus, Web Of Science y Google Scholar, y se han considerado las actuales tendencias de análisis sobre Nuevos Problemas Sociales (Del Pino y Rubio, 2024).

4. Evolución de la Política Pública de Salud Mental en España

4.1. Los primeros programas de salud mental (1975)

A comienzos de 1975, las medidas destinadas a la salud mental se vinculaban a un modelo tradicional orientado al ingreso en instituciones psiquiátricas – institucionalizado, asistencial y segregador - apoyado sobre una amplia red hospitalaria, que estaba infradotada y era obsoleta (García González J. y Espino Granado A., 1998: 4). En concreto, “hasta mediados de los ochenta, la asistencia psiquiátrica en España se asentaba principalmente en dos estructuras: el hospital psiquiátrico y los denominados neuropsiquiatras de la Seguridad Social” (Giménez, 2012: 22).

Esta situación de crisis aparece recogida en el Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria de 1975 que habla de “una asistencia sanitaria disgregada, caótica y anacrónica, destaca el estado de subdesarrollo e inadecuación del sector psiquiátrico”, era la “cenicienta de la sanidad española” (Comisión Interministerial en García González J. y Espino Granado A., 1998: 5; Espino Granado, A. 2005: 28).

Sin embargo, en los años 60 y 70 surgen diferentes intentos para “transformar y humanizar la asistencia al enfermo mental” con la aparición de un conjunto de profesionales conectados con “movimientos europeos de transformación psiquiátrica, que van a introducir en España las nuevas ideas conocidas como psiquiatría comunitaria” (Valenciano Gaya en García González J. y Espino Granado A., 1998:4), pero que no tendrán recorrido institucional hasta ya bien entrados los años ochenta.

Desde el plano político-administrativo, hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, el modelo de salud mental era disperso y fragmentado. Participaban de este modelo las Corporaciones locales (Diputaciones provinciales y Ayuntamientos) y del Estado central, a través del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP, creado 1975) que se integraría, posteriormente, en el Organismo Autónomo de Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA); y los servicios hospitalarios, extrahospitalarios y asistenciales, que serían transferidos a las Comunidades Autónomas. Junto a ellos, la Iglesia y diferentes recursos de beneficencia completaban el modelo asistencial (García González J. y Espino Granado A., 1998: 10). Todo ello, apoyado en una red familiar muy feminizada. El peso y función de la familia en el modelo de bienestar (Moreno y Marie-Klause, 2024) cobra especial referencia en la

dependencia vinculada a la salud mental, y la microsolidaridad (Moreno y Marie-Klause, 2024) que aparece en el seno de las familias, sirve de red básica social, económica y de seguridad.

Aunque el proceso de cambio será pausado, la realidad cultural de la sociedad española, la aparición de la democracia, el despliegue del Estado de las Autonomías y la reconfiguración del Estado Social, especialmente en la política sanitaria, de servicios sociales y discapacidad, permitirán avanzar en un nuevo enfoque de las enfermedades psiquiátricas y la salud mental.

En este periodo, no se identifica una trama propia en la política de salud mental. La dispersión de las narrativas entre los grupos y colectivos debilita un enfoque claro de esta política al margen de una política de salud que domina el marco de la narrativa.

4.2. Los años 80 hacia un modelo comunitario

A partir de 1980, se adoptan diferentes medidas sobre las que se sustentan las bases de la llamada reforma psiquiátrica y de la salud mental en España, que aún sigue siendo referente por su análisis, innovación y propuestas. La consolidación de este planteamiento en la narrativa de la política de salud mental le convierte una creencia o aglutinante de la coalición, dando estabilidad al grupo y aportando mayores niveles de cohesión (McBeth et al. en Estévez y Páez, 2020)

Es relevante señalar que, a partir de los años 80, bajo el gobierno del PSOE y siendo ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch, se producen algunos cambios político-administrativos y normativos que influirán en el devenir de la política pública y su articulación, así como el tratamiento individualizado del paciente de salud mental.

En primer lugar, se realiza la reforma del Código civil, promovida por la Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil que derogó el decreto de 1931 en materia de tutela, reconociendo la libertad y respeto a la voluntad del enfermo mental y equiparando su atención al del resto de usuarios de servicios sanitarios. La identificación del problema social, personalización e individualización, permite articular un nivel micro (individuo) y meso de la narrativa de la salud mental que se irá articulando durante las siguientes décadas. El nivel meso formado por grupos de interés (asociaciones de profesionales del área sanitaria y psicología; personas afectadas y familias) que se identifican con una coalición defensora irá evolucionando y ampliando sus integrantes (Estévez y Páez, 2020). Aunque aún fragmentadas las narrativas de los grupos, se “despliegan narrativas que reflejan una preferencia compartida de políticas pública” (Estévez y Páez, 2020:36) por un modelo comunitario.

En segundo lugar, se crea la Dirección Regional de Salud Mental (1982), se aprueba la creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983), mediante Orden Ministerial de 27 de julio de 1983, de la que surgirá el Informe para la Reforma; y se aprueba el Real Decreto de 1984 sobre estructuras básicas de salud que ordena la atención sanitaria y rompe con el enfoque hospitalario, asentando las bases en las que las CCAA articularán la asistencia psiquiátrica y salud mental.

Durante este periodo, adquiere especial relevancia el Informe para la Reforma Psiquiátrica, de 1985, ya que en él se establecen las directrices fundamentales de la reforma y las bases que configurarán la política y los servicios de salud mental en las CCAA.

En él, se planteaba un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado a la comunidad e integrado en el sistema sanitario y en su red hospitalaria. Surge así una trama propia que irá ampliando su ámbito de actuación (coalición defensora) aunque dentro de la trama principal de la

política sanitaria. Este proceso de reforma implementará las diferentes propuestas en dos niveles y fases.

Una primera fase, orientada a desarrollar las reformas dentro del nivel de la Administración General del Estado (AGE). Se crea un programa concreto de salud mental en el INSALUD, aparecen nuevos equipos de salud mental y unidades de hospitalización. Se impulsa el compromiso territorial del modelo al otorgar un papel central a la atención primaria, lo que supone un cambio de orientación en los principios de organización del sistema sanitario, (López Álvarez, M.,1998: 30), así como, la promoción de un nivel especializado.

En una segunda fase, en el ámbito autonómico, comienza la firma de convenios de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las CCAA para la creación de estructuras directivas de planificación de salud mental, la creación de Comités de enlace y coordinación, Planes y programas de salud mental (Espino Granada, A., 2005:44). En definitiva, este periodo representa la articulación de un conjunto de nuevos recursos en la que se incluye la red básica de atención, sobre los que se sustentará la atención de la salud mental. En el ámbito sanitario, además se produce la distribución en áreas y distritos sanitarios, lo que permitirá mejorar el modelo de gestión y seguimiento de la política y sus servicios. Durante este periodo el rol de las agrupaciones de profesionales sanitarios y especialistas en salud mental es clave para poder entender el alcance de este proceso.

Además, en esta etapa, se pone el acento en la atención a colectivos prioritarios (niños, ancianos, penados y consumidores de sustancia adictivas) y se señala la necesidad de información específica y territorializada. Como señala Antonio Espino “la bondad de esta reforma fue su vinculación a la reforma sanitaria” (Espino Granada, A., 2005: 28) que sirvió de impulso y paraguas para que la reforma tuviera un mayor impacto.

Este proceso de transformación en la organización del Estado y el despliegue de la política sanitaria y salud mental en las CCAA se completa con la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que dedica el Cap. III a la salud mental y consolida el Sistema de Salud que estará integrado por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los de las Comunidades Autónomas. Así, el nuevo protagonismo de las Comunidades Autónomas será un “factor dinamizador” de la reforma psiquiátrica planteada (García González J. y Espino Granada A., 1998: 12).

Para el seguimiento de la reforma psiquiátrica se crea en 1987 la Comisión para el seguimiento de la reforma psiquiátrica, dentro del Consejo Interterritorial, y un Comité de estudios cuyo objetivo será aunar criterios en el cumplimiento de la normativa, especialmente los relativos al cumplimiento de los derechos de las personas ingresadas en unidades psiquiátricas.

Los años ochenta se cierran con el alcance de la práctica universalización de la sanidad, quedando equiparados los enfermos mentales como usuarios de la sanidad pública (Espino Granada,1998).

Y, aunque la Oficina de Salud Mental, que incluía la reforma nunca se llegó a crear, esta ley representa el comienzo del modelo comunitario de atención a la salud mental. El conjunto de eventos y acciones singulares que dan forma a la narrativa comunitaria delimitan una secuencia coherente (trama del relato) que recogen las experiencias y significados en el interior de los grupos a nivel meso, especialmente de profesionales. No obstante, la narrativa específica sobre salud mental (trama específica) queda integrada en la política sanitaria (trama general de la política pública), lo que facilitará su consolidación e impulso, facilitando la institucionalización y la creación de servicios estables de salud mental, aunque dentro de esta trama principal y general

sanitaria. Una trama de salud mental que se entrelaza y es difícil separar de la trama de política sanitaria (Stone, 2012).

A su vez, surgen aquí dentro de la trama dos creencias permanentes dentro de la trama propia de la política de salud mental, una vinculada al modelo territorial y otra a la personalización y diferenciación de los servicios destinados a los colectivos. Como señala McBeth et al. (en Estévez y Páez), es importante identificar las creencias que darán estabilidad al grupo y aportará mayores niveles de cohesión.

Una lucha por ganar la batalla política de la política de salud mental como política diferenciada de la política sanitaria (Shanahan et al, 2013 en Kullman) y ocupar su propio espacio.

4.3. Los años 90 ralentización del modelo comunitario

Los años 90 coinciden con el proceso de reforma de los sistemas de protección social. Como señala Eloísa del Pino y María Josefa Rubio “una parte de las reformas recientes están relacionadas con las crisis globales que han protagonizado el siglo XXI” (Del Pino y Rubio, 2024) entre ellas la política de sanidad y políticas de atención de personas dependientes.

En el caso español, la década de los noventa supone el despliegue del sistema sanitario español, de su estructura organizativa y de una extensa red de centros de salud mental que incorpora a las Comunidades Autónomas y la coordinación de los servicios locales de atención social. Sin embargo, el impulso inicial, que había recibido la salud mental al amparo de la reforma sanitaria, queda relegado a un segundo plano. El esfuerzo de programas y medidas destinados a la salud mental en las Comunidades Autónomas queda limitado por las prioridades sanitarias (Espino, 2005:44). Durante este periodo y siguiente, la implementación de la reforma seguirá cursos desiguales en el conjunto de España (Sadeniemi, et al. 2018:3). En este contexto sigue siendo dominante la narrativa de la política sanitaria, con mayor grado de resistencia y estabilidad lo que obstaculiza el cambio hacia una narrativa propia de política de salud mental. Los marcos interpretativos culturales y colectivos de política sanitaria (colectivos médicos y psiquiátricos/hospitalarios) siguen dominando la trama construida para la política de salud mental.

Estas medidas orientadas a mejorar la articulación del sistema de salud y la atención a colectivos responde a las reformas de los Estados del Bienestar desarrolladas en los años 90 (Del Pino y Rubio, 2024). Sin embargo, comenzarán a convivir con nuevos enfoques de gestión pública (New Public Management) que buscan un redimensionamiento del Estado, introduciendo mecanismos de privatización y externalización. La incorporación de esta nueva narrativa sobre público-privado en la política sanitaria resignificará la secuencia de eventos, experiencias y acciones debilitando el discurso público de política sanitaria.

4.4. Los años 2000-2010: avances internacionales y estancamiento interno

Tras un periodo de ralentización de la política de salud mental en la primera década del siglo XXI, se da un nuevo impulso gracias a los organismos internacionales, especialmente la OMS y la UE. En 2005, la OMS aprueba la Declaración de Helsinki, aunque venía ya trabajando desde los años setenta en salud mental. Por su parte, la UE publica el Libro Verde de la Salud Mental de la UE (COM, 2005) y lanza el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (2008), una declaración que recoge medidas para mejorar la salud en el entorno europeo y en la que participaron la propia UE, la OMS, los estados miembros y organizaciones sectoriales. El impulso internacional y europeo a la política de salud mental permitirá, durante este periodo, programar acciones para avanzar en este compromiso y reforzar las coaliciones internas que apoyan una narrativa

específica en salud mental (asociaciones profesionales y familia amigos). Los cambios en las condiciones externas del subsistema de política sanitaria, impulsados por las organizaciones internacionales, modificarán las condiciones internas del subsistema de la política sanitaria y de salud mental, tanto a nivel nacional como sectorial. El contexto influirá en las creencias y coaliciones de apoyo dentro del subsistema interno de la política, se profundizan las diferencias entre la trama de la política sanitaria y la de salud mental fruto de las perturbaciones o cambios externos (Weible, Sabatier y McQueen, 2009). Se evidencia la incipiente aparición de una trama propia y coalición de apoyo específico.

En el caso español, durante el gobierno de José María Aznar (1996-2004) y desde un plano normativo, se aprueba la Ley 5/2002, de 16 de diciembre, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS) 2003. Durante el gobierno José Luis Rodríguez Zapatero (2004-2011) se aprueba la cartera de servicios comunes del SNS mediante Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. En el plano del diseño del modelo de atención político-administrativo se sigue con el despliegue y configuración del sistema sanitario, lo que producirá la aparición de modelos diferentes de salud mental en las CCAA (Sadeniemi, et al., 2018: 3). Asimismo, este proceso va a situar la red de atención primaria en primera línea de la salud mental al convertirse en la puerta de entrada para los pacientes con problemas de salud mental (se integra en la cartera de servicios comunes de atención primaria), y asumiendo una función de control y cribaje, al vehicular la derivación a atención especializada (cartera de servicios comunes de atención especializada), en casos más graves. La descentralización de la atención en salud mental permite el despliegue y extensión de la coalición defensora y, con ello, la narrativa de política de salud mental.

El impulso dado a la salud mental durante este periodo asentará las bases institucionales del modelo y tendrá su reflejo en la aprobación de la primera Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006), impulsada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las CCAA. La Estrategia fue aprobada el 11 de diciembre de 2006 y supone la consolidación del modelo comunitario de atención en la salud mental, que venían defendiendo las entidades sociales desde la aprobación de la Ley de 1986.

La importancia de esta estrategia radica tanto en los contenidos como en el modelo que propone, que se asienta en el consenso y compromiso adquirido por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas para la implementación y evaluación de éste. La Estrategia señala, además, la importancia de la recogida y análisis de datos cuantitativos, apenas existentes – que venían haciendo las entidades sociales –, y una estructura institucional de política pública involucrando a las CCAA y a las entidades sociales.

A partir de esta estrategia, diferentes versiones de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud van a incidir sobre la importancia en la promoción de la salud general de las personas con trastornos mentales graves, una orientación hacia la personalización del concepto de bienestar, y que enmarcará las líneas de acción de las CCAA (Sadeniemi, 2018).

La primera evaluación de la Estrategia de 2006 se produce en 2008, a través del Comité Seguimiento y Evaluación del Plan (CSE), formado por representantes de las diferentes administraciones implicadas, Ministerio de Sanidad, CCAA, INGESA, instituciones penitenciarias, sociedades científicas del ámbito de la Estrategia y asociaciones de pacientes y familiares (FEAFES y Fundación Mundo Bipolar). Un modelo de gobernanza que integra representantes institucionales, profesionales y entidades sociales.

Se elabora un primer informe que señala la rica diversidad de las CC.AA., pero, al mismo tiempo, la ausencia de homogeneidad en la definición de los diferentes recursos y servicios. Durante este periodo se evidencia el avance en acciones formativas y de participación de los profesionales, pero no así en la atención a los usuarios. Igualmente, se avanza en la recopilación de indicadores de evaluación de la salud mental en la población, de la morbilidad y de multidisciplinariedad del modelo comunitario, datos necesarios para articular un sistema de información fiable y útil que apoye la toma de decisiones.

Durante este periodo además se producen cambios en los servicios sanitarios generales al establecer la demarcación de áreas sanitarias y la integración de otros servicios fruto de nuevos avances sociales y la atención concreta a ciertos colectivos. En primer lugar, la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de Dependencia y, en segundo lugar, la integración de redes de atención a la drogodependencia y a la salud mental.

El final de este periodo viene marcado por varias propuestas de estrategia que no fueron finalmente aprobadas y por la recesión de 2008, la llamada Gran Recesión, que llega con un sistema de salud debilitado por el proceso de reformas. Durante este periodo, no es posible aprobar una nueva estrategia y la mayor parte de las acciones se enmarcaron en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de 2010, que permitió seguir financiando proyectos concretos sobre salud mental, así como medidas de promoción y difusión incluidas en las alianzas y acuerdos con la OMS-UE.

4.5. 2010-2020: Avance, estancamiento e impulso territorial de la salud mental

Este periodo viene marcado por las consecuencias de la crisis económica y el aumento de las cifras de trastornos de ansiedad y depresión, un informe de la OMS señala que durante el primer aumentó la prevalencia de la ansiedad y depresión un 25%.¹

En primer lugar, durante el último periodo de mandato de José Luis Rodríguez Zapatero (2008-2011) se presenta la Estrategia en Salud Mental del SNS en 2009-2013 que será aprobada por el Consejo Interterritorial (en adelante, CISNS). Aunque la estrategia apenas se modificó, se producen avances durante este periodo importantes, así se alcanza la universalidad y gratuidad en el sistema, la atención sectorizada, reducción de tiempos de espera y apoyo económico a las asociaciones de usuarios y familiares, la historia clínica informatizada, planes individualizados de atención y tratamiento comunitario.

En 2016, ya como presidente Mariano Rajoy (2011-2018), se realiza la evaluación de la Estrategia y se presentan varias versiones, pero no son aprobadas por el CISNS, entre otros motivos, por la ausencia de un análisis real de las necesidades sobre salud mental, falta de estrategias y objetivos coherentes. Ante esta ausencia de medidas estatales sobre política mental, algunas CCAA comenzaron a impulsar planes integrales autonómicos (Andalucía, Aragón, Extremadura, Cataluña, Castilla-La Mancha, entre otros). Durante nueve años no se actualiza ni aprueba una nueva Estrategia de salud mental en España (Salgado, 2022), siendo las CCAA las que asumen el testigo.

En 2017 se produce una reorientación de la Estrategia de Salud Mental a partir del acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS y se presenta, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, una

¹ Véase <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Proposición No de Ley sobre la Actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (INFOCOP, 2017) en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales.

4.6. 2020: De la emergencia sanitaria al enfoque en derechos

La década actual comienza con la pandemia COVID-19 y el impacto sobre la salud mental, añadida a la crisis de 2008 y una ausencia, durante los últimos años de la década anterior, de estrategia por parte del Estado para afrontar la complejidad que estaba adquiriendo el problema social de la salud mental. Los datos aportados por el INE (2021) sobre la salud mental en la pandemia mostraron un aumento y severidad de las depresiones, respecto a 2014 y se señala el suicidio como la principal causa externa de muerte. A ello, se une la debilidad de un modelo sanitario erosionado con las reformas sanitarias de los años precedentes.

Sin embargo, el impacto de la pandemia, durante el gobierno de Pedro Sánchez (desde 2018) conducirá a la elaboración del Plan de Acción 2021-2024 de Salud Mental y COVID-19 (Salgado, 2022), que entre sus medidas incluía una mejora en todos los niveles del sistema de salud mental, en concreto “el impulso a la formación sanitaria especializada, la lucha contra la estigmatización, la prevención de las conductas adictivas, la prevención, detección y atención de la conducta suicida y, en general, la promoción del bienestar emocional” (Salgado, 2022: 2).

Desde un plano político, el Grupo Parlamentario Unidas Podemos, en 2021, plantea una Proposición de Ley orientada a crear un marco legal integral para la salud mental, en concreto, una Ley General de Salud Mental. La exposición de motivos de esta propuesta anticipa un cambio y ampliación del enfoque sobre la salud mental ya que refuerza la idea de que es un proceso “multideterminado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” vinculado a la concreción de derechos humanos y sociales (...) y amplía el foco a otros determinantes sociales y económicos como factores que incrementan el riesgo de padecer problemas de salud mental. Este reenfoque conceptual tendrá su reflejo en los instrumentos de política pública, en concreto en las siguientes estrategias de Salud Mental y en otras políticas y planes que darán prioridad a esta problemática social.

Fruto de este proceso de diálogo político y social, el acuerdo de CISNS en 2017 sobre una reorientación de la Estrategia de Salud Mental y la aprobación de la Proposición No de Ley en 2021, se propone una nueva actualización de la estrategia de salud mental para 2022-2026 con un “enfoque basado en derechos de la ciudadanía, lucha contra el estigma, la promoción de la salud mental, prevención conducta suicida y recuperación de la persona” (Ministerio Sanidad, 2022: 14). Esta estrategia sustituye a la de 2009-2013. Durante este periodo, es importante no olvidar, que la Agenda 2030 y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad van a inspirar y orientar buena parte de las medidas sociales, además del contexto de COVID-19 en el que se produce esta nueva estrategia.

La acumulación de crisis y su impacto social en estos años se refleja en una mayor preocupación social por la salud mental y la atención especializada, aunque sustentada en un momento de enorme “vulnerabilidad del sistema público de salud” (Salgado, 2022: 2).

En el marco de la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales realizó un primer Informe de Evaluación elaborado por el Comité de Seguimiento y Evaluación en el que se detectaron varias deficiencias, entre ellas, la necesidad de información detallada que ofrezca datos sobre todo el sistema de salud mental, incluyendo Estado y CCAA, y que se refuerce el enfoque interdisciplinar con los pacientes y sus familias. Dicha estrategia para el periodo 2022-2026, orientada a la calidad asistencial, fue aprobada por unanimidad por el Pleno

Ordinario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNSS) y recoge 10 líneas estratégicas que dan cuenta del cambio de enfoque. La estrategia parte del modelo de recuperación en el ámbito comunitario, es decir, no solo se interviene cuando la salud está comprometida o afectada, sino que hace referencia a aquellos factores contextuales que determinan la génesis, desarrollo y recuperación de los problemas psicológicos (Salgado, 2022) y se alinea con el enfoque de respeto a los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y vinculado al ciclo vital de la persona y su entorno.

En 2024, tras las evaluaciones intermedias realizadas de la ESM 2022-2026, se actualiza la Estrategia mediante el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, que desarrolla las líneas de actuación consensuadas con las CCAA y el Comité Técnico, integrado por las asociaciones de pacientes y familiares, así como por las sociedades científicas. Esta actualización permitirá incorporar la prevención del suicidio y una perspectiva interseccional y transversal, con especial atención a la juventud y adolescencia. Asimismo, se impulsa el programa de cooperación territorial sobre bienestar emocional en el ámbito educativo, en colaboración con las CCAA y el Grupo de trabajo del Observatorio de Convivencia Escolar para el bienestar emocional.

En paralelo, se ha avanzado también en la integración de la salud mental en otras políticas públicas y marcos normativos, como la Estrategia de Juventud 2030, el Plan de Acción Juvenil 2022-2024 y la propuesta de una Ley de Juventud que incluye un eje sobre salud mental y bienestar. Así como en la estructura organizativa modificando la Dirección General de Salud Pública, que pasa a denominarse de Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, y creándose la Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud, a la que se asignan estas funciones.

En los últimos años, el impacto de la salud mental, la diversificación en el análisis de la problemática y la visibilidad de la quiebra del bienestar, como consecuencia de las diferentes crisis, ha impulsado la introducción acelerada de diferentes medidas, entre otras: el 19 de diciembre 2023 se aprueba en el Pleno del Congreso de los Diputados la Proposición no de Ley sobre un Pacto de Estado por la Salud Mental; se constituye en 2025 la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP) cuya misión es reforzar la vigilancia, prevención y respuesta a emergencia, así como la coordinación internacional con la OMS y otras redes; se crea una Subcomisión en el seno de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados con el objeto de primar un enfoque social y de “desprescribir psicofármacos” ya que España es uno de los países con más consumo², dejando en un segundo plano el enfoque médico (Salgado, 2022); y, en 2023, aparece el Comisionado de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Sanidad, como instrumento para el Pacto de Estado por Salud Mental; se crea la línea telefónica específica frente al suicidio 024.

Es necesario subrayar que la preocupación social durante estos años sobre salud mental ha aumentado de manera clara, así como la sensibilidad social. Según el último barómetro sanitario del CIS (2024), el 17,6%, de las personas encuestadas, en los doce últimos meses tuvo que consultar con un/a profesional sanitario/a por un problema de salud mental o malestar psicológico o emocional.

Para algunos autores, las propuestas no suponen un cambio de modelo en la política mental sino una republicación, al incorporar medidas y servicios en salud mental al sistema de salud que venían siendo prestadas por las entidades sociales. Para otros autores, supone un reequilibrio entre varias fuentes de provisión social - mercado, familia, comunidad y Estado – y se aprecia una

² Véase <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6401>

tendencia a la desmercantización y vuelta a la inversión social (Del Pino y Rubio, 2024). Pero una inversión social que ha orientado el foco a aquellas políticas públicas que tienen impacto transversal, y no tanto sectorial o en silos, y que vertebran la red básica social. Estas redes de política y servicios públicos actúan como línea elemental que sostiene los riesgos y las consecuencias que producen la vulnerabilidad social y las crisis económicas y sociales. En definitiva, se percibe la orientación hacia unas políticas sociales que acompañan y buscan compensar la actividad de la red básica familiar y comunitaria.

4.7. Actores clave en la política de salud mental

En la entrada a la agenda política de la salud mental, así como su posterior formulación, ha jugado un papel fundamental los actores sociales, que agrupan a enfermos y familiares, y las asociaciones profesionales de diferentes ámbitos (médico, psiquiátrico y psicológico).

Como hemos señalado anteriormente, el papel de las asociaciones profesionales ha permitido romper con un modelo psiquiátrico y avanzar en un modelo social y comunitario que se ha reflejado en algunas reformas y propuestas de la política pública de salud mental.

Por otro lado, no cabe entender la evolución de esta política pública sin la participación y presión social de estos colectivos para visibilizar el problema de la salud mental. Las entidades sociales de salud mental comienzan a aparecer formalmente a finales de los años sesenta, entre las pioneras destaca la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) que aparece a mediados de los años setenta, como una red de asociaciones provinciales, hasta constituirse en 1983 (CERMI, 2008:12). Finalmente, la incorporación de FEAFES a la estructura institucional del Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (en adelante, CERMI), así como otras entidades como la Confederación Española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (FEAPS) o Plena Inclusión, representa un rol estable y permanente en los debates institucionales de la política de salud mental y discapacidad.

A lo largo de estas décadas, las entidades sociales han jugado un papel clave apostando por un modelo de atención comunitaria y creando una red propia de recursos y servicios para atender a la población desinstitucionalizada. Tal es así que según datos de CERMI en 1999 soportaban un 88% del total de la atención (CERMI, 2008:14).

Asimismo, algunas de estas asociaciones de profesionales y ciudadanos han participado de manera activa en la elaboración de la primera reforma psiquiátrica y en las Estrategias de Salud Mental, comenzando por la de 2006. Igualmente forman parte o han participado en Comités de expertos, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud CISNSS, en Agencia de Calidad del SNS – proponiendo indicadores para evaluar la política de salud mental.

4.8. Balance de la política de salud mental

Con el objetivo de comprender la evolución de la política de salud mental en estos cincuenta años, este artículo ha analizado la evolución desde un punto de vista de su formulación y dentro de un marco temporal. Probablemente un análisis más detallado de los instrumentos de la política e impacto de la misma pudiera ofrecer otro tipo de clasificación temporal, sin embargo, ante la ausencia de referencias bibliográficas al respecto, se ha considerado adecuada esta primera aproximación.

La siguiente tabla muestra la evolución de la política de salud mental partiendo del análisis propuesto por Jaime A. Domper Tomil, pero adaptado y revisado. La tabla nos permite tener una

imagen global del proceso, con impulsos y retrocesos, hasta el planteamiento actual más transversal e intersectorial de la política pública.

Tabla 1. Evolución de la política de salud mental

PERIODO		Político	Social	Organizativo
80's		Compromiso Expansión SSCC	Debate social	INNOVACIÓN Extrahospitalario Sectorización
90's		Ralentización	Surge movimiento asociativo	SUPERVIVENCIA Consolidación programas ambulatorios
2000- 2010	2000-2004	Priorización Despliegue	Entrada en el sistema	DESARROLLO Integridad (+ que sanitario) Atención primaria
	2005-2010	Prioridad Consolidar Impulso internacional	Ciudadano centro y también gestor	CONSOLIDACIÓN Integración global Gestión clínica Prevención
2010- 2020	2011-2017	Inmovilismo Impulso territorial	Desactivada participación en el sistema	DESPLIEGUE Planes territoriales
	2017-2020	Movilización grupos políticos	Re-entrada en el sistema	REINICIO INVERSIÓN SOCIAL
2020-2025		Despliegue políticas transversales grupos Movilización grupos políticos	Diversidad perfil ciudadano y amplificación concepto salud mental Enfoque social y de derechos	TRANSVERSALIDAD Estructuras y ejes orientados en varias políticas y servicios

Fuente: Reelaboración desde Domper, J. (2005: 149).

5. Conclusiones

A lo largo del artículo se ha realizado una aproximación a la evolución de la política pública de salud mental en el periodo 1975-2025. Durante estos años, la política de salud mental ha ido consolidado un espacio propio, aunque muy vinculado a la propia evolución de la política sanitaria y posteriormente social (dependencia, entre otros). No obstante, la aparición de Estrategias y Planes específicos en salud mental ha abierto un espacio propio en la arena de las políticas públicas, donde desarrollar enfoques, programas y alianzas. En este sentido, el liderazgo público es clave para que la política avance, muestra de ello son los avances, retrocesos y estancamientos experimentados durante casi cuatro décadas de política pública de salud mental.

Por otro lado, es importante señalar el papel de los profesionales de la salud mental y las entidades sociales como transmisores del cambio.

Para finalizar, se señalan algunos desafíos y retos que aún debe afrontar la política de salud mental si quiere convertirse, con derecho propio, en el sexto pilar del Estado del Bienestar:

Primero, mejorar la coordinación horizontal y vertical del sistema de salud mental, tanto desde el punto de vista territorial (Estado-CCAA-EELL) como desde las redes locales, canalizando todo

tipo de recursos económicos, de empleo, sociales, educativos que pongan en el centro al ciudadano.

Segundo lugar, impulsar el enfoque integral incorporando profesionales sociales y de otros ámbitos de política pública. La fortaleza de esta política está en su fuerte enfoque transversal actual.

Tercero mejorar la financiación en la atención psicológica, psiquiátrica y social dotando de recursos y personal especializado. Entre otros, reforzar la atención primaria, más si tenemos en cuenta que un 27,4% de problemas atendidos son de salud mental, siendo los más frecuentes trastornos de ansiedad (6,7%) y trastorno depresivo (4,1%)³.

Cuarto fortalecer el sistema de información sobre salud mental, lo que ayudará a un mejor análisis y a sustentar con evidencias la toma de decisiones. Además, el futuro Espacio Europeo de Datos Sanitarios es muestra de ello.

Para finalizar, hay que recordar que “No hay salud sin salud mental” (OMS).

6. Bibliografía

Arriaga, M. Ceriani, L. y Monópoli, V. (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelado a uno de derechos humanos*. Buenos Aires, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Campodonico, Nicolás (2019). El impacto en la relación entre política pública y salud mental. Una lectura desde la Historia de la Psicología, *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-111/185>

Campodonico, Nicolás (2019). Configuración de las políticas públicas en salud mental en la historia de la psiquiatría argentina (1954-2010), *Perspectiva en Psicología*, 16 (1), 38-47.

CIS. (2024) Barómetro sanitario 2024 (tercera oleada). <https://www.cis.es/documents/d/cis/es3484mar-pdf>

Comisión Europea (2005). *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. UE. Libro Verde de la Comisión de 14 de octubre de 2005. COM (2005) 484 final. <https://eur-lex.europa.eu/ES/legal-content/summary/green-paper-on-mental-health.html>

Congreso de los Diputados. XIV Legislatura Proposición de Ley de Grupos Parlamentarios del Congreso, de 10 de septiembre de 2021. <https://www.congreso.es/es/web/guest/proposiciones-de->

³ Véase <https://gacetamedica.com/politica/que-sabemos-del-nuevo-comisionado-de-salud-mental/>

ley?p_p_id=iniciativas&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_iniciativas_mode=mostrarDetalle&_iniciativas_legislatura=XIV&_iniciativas_id=122/000158

Del Pino, E. y Rubio Lara, M.J. (2024). Como se están transformando los sistemas de protección social para responder a las crisis globales del siglo XXI, en Eloísa del Pino y María Josefa Rubio Lara, *Los estados del bienestar en la encrucijada*. Ed. Tecnos.

Domper Tomil. J.A. (2005) Estrategias de salud mental en Castilla-La Mancha. En Antonio Espino Granado (coord.) *La atención a la salud mental en España. Acto de celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985*.pp. 140-150.

Estévez, A.M. y Páez, A. (2020). *El Enfoque Narrativa de Políticas Públicas*. Cuadernos del INAP. CUIAP Argentina. Monográfico 37.

Espino Granado, Antonio (2022). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatria*, XXII, (81), pp. 39-61.

Espino Granado, Antonio (2005). *La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo y Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

García González, J. y Espino Granado, A (1998). Antecedentes y ordenación político-administrativa de la reforma psiquiátrica, en José García González, Antonio Espino Granado y Ladislao Lara Palma (eds.) *La psiquiatría en la España de Fin de Siglo*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos S.A. pp. 3-24.

Giménez Muñoz, M.C. (2012) El Gobierno Socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986), *Historia Actual Online*, 27, pp. 19-28.

INE (2023). *Encuesta de Salud de España (ESdE) Año 2023*. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ESdE2023.htm>

INE (2021). La salud mental en la pandemia. *Boletín informativo del INE*. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE

INJUVE (2022). *Estrategia de Juventud 2022-2030*. Ministerio

INFOCOP (2017). Avances en el pacto europeo para la salud mental y el bienestar. <https://www.infocop.es/avances-en-el-pacto-europeo-para-la-salud-mental-y-el-bienestar/> (consultado 1 septiembre 2025)

INFOCOP (2017). Aprobada en el Congreso la actualización de la Estrategia de Salud Mental del SNS <https://www.infocop.es/aprobada-en-el-congreso-la-actualizacion-de-la-estrategia-en-salud-mental-del-sns/> (consultado 1 septiembre 2025).

Kuhlmann, J. y Blum, S. (2021). "Narrative plots for regulatory, distributive, and redistributive policies", *European Policy Analysis*, 7 (Suppl. 2), 276-302.

Leiva-Peña, V, Rubí-González, P. y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biosicosocial en países latinoamericanos, *Revista Panam Salud Pública*, 45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

López Álvarez, M. (1998). Bases de una nueva política en salud mental, en José García González, Antonio Espino Granado y Ladislao Lara Palma (eds.) *La psiquiatría en la España de Fin de Siglo*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos S.A. pp. 29-39.

Lowndes, V. (2016). "Narrative and storytelling". En G. Stoker and M. Evans *Evidence-based policy making in the social sciences*. Bristol University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1t89d4k.13>

Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. Jefatura de Estado. *Boletín Oficial del Estado*, de 26 de octubre de 1983, N° 256, pp. 28932 a 28935.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Jefatura del Estado, *Boletín Oficial del Estado*, N° 102, de 29 de abril de 1986, pp. 15207 a 15224. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Jefatura del Estado. *Boletín Oficial del Estado*, N° 299, de 15 de diciembre de 2006, pp. 441242 a 44156. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf

Moreno, L. y Mari-Klose, P (2024). Bienestar Mediterráneo: trayectorias y retos de un régimen en transición. En Eloísa del Pino y Mª Josefa Rubio Lara *Los Estados de bienestar en la encrucijada*. Ed. Tecnos.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm>

Oliva, J. et al. (2021). El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 48-53.

OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo: salud mental*. <https://iris.who.int/handle/10665/42447>

OMS (2005). *Política, planes y programas de salud mental*. Editores Médicos S.A.

OMS (2005). *Declaración de Helsinki*. Ed. OMS.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín Oficial del Estado*, N° 222, de 16 de septiembre de 2006, pp. 32650 a 32679 <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>

Roth A-N. (2021). *Enfoques recientes en los estudios de políticas públicas*.
CUINAP Argentina. Monográfico 63.

Sampietro, H.M., Rojo, J.E. y Gómez-Benito, J. (2023) Recovery-oriented Care in Public Mental Health Policies in Spain: Opportunities and Barriers, *Clinica y Salud*, 34(1), pp. 35-40. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a4>

Salgado Ruiz, Alfonso (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026). Aproximación al documento y valoración crítica. *Revista Clínica Contemporánea*, 13, e7, 1-9.

Subdirección General de Información Sanitaria (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.

Weible, C.M., Sabatier, P.A., and McQueen, K. (2009). Themes and Variations: Taking Stock of the Advocacy Coalition Framework,

WHO Regional Committee for Europe-RC63 fact sheet on mental health | WHO Regional Office for Europe [consultado 28 Ene 2014]. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/215275/RC63-Fact-sheet-MNH-Eng.pdf